



Universitat Autònoma de Barcelona

**Tesis doctoral**

**Dificultades específiques de la regulació  
emocional en los adolescentes con TDAH:  
utilidad clínica de la escala DERS**

ISABEL GÓMEZ SIMÓN

Directoras

Dra. Nuria de la Osa Chaparro

Dra. Eva Penelo Werner

**Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut  
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut**

**Facultat de Psicologia**

**Universitat Autònoma de Barcelona**

**2015**





Universitat Autònoma de Barcelona

## Tesis doctoral

# Dificultades específiques de la regulació emocional en los adolescents con TDAH: utilidad clínica de la escala DERS

Nombre: Isabel Gómez Simón  
Firma de la doctoranda  
Fecha: 4/ 9 / 2015

Nombre: Núria de la Osa Chaparro  
Firma de la Directora  
Fecha: 4/ 9 / 2015

Nombre: Eva Penelo Werner  
Firma de la Directora  
Fecha: 4 / 9 / 2015

**Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut**  
**Departament de Psicologia Clínica i de la Salut**  
**Facultat de Psicologia**  
**Universitat Autònoma de Barcelona**  
**2015**



**“Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo”**

**Aristóteles**



## *Agradecimientos*

Deseo empezar por agradecer a los chicos y chicas que han participado en este estudio su generosa colaboración sin la cual este estudio no hubiera resultado posible. Mi interés en el tema de la regulación emocional en el adolescente con TDAH surge a través de la relación terapéutica que guardo con ellos y es por y para ellos este trabajo.

Debo agradecer de manera especial y sincera a las doctoras Nuria de la Osa y Eva Penelo la dirección de esta tesis. Les agradezco su disponibilidad constante a lo largo de estos años de trabajo, así como el haberme facilitado siempre los medios necesarios para llevar a cabo el desarrollo de esta tesis. La capacidad para guiar mis ideas, para poner orden en mi caos, ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación investigadora. El presente trabajo no se puede concebir sin su cercana participación. Siempre os consideraré un modelo a seguir.

A Isabel y Vicente, mis padres, les agradezco haberme enseñado el valor del esfuerzo y la constancia con sus actos y el haberme inculcado que lo que se empieza se acaba, sin su constante empuje posiblemente no hubiera finalizado estos estudios. Y a mi hermano Kenneth, por que ante mis dudas, quejas y desánimos siempre me ha transmitido tranquilidad, gracias por tu confianza ciega.

A mis compañeros del CSMIJ de Ciutat Vella, por que después de estos últimos años, difíciles por tantos cambios, no se nos ha desgastado ni el respeto profesional ni la amistad que nos une. Gracias por toda la ayuda que me habéis dado desde el primer día que me embarqué en esta aventura, por haberme consolado sin descanso y haber tenido que sufrirme. Así mismo, agradecer a la Dra. Duñó del CSMIJ de Sant Martí su colaboración.

A Sandra, que ha cuidado de mí de todas las formas posibles, siempre al otro lado del teléfono, siempre con un plan de escape, con su estar elegante, intenso y al mismo tiempo prudente. Gracias por compartir conmigo tu maravilloso mundo. Y a todos mis amigos, a Roberto, a Nagore, a Fini, a Vanesa Sánchez, a Vanesa Goulart., gracias por sacar mi cabeza de los libros y reorientarla a la vida, a veces devolviéndome la sonrisa, a veces provocándome el llanto.

Y a Jon, por coincidir conmigo y que todo resulte automático.



## *Tabla de contenidos*

1. Introducción .....	1
1.1. Emoción y regulación emocional.....	1
1.2. Regulación emocional y adolescencia.....	7
1.3. Disregulación emocional y trastornos mentales.....	8
1.4. Disregulación emocional y TDAH.....	11
1.4.1. Modelo de déficit del control inhibitorio.....	14
1.4.2. Los subtipos de TDAH y la disregulación emocional .....	16
1.4.3. Comorbilidad del TDAH y disregulación emocional.....	17
1.5. Evaluación de la regulación emocional en el TDAH .....	20
1.5.1. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional ( <i>DERs</i> ).....	27
1.5.2. Perfil de disregulación emocional del CBCL o Perfil A-A-A .....	36
1.6. Limitaciones de los estudios previos .....	38
2. Objetivos e hipótesis.....	41
3. Método.....	45
3.1. Participantes.....	45
3.1.1. Muestra comunitaria .....	45
3.1.2. Muestra clínica.....	45
3.2. Instrumentos.....	48
3.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos .....	48
3.2.2. Instrumentos para la evaluación de la disregulación emocional .....	48
3.2.3. Instrumentos para la evaluación diagnóstica.....	51
3.3. Procedimiento .....	54
3.4. Análisis Estadísticos .....	55
4. Resultados .....	59
4.1. Validación de la escala <i>DERs</i> .....	59
4.1.1. Análisis preliminares .....	59
4.1.2. Estructura interna e invariancia.....	59
4.1.3. Consistencia interna .....	63
4.1.4. Relación de las puntuaciones de la <i>DERs</i> con el sexo y la edad.....	64
4.1.5. Comparación de las puntuaciones de la <i>DERs</i> entre las muestras comunitaria y clínica.....	65
4.2. Dificultades en la regulación emocional en los adolescentes con TDAH	66

4.2.1. En función del subtipo de TDAH y de la presencia de TND comórbido y en comparación con los adolescentes con TND .....	66
4.2.2. En función del perfil A-A-A del YSR .....	70
5. Discusión.....	71
5.1. Validación de la escala DERS.....	71
5.2. Las dificultades en la regulación emocional del adolescente con TDAH	77
5.3. Direcciones futuras .....	85
6. Conclusiones.....	89
7. Referencias .....	91
8. Anexos .....	123
Anexo A: Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo .....	123
Anexo B: Criterios diagnósticos DSM-5 para el TDAH.....	124
Anexo C: Criterios diagnósticos DSM-5 para el TND .....	126
Anexo D: Cuestionario sociodemográfico .....	127
Anexo E: Versión española para adolescentes de la DERS .....	128
Anexo F: Información escrita sobre el estudio entregada a la directiva de los colegios.....	129
Anexo G: Información escrita entregada a los padres o tutores legales de los pacientes atendidos en los CSMIJs de Ciutat Vella y Sant Martí. ....	130
Anexo H: Información escrita sobre el estudio que se entrega al paciente..	131
Anexo I: Documento de consentimiento informado sobre el estudio para padres o tutores legales del participante.....	132
Anexo J: Documento de consentimiento informado sobre el estudio para el participante.....	133
Anexo K: PDF del artículo publicado .....	134

## *Resumen*

El objetivo principal de esta tesis es ampliar el conocimiento sobre las dificultades específicas de regulación emocional del adolescente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Para ello, en primer lugar, hemos procedido a la adaptación y validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en una muestra de adolescentes españoles ( $n = 642$ ). La DERS es una escala de uso extendido debido a su evaluación multicomponente de la regulación emocional (Conciencia y Claridad emocional, Impulso, Metas, No aceptación y Estrategias) que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas tanto en muestras comunitarias como clínicas de adultos y adolescentes. La versión desarrollada para adolescentes españoles ha evidenciado tener unas propiedades psicométricas aceptables en la muestra estudiada, con una estructura interna de seis factores, compatible con la solución factorial de la versión original, y equivalente en ambos sexos. La consistencia interna de las puntuaciones de la escala total ha sido buena tanto en muestra comunitaria como clínica ( $\alpha = .88$ ), mientras que ha resultado satisfactoria para las puntuaciones de las subescalas, a excepción de las puntuaciones de las subescalas Conciencia (en ambas muestras) y Claridad (muestra clínica) en las que ha resultado cuestionable. Únicamente se hallaron diferencias en función del sexo en las puntuaciones de las subescalas Claridad y Estrategias, siendo los tamaños de las diferencias pequeños. La muestra clínica presentó más dificultades de regulación emocional de forma global y específicamente en los componentes regulatorios de Conciencia, Impulso y Metas respecto a la muestra comunitaria.

Las dificultades específicas de regulación emocional del adolescente con TDAH que evalúa la DERS fueron comparadas en función del subtipo de TDAH y de la presencia/ausencia de Trastorno Negativista Desafiante (TND) comórbido, así como con las dificultades manifestadas por los adolescentes con TND. Además, se compararon las puntuaciones en los componentes específicos que comprende la DERS en función de si los adolescentes con TDAH presentaban o no disregulación emocional, considerada de forma dicotómica mediante el uso de otro instrumento de psicopatología general. Los adolescentes con TDAH subtipo combinado ( $n = 42$ ) presentaron más dificultades en la subescala de Estrategias respecto a los adolescentes con TDAH inatento ( $n = 27$ ). Las dificultades de los adolescentes con diagnóstico de TDAH

combinado no difirieron, presentaran ( $n = 26$ ) o no ( $n = 42$ ) TND comórbido. Los adolescentes con TDAH subtipo combinado presentaron las mismas dificultades de regulación emocional que los adolescentes con TND ( $n = 23$ ), a diferencia de los adolescentes con TDAH subtipo inatento que se distinguieron de los adolescentes con TND en un mejor acceso a estrategias de afrontamiento y en el control de sus impulsos. Los adolescentes con TDAH en los que se identificó la presencia de disregulación emocional ( $n = 39$ ) en la evaluación dicotómica, manifestaron tener mayores dificultades en la regulación emocional en global, y específicamente en las subescalas Metas, No aceptación, Impulso y Estrategias de la DERS, en comparación al grupo de adolescentes con TDAH sin disregulación emocional ( $n = 47$ ).

Las conclusiones más relevantes que podemos extraer son que la DERS resulta un instrumento de medida válido y consistente para su uso con adolescentes españoles con y sin TDAH. Las dificultades en la regulación emocional del paciente con TDAH son mayoritariamente independientes del subtipo y de la comorbilidad con el TND. Los pacientes con TDAH y los pacientes con TND comparten los mismos déficits regulatorios, lo que refuerza la idea de que la disregulación emocional es un factor transdiagnóstico.

## *Abstract*

The main goal of this thesis is to expand our knowledge of the specific emotion regulation difficulties of adolescents with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). For this purpose, firstly, we adapted and validated the Difficulties in Emotion Regulation Scale (*DEERS*) in a sample of Spanish adolescents ( $n = 642$ ). The *DEERS* is widely used due to its multi-component assessment of emotion regulation (Emotional Awareness and Clarity, Impulse, Goals, Nonacceptance, and Strategies), which has shown adequate psychometric properties in community and clinical samples of adults and adolescents. The version developed for Spanish adolescents has also shown acceptable psychometric properties in the target sample, with a six-factor internal structure, compatible with the factor solution of the original version, and equivalent in both sexes. The internal consistency of the scores of the total scale was good, both in community and clinical sample ( $\alpha = .88$ ), and it was satisfactory for the subscale scores, except for the scores on the Awareness (in both samples) and Clarity subscales (clinical sample), where it was questionable. Sex differences were only found in the scores of the Clarity and Strategies subscales, with small effect sizes. The clinical sample presented more global emotion regulation difficulties, and specifically, in the regulatory components of Awareness, Impulse, and Goals compared with the community sample.

The specific emotion regulation difficulties of adolescents with ADHD assessed by the *DEERS* were compared as a function of the ADHD subtype and of the presence/absence of comorbid Oppositional Defiant Disorder (ODD), as well as the difficulties displayed by adolescents with ODD. The scores on the specific components of the *DEERS* were compared as a function of whether or not the adolescents with ADHD presented emotion dysregulation, considered dichotomically by means of another instrument of general psychopathology. Adolescents with ADHD combined subtype ( $n = 42$ ) presented more difficulties in the Strategies subscale than adolescents with inattentive ADHD ( $n = 27$ ). The difficulties of the adolescents diagnosed with combined ADHD—both with ( $n = 26$ ) and without comorbid ODD ( $n = 42$ )—did not differ. Adolescents with combined subtype ADHD presented the same emotion regulation difficulties as adolescents with ODD ( $n = 23$ ), in contrast to adolescents with inattentive subtype ADHD, who were distinguished from adolescents with ODD by their better access to coping strategies for impulse control. Adolescents with ADHD in

whom the dichotomic assessment identified emotion dysregulation ( $n = 39$ ) displayed more global emotion regulation difficulties, and specifically, in the Goals, Nonacceptance, Impulse, and Strategies subscales of the DERS in comparison with the group adolescents with ADHD without emotion dysregulation ( $n = 47$ ).

The most important conclusions that can be drawn are that the DERS is a valid and consistent measuring instrument for use with Spanish adolescents with and without ADHD. Emotion regulation difficulties of ADHD patients are predominantly independent of the subtype and of comorbidity with ODD. Patients with ADHD and patients with ODD share the same regulatory deficits, which reinforces the idea that emotion dysregulation is a transdiagnostic factor.

## **1. Introducción**

### **1.1. Emoción y regulación emocional**

El estudio de las emociones y pasiones humanas constituye un tema clásico en la historia del pensamiento filosófico. No obstante, durante buena parte del siglo XX las emociones fueron despreciadas bajo el supuesto de que una vida desapasionada permite a la persona razonar sin la distracción de las pasiones y estar más capacitada para actuar, en sentido instrumental (Marks, 1991). Las emociones se han asociado con error, debilidad moral o desquicio, y han sido excluidas de la escena científica por ser consideradas secundarias frente a la cognición. Cuando se ha manifestado algún interés en su estudio, se ha prestado especial atención al análisis de las emociones supuestamente negativas o se han hecho esfuerzos por estudiar procesos mentales "puros", es decir, sin contaminación emocional (Cole, Michel y Teti, 1994; Marks, 1991). En consecuencia, hasta bien entrado el siglo XX, el estudio de las emociones fue relegado a un segundo plano con base en argumentos como que era imposible medirlas, que no tenían un rol causal en la conducta, que eran irrelevantes frente a los tópicos de la psicología experimental, que eran disruptivas e indeseables por naturaleza, o que no podían ser descritas con un lenguaje científico (Campos y Barrett, 1984).

Tras los notables avances en las ciencias conductuales y cognitivas que ocurrieron a principios y mediados del siglo XX (Barlow, Allen, y Choate, 2004), en las últimas décadas se ha reconsiderado la importancia de las emociones. Actualmente se reconoce que las emociones influyen constantemente en la cognición y en la acción de la persona y que ejercen un papel clave, tanto adaptativo como organizador de la conducta, al combinar las necesidades del individuo con las demandas del medio (Campos y Barrett, 1984; Cole y cols., 1994; Thompson y Calkins, 1996; Thompson, 1994b). Aunque no se ha logrado consensuar una única definición del término emoción, actualmente existe acuerdo en cuanto a que las emociones tienen funciones motivacionales y regulatorias (Izard, 2006). De tal forma, las emociones se definen como estados motivacionales afectivos no permanentes que ocurren en respuesta a la interacción entre la persona y el ambiente (Barrett y Campos, 1987) o como intentos del

individuo por establecer, mantener, cambiar o terminar la relación con el ambiente en asuntos significativos (Campos, Mumme, Kermoian y Campos, 1994). Así mismo, las perspectivas actuales reconocen que las emociones pueden no sólo ayudar sino que también pueden provocar daño o sufrimiento a las personas, como sucede por ejemplo cuando las emociones ocurren en un momento inadecuado o con una intensidad y/o frecuencia inapropiada (Kring y Sloan, 2009). En cada momento la persona puede intentar influenciar o alterar el despliegue de sus respuestas emocionales.

El estudio de los mecanismos responsables de regular las emociones primarias o crudas, es decir, aquéllas experimentadas de forma automática por la persona, es de vital importancia, ya que la regulación de las emociones resulta un componente fundamental de la salud mental de las personas, tanto en el aspecto afectivo y cognitivo como en el social (Gross, 2001). Así, el número de estudios en los que las emociones se incorporan como elemento de análisis ha aumentado de tal forma que algunos autores refieren que estamos asistiendo a “la revolución de la emoción” en el campo de la psicología clínica (Barlow, Allen y Choate, 2004; Southam-Gerow y Kendall, 2002).

El concepto de regulación emocional ha evolucionado en consonancia con la mencionada revalorización de las emociones. De esta forma, aproximadamente hasta los años 90 del siglo pasado, la regulación de las emociones fue definida en términos de supresión o inhibición de la respuesta emocional y control de los impulsos (especialmente como el control expresivo de las emociones negativas) (Cortez y Bugental, 1994; Garner y Spears, 2000; Kopp, 1989; Zeman y Garber, 1996). Desde esta perspectiva, la capacidad de inhibir las emociones representó un indicador del ajuste psicológico de la persona. Actualmente, se reconoce que la regulación emocional ocurre cuando la persona activa, consciente o inconscientemente, el objetivo de influenciar el proceso generativo de la emoción (Gross, Sheppes y Urry, 2011); o como otros autores refieren, la regulación de las emociones consiste en la activación y utilización de determinadas estrategias para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en función de unas metas personales (Cole, Martin y Dennis, 2004; Gross, 1998; Gross, 2007; Thompson, 1994). Aunque normalmente las personas intentan disminuir los aspectos conductuales o experienciales de las emociones negativas (Gross y cols., 2006), también tratan de regular las emociones positivas. Este es el caso de cuando intentamos aparentar estar

menos felices cuando un amigo está triste, cuando tratamos de disminuir sentimientos de atracción hacia una persona que no nos corresponde o cuando tratamos de evitar la risa en un momento inadecuado (Giuliani, McRae y Gross, 2008). La investigación de la regulación emocional se ha focalizado en el estudio de la regulación de las emociones negativas, a pesar de que autores como Gratz y Roemer (2004) ya plantearon la importancia de abarcar las emociones positivas en el estudio de la regulación emocional. Recientemente se están desarrollando instrumentos de medida adecuados para conocer qué consecuencias tiene la disregulación de las emociones positivas (Gilbert, 2012 y Weiss, Gratz y Lavender, 2015). Además, es importante señalar que la regulación de las emociones no tiene por qué implicar regulación a la baja. También puede entrañar mantener o aumentar la emoción, como cuando mantenemos entusiasmo para lograr una larga y difícil tarea, o cuando aumentamos nuestra risa ante un mal chiste de un amigo.

Más allá del acuerdo general en cuanto a que la regulación emocional debe de ser entendida como modulación de la respuesta emocional, y no como supresión, se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se evalúan diversos aspectos del proceso regulatorio, sin existir un consenso sobre qué aspectos serían los principales. Gratz y Roemer (2004) formularon una teoría en la que se integraban los componentes que habían sido vinculados al proceso regulatorio, con el fin de generar una nueva conceptualización unitaria y multidimensional. Así, para estos autores: "la regulación emocional implica (a) el conocimiento y la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con las metas deseadas cuando experimentamos emociones negativas, y (d) la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional de forma flexible para que sean apropiadas a la situación y sus demandas y con el fin de alcanzar las metas individuales" (Gratz y Roemer, 2004; p.42). De esta forma, la ausencia relativa de cualquiera de estas habilidades indicaría la presencia de disregulación emocional. A continuación nos detendremos en la descripción de estos componentes, relacionados con la regulación emocional por diferentes autores y que después de diez años de prolífica investigación, siguen siendo identificados como aspectos clave en la regulación emocional (Gross y Jazaieri, 2014).

*La atención o el conocimiento emocional.* Para Gratz y Roemer (2004) la regulación emocional se concibe como un proceso que se inicia cuando la persona muestra una actitud de atención y receptividad ante la información emocional, independientemente de su valencia afectiva. Estar atentos a las emociones que uno siente permite incrementar el nivel de conocimiento efectivo del entorno (Mayer, McCormick, y Strong, 1995) y es una poderosa ayuda para lograr una regulación emocional adaptativa (Barrett, Gross, Conner y Benvenuto, 2001). No obstante, un exceso de atención hacia los propios estados emocionales puede llegar a ser muy negativo, sobre todo cuando esto sucede dentro de un contexto de malestar o disforia (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993). Cabe señalar que el equilibrio entre la atención interna (lo que piensa o siente la persona) y la atención externa (lo que hace) es esencial. Cuando la persona no atiende a su comportamiento, y simplemente atiende a sus sensaciones y emociones, no se producen los mismos beneficios y además puede ser incluso contraproducente (Webb, Miles, y Sheeran, 2012). Por ello, es necesario que diferenciemos un estilo de reflexión que puede favorecer el procesamiento emocional y que es adaptativo de un estilo rumiativo que pudiera favorecer la aparición de sintomatología depresiva ya que dificulta el paso al acto (Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999). Así, tanto el exceso de conciencia como su ausencia se han relacionado con el padecimiento de trastornos mentales, como ocurre en el trastorno de pánico y la bulimia nerviosa, respectivamente (Gross y Jazaieri, 2014).

*La claridad o comprensión emocional.* Además, la conciencia emocional puede estar asociada a diferentes grados de claridad o capacidad para distinguir entre las diferentes emociones. Según Barret y Gross (2001) los individuos difieren considerablemente en la comprensión de las emociones. Algunos experimentan las emociones de una manera altamente diferenciada, distinguiendo claramente entre una variedad de emociones negativas y positivas discretas. Otros experimentan emociones de una manera relativamente indiferenciada, tratando a diferentes emociones de valencia similar como intercambiables. Para estos autores, las personas con una capacidad alta de diferenciar sus estados emocionales tienen ventaja en regular sus emociones al tener más accesible la información sobre esa emoción concreta, sobre la causa, sobre cómo manejarla. Algunos estudios también concluyen que la capacidad de ser consciente e identificar las emociones propias y ajenas está relacionada con una

mayor capacidad para evitar sesgos cognitivos fruto de un estado emocional determinado (Ciarrochi, Caputi y Mayer, 2003). Otros estudios han relacionado la capacidad de diferenciar emociones con un mayor uso de estrategias regulatorias en momentos de ánimo negativo (Barrett y cols., 2001). Se ha señalado también que la escasa claridad emocional relacionada con una alta conciencia emocional puede provocar que la persona se perciba como incapaz de modificar sus estados emocionales, con el consiguiente coste para la salud mental y la realización personal (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Saklofske, Austin, Galloway y Davidson, 2007; Thompson, Dizen y Berenbaum, 2009). Por último, Gratz y Roemer (2004) no encontraron diferencias significativas en la regulación emocional reportada por hombres y mujeres, a excepción de en su conciencia y en su claridad emocional. Sus resultados concluyeron que los hombres reportaban menor conciencia y claridad emocional que las mujeres.

*La aceptación.* Se entiende por aceptación “la voluntad de experimentar eventos plenamente y sin defensa” (Forsyth, Parker y Finlay, 2003; p. 865). En contraste, la no-aceptación emocional puede definirse como la supresión (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006) o evitación emocional, lo cual se relaciona con una falta de voluntad para mantenerse en contacto con ciertos aspectos de la experiencia (Campbell-Sills y cols., 2006; Hayes y cols., 2004). Permanecer abiertos a sentir emociones tanto agradables como desagradables se considera clave para la regulación emocional (Cole y cols., 1994; Linehan, 1993). Además, los esfuerzos por evitar experiencias internas negativas, tanto emociones como pensamientos, han sido relacionados con el padecimiento de problemas psicológicos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). De hecho, algunos estudios han sugerido que tratar de inhibir y/o suprimir las emociones provoca un incremento tal de la excitación fisiológica que podría conducir a que, paradójicamente, la persona presente mayores dificultades de regulación de sus emociones (Eisenberg, Cumberland y Spinrad, 1998; Flett, Blankstein y Obertynski, 1996). En definitiva, no permitirse sentir un amplio abanico emocional parece ser tan desadaptativo como tener dificultades en la capacidad de modular las emociones negativas fuertes (Cole y cols., 1994; Gross y Munoz, 1995; Paivio y Greenberg, 1998) y se asocia a una mayor dificultad de regulación emocional (Cole y cols., 1994; Hayes y cols., 1999).

*Los objetivos.* Los objetivos son aquello que la persona desea conseguir. Es necesario considerar las demandas de la situación y los objetivos de la persona al evaluar la regulación emocional (Thompson, 1994b; Thompson y Calkins, 1996). Sólo podremos entender y evaluar los procesos de regulación emocional dentro de un contexto específico y entendiendo qué es lo que el individuo quiere lograr (Cole y cols., 1994; Thompson, 1994a). Los objetivos de una persona deberían ser el resultado de un juicio en cuanto a consecuencias a corto y largo plazo. El fallo en este balance podría acarrear dificultades de regulación emocional (Gross y Jazaieri, 2014).

*Los comportamientos impulsivos.* El resultado de alterar la intensidad o la duración de la emoción, en lugar de cambiar o eliminar la emoción discreta (Thompson, 1994b; Thompson y Calkins, 1996) es que la urgencia asociada a la respuesta emocional se reduce y el individuo tiene mayor capacidad de controlar su comportamiento, en contraposición a controlar sus emociones. La capacidad de inhibir los comportamientos inapropiados o impulsivos cuando las personas sienten emociones negativas hace posible mostrar un comportamiento en consonancia a los objetivos deseados. Así, la falta de inhibición emocional conduce a la persona a un comportamiento que puede ir en contra de sus propios intereses (Linehan, 1993; Melnick y Hinshaw, 2000).

*Las estrategias.* Por último, resultan de vital importancia las estrategias, es decir, los medios específicos utilizados por la persona para regular sus emociones. La misma estrategia de regulación puede ser adaptativa o desadaptativa, dependiendo de la persona concreta, la emoción, la intensidad y el contexto (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Sheppes, Scheibe, Suri y Gross, 2011) En todo caso, una regulación emocional adecuada implica tener acceso a un amplio repertorio de estrategias regulatorias, pero también ser flexibles en su uso (Cole y cols., 1994; Thompson, 1994a). Aunque la regulación emocional puede ser tanto explícita como implícita, la conciencia emocional parece mejorar la gama de estrategias disponibles y la flexibilidad con la que la persona las utiliza. Existen diversas propuestas teóricas para la clasificación del amplio abanico de estrategias regulatorias, pero el modelo más utilizado es el modelo del proceso de regulación de la emoción de Gross de 1998 (Webb, Miles, y Sheeran, 2012). Según este modelo, existen diferentes tipos de estrategias de regulación emocional en función del momento del proceso emocional en el que inciden. Así, algunas estrategias se realizan antes del episodio emocional y se focalizan en la selección de situaciones, es decir, en

hacer algo para que aumente o disminuya la probabilidad de acabar en una situación que nos hará sentir bien o mal. Un ejemplo de ello es buscar o evitar el contacto con determinadas personas. En cambio, otras estrategias se llevan a cabo al iniciarse el episodio emocional y tratarían de modificar la situación que ha provocado la emoción para que su impacto emocional sea menor. Por ejemplo, si te da miedo hacer algo, puedes pedirle a un amigo que te acompañe. También se incluirían en este grupo las estrategias que se basan en cambiar el foco atencional de la persona y en la reevaluación de la situación. Esta reevaluación se produce cuando la persona altera el significado emocional asociado a la situación y/o cambia lo que piensa de la situación o sobre su capacidad para manejarla. Por ejemplo, una persona que ha sido despedida de su trabajo puede reevaluar esta situación desafortunada como una oportunidad para hacer algo nuevo que vuelva a ilusionarle. Por último, otras estrategias regulatorias actuarían cuando la emoción ya ha sido sentida por la persona y afectarían a la modulación de la expresión emocional. Así, el uso de fármacos o alcohol con la intención de modificar la tensión muscular propia de la ansiedad es un ejemplo de este tipo de estrategias. Aunque secuenciales, estas estrategias pueden ser usadas en paralelo o en cualquier orden después de unos minutos, horas o en los días siguientes a la situación emocional. Dicho de otro modo, si la trayectoria de la emoción no fue alterada o si la emoción fue mal regulada, uno puede todavía regularla más tarde mediante el uso de cualquier tipo de estrategia.

## **1.2. Regulación emocional y adolescencia**

La mayoría de la investigación en regulación emocional se focaliza en la infancia como periodo crucial de su desarrollo. No obstante, los estilos de regulación emocional pueden desarrollarse a lo largo de la infancia tardía y la adolescencia, periodos de desarrollo que son críticos para la adquisición de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. La adolescencia ha sido descrita como ese período incómodo entre la maduración sexual y el logro de roles y responsabilidades adultas (Dahl, 2004). Esta descripción subraya la interacción entre los cambios biológicos, como la pubertad y la reorganización cerebral, y los cambios socio-contextuales que incluyen incrementos de la independencia y de la confianza en la relación con los iguales. Estos cambios conducen a una mayor percepción de estrés y de malestar diario (Larson y Ham, 1993;

Seidman, Allen, Aber, Mitchell y Feiman, 1994), así como a un incremento de la experiencia de afectos negativos e inestabilidad emocional (Larson y Ham, 1993; Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2002). Comparados con los niños, los adolescentes presentan mejores capacidades cognitivas, mayor habilidad para la toma de decisiones y resiliencia, pero al mismo tiempo se incrementan drásticamente los accidentes, las tentativas y los suicidios consumados, los homicidios, la violencia y las conductas sexuales de riesgo, entre otras conductas no saludables (Ozer, Macdonald y Irwin, 2002). Además, la adolescencia es la etapa del ciclo vital en la que con más frecuencia se inician problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad y depresivos, el abuso de sustancias y las alteraciones de la conducta alimentaria (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005). Algunos autores argumentan que estas consecuencias negativas son el resultado de cambios en el desarrollo que generan dificultades en experimentar y regular las emociones.

Los adolescentes refieren más fluctuaciones en sus estados de ánimo, más intensidad en sus experiencias emocionales (tanto positivas como negativas) y reacciones más rápidas hacia estímulos emocionales, en comparación con los niños y los adultos, junto a respuestas fisiológicas más intensas ante los estímulos emocionales (Silk y cols., 2009). Aunque el afecto negativo es un factor de vulnerabilidad psicopatológica y durante la adolescencia se incrementa su padecimiento, estos cambios emocionales subjetivos y fisiológicos son parte del desarrollo normal del adolescente y son característicos de la población sana. Las personas que no han desarrollado estrategias para la gestión adaptativa de las emociones negativas derivadas de los múltiples desafíos de la adolescencia pueden estar particularmente en riesgo de presentar problemas de salud mental (Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006). Por todo ello, consideramos que hay implicaciones clínicas relevantes que hacen importante tratar de entender cómo los adolescentes experimentan y regulan sus emociones.

### **1.3. Disregulación emocional y trastornos mentales**

En las dos últimas décadas, los déficits de regulación emocional se han considerado subyacentes a diversos trastornos mentales (Aldao y Nolen-Hoeksema,

2010; Kring y Sloan, 2009). Mientras que algunas personas muestran una dificultad puntual de regular sus emociones, padecen por ello un intenso malestar y llegan a desarrollar conductas desadaptativas tales como episodios concretos de descontrol conductual y/o la evitación (Keenan, 2000; Calkins y Fox, 2002), otras muestran una regulación deficiente de forma recurrente, lo que puede poner de manifiesto el padecimiento de algún tipo de trastorno mental (Dodge, 1991).

La disregulación emocional ha sido relacionada con más de la mitad de los trastornos del eje I y con todos los trastornos del eje II del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, APA, 1994; Gross, 1998), y se ha llegado a establecer como un marcador de psicopatología (Beauchaine, Gatzke-Koop y Mead, 2007). De hecho, la investigación reciente sugiere que la regulación emocional puede ser conceptualizada como un proceso “transdiagnóstico” (Kring y Sloan, 2010). Los factores transdiagnósticos hacen referencia a los procesos patológicos compartidos por diversos trastornos mentales. La noción de factor transdiagnóstico se considera relativa ya que depende, en parte, de los trastornos que se comparan y puede ayudarnos a identificar patrones compartidos de la disfunción emocional inherente a diversas formas de psicopatología.

En concreto, los déficits de la regulación emocional se han empleado en la explicación del trastorno de ansiedad generalizada (Esbjörn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck y Ollendick, 2012), la depresión (Abravanel y Sinha, 2015; Malik, Wells y Wittkowski, 2014), el alcoholismo y el abuso de sustancias (Cheetham, Allen, Yücel y Lubman, 2010; Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper y Sinha, 2007; Fox, Hong y Sinha, 2008; Gratz, Bornovalova, Delany-Brumsey, Nick y Lejuez, 2007; Pani y cols., 2010), las autolesiones (Andover y Morris, 2014; McKenzie y Gross, 2014; Klonsky, 2009), el suicidio (Rajappa, Gallagher y Miranda, 2011; Zlotnick, Donaldson, Spirito y Pearlstein, 1997), los trastornos de la conducta alimentaria (Calvo y cols., 2014; Danner, Sternheim y Evers, 2014; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier y Ehring, 2012; Sim y Zeman, 2005; Whiteside y cols., 2006), el trastorno de personalidad límite (Carpenter y Trull, 2013; Ebner-Priemer y cols., 2015; Glenn y Klonsky, 2009; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2006; Linehan, 1993; Stepp y cols., 2014), los síntomas de estrés postraumático (Powers, Cross, Fani y Bradley, 2015; Seligowski, Lee, Bardeen y Orcutt, 2014; Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007), los trastornos de

la conducta (Burke, 2012; Cappadocia, Desrocher, Pepler y Schroeder, 2009; Cavanagh, Quinn, Duncan, Graham y Balbuena, *in press*; Deborde, Vanwalleghem y Aitel, 2014) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Barkley, 1997; Melnick y Hinshaw, 2000; Shaw, Stringaris, Nigg y Leibenluft, 2014; Spencer y cols., 2011; Villemonteix, Purper-Ouakil y Romo, 2014).

No obstante, y a pesar de la creciente literatura sobre el tema, desconocemos cómo afecta el proceso regulatorio emocional a la salud mental (Gross y Barrett, 2011). A ello ha contribuido tanto la falta de consenso sobre las definiciones de emoción y regulación emocional como la amplia heterogeneidad sintomática que configura un mismo cuadro diagnóstico y el solapamiento de síntomas entre diferentes trastornos (Gross, 2008). Por todo lo anterior, se considera que la disregulación emocional es una entidad dimensional, no un diagnóstico categórico, y que no se relaciona de manera exclusiva con un trastorno específico. Por el contrario, se considera que supera la tradicional división entre trastornos externalizados e internalizados, pudiendo estar presente en todos ellos. Así, por ejemplo, la dificultad de regular emociones como la tristeza está relacionada con trastornos internalizados como la ansiedad y/o la depresión y la dificultad de regular la rabia se relaciona con trastornos externalizados o el “*acting out*” (Gross, 1998).

La inclusión en el reciente DSM-5 (APA, 2013) del “Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” es una prueba de la importancia que está recibiendo la disregulación emocional en la explicación de diversos trastornos psicopatológicos. Esta nueva categoría diagnóstica, incluida en el apartado de trastornos depresivos del DSM, incorpora las dificultades de regulación emocional como aspecto nuclear y definitorio (véanse en Anexo A criterios diagnósticos DSM-5). El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se propuso como respuesta a un debate de más de una década de duración en torno a si la irritabilidad crónica en los niños se podía considerar o no un síntoma distintivo del trastorno bipolar pediátrico. Con el aumento de la prevalencia de los trastornos bipolares en la infancia a una velocidad alarmante, el grupo de trabajo de trastornos de la infancia y la adolescencia del DSM-5 comparó la evidencia derivada de los estudios de la evolución natural y del tratamiento del trastorno bipolar tradicional frente al trastorno bipolar diagnosticado utilizando como criterio la irritabilidad crónica. El grupo determinó que estaba justificado emplear dos

diagnósticos por separado. Así, los niños que manifiestan un descontrol no episódico y extremo de la conducta ya no reúnen los requisitos para un diagnóstico de trastorno bipolar en el DSM-5 y en cambio se consideraría la posibilidad de un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La desregulación emocional es uno de los factores de mayor peso etiológico en los accesos de cólera del nuevo trastorno. Cabe señalar que este trastorno hace referencia a la desregulación del ánimo y no de las emociones, con la intención de señalar la alteración continua en la emocionalidad que muestran las personas que lo padecen.

#### **1.4. Disregulación emocional y TDAH**

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes y se estima que en España afecta aproximadamente al 6.8% de los niños y adolescentes (Catalá-López y cols., 2012). Según la definición actual reflejada en el DSM-5 (APA, 2013; Anexo B), el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que causa un deterioro funcional significativo en el rendimiento académico o laboral y en las actividades de la vida cotidiana. Más allá de las limitaciones que genera en el individuo y en las relaciones familiares (Harpin, 2005), este trastorno tiene un impacto considerable en los servicios de salud y en la comunidad en cuanto a las cargas económicas y sociales (Pelham, Foster y Robb, 2007).

Entre las líneas de investigación vigentes sobre el TDAH se encuentra aquella que se interesa por las dificultades de regulación emocional. Según Barkley (2010) estas dificultades han sido descritas desde las primeras definiciones del trastorno pero, desde la aparición del DSM-II (APA, 1968) y hasta la actualidad, han sido relegadas a un nivel secundario, sin formar parte de la descripción nuclear del TDAH. De hecho, en el DSM-5, la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo se describen exclusivamente como características asociadas al trastorno. Un posible motivo de su ausencia en los manuales diagnósticos pudiera atribuirse a la dificultad que entraña la evaluación de la esfera emocional, en comparación a la mayor facilidad con la que se evalúan los comportamientos motores-conductuales y de la atención implicados en el trastorno (Barkley, 2010).

Actualmente contamos con diversas descripciones de la emocionalidad en el TDAH. Se ha descrito que las personas con TDAH, en comparación con las que no padecen este trastorno, tienen más dificultad para identificar y procesar las emociones negativas (Norvilitis, Casey, Brooklier y Bonello, 2000) y suelen ser más reactivas y menos empáticas (Braaten y Rosén, 2000; Cole y cols., 1994; Hinshaw y Melnick, 1995; Jensen y Rosén, 2004; Maedgen y Carlson, 2000; Martel, 2009; Melnick y Hinshaw, 2000; Walcott y Landau, 2004). Así mismo, las personas con TDAH se muestran más lábiles, padecen cambios impredecibles y frecuentes de humor sobre todo hacia emociones negativas (Biederman y cols., 2012b; Sobanski y cols., 2010; Surman y cols., 2011), además de resultarles más difícil conseguir volver a su estado emocional anterior (Scime y Norvilitis, 2006). Las personas con TDAH tienen mayor dificultad en ocultar sus emociones, aun habiendo recibido instrucciones para hacerlo (Walcott y Landau, 2004). Por otra parte, Scime y Norvilitis (2006) informaron que los niños con TDAH se consideraban a sí mismos menos capaces de regular sus propias emociones que sus iguales, pero igual de capaces de atender y comprender dichas emociones. Las personas con TDAH parecen tener dificultades con su motivación intrínseca y se muestran más dependientes de las recompensas, de tal forma que suelen sentirse más frustradas cuando la recompensa se demora (Douglas, 1988). Además, las personas con TDAH tienen una menor capacidad para resolver problemas, tienden a dirigir su atención a aspectos negativos de la tarea y se muestran menos dadas a buscar ayuda cuando se sienten frustradas (Melnick y Hinshaw, 2000). Fruto de ello, estas personas muestran más dificultad para persistir en el esfuerzo a fin de conseguir un objetivo y tienden a abandonar la ejecución de las tareas (Walcott y Landau, 2004). Parece que los individuos con TDAH fueran incapaces de inhibir las emociones, sean positivas o negativas, aunque lo más perjudicial es que no inhiban las emociones negativas (la frustración, la impaciencia, la ira, la hostilidad y la reactividad social), ya que la desinhibición de este tipo de emociones es la que conlleva mayor repercusión social (Barkley, 1997). A esta incapacidad de inhibir las emociones es a lo que Barkley denominó "impulsividad emocional".

La existencia de estudios observacionales del comportamiento, el uso de escalas y cuestionarios y las calificaciones clínicas han apoyado la relación entre disregulación emocional y TDAH en niños y adultos. De la misma forma, hay estudios

neuroanatómicos que han descubierto alteraciones en redes cerebrales que se hallan involucradas tanto en el TDAH como en la regulación emocional (Barkley, 2010). Por ejemplo, tanto en los estudios del TDAH (Bush, Valera y Seidman, 2005; Paloyelis, Mehta, Kuntsi y Asherson, 2007; Valera, Faraone, Murray y Seidman, 2007) como en los estudios sobre la regulación emocional (Ochsner y Gross, 2005) se han encontrado alteraciones en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal lateral. Shaw, Stringaris, Nigg y Leibenluft (2014) describieron en su reciente revisión que ciertas anormalidades en las regiones cerebrales de la amígdala, el cuerpo estriado ventral y la corteza orbitofrontal contribuían a los déficits de regulación emocional que presentan las personas con TDAH.

A pesar de que el déficit de regulación emocional no sea uno de los síntomas diagnósticos del TDAH en el DSM-5, diversas propuestas teóricas asumen su importancia y abordan la relación entre ambos, aunque sin llegar a un consenso. En una revisión sobre el tema, Shaw y cols. (2014) identifican tres modelos conceptuales:

(a) la disregulación emocional forma parte de las características nucleares del trastorno y debería formar parte, por tanto, de su descripción y constituir un criterio diagnóstico. La disregulación emocional resultaría de los mismos déficits neurocognitivos que provocan la hiperactividad y la impulsividad (Barkley, 2006; Martel, 2009; Skirrow, McLoughlin, Kuntsi y Asherson, 2009),

(b) la combinación de TDAH y disregulación emocional constituye una entidad nosológica distinta respecto a las personas con TDAH que no presentan dificultades a nivel emocional (Biederman y cols., 2012; Surman y cols., 2011),

(c) La disregulación emocional y el TDAH constituyen conjuntos de síntomas distintos pero fuertemente correlacionados (Castellanos y Proal, 2012; Nigg y Casey, 2005).

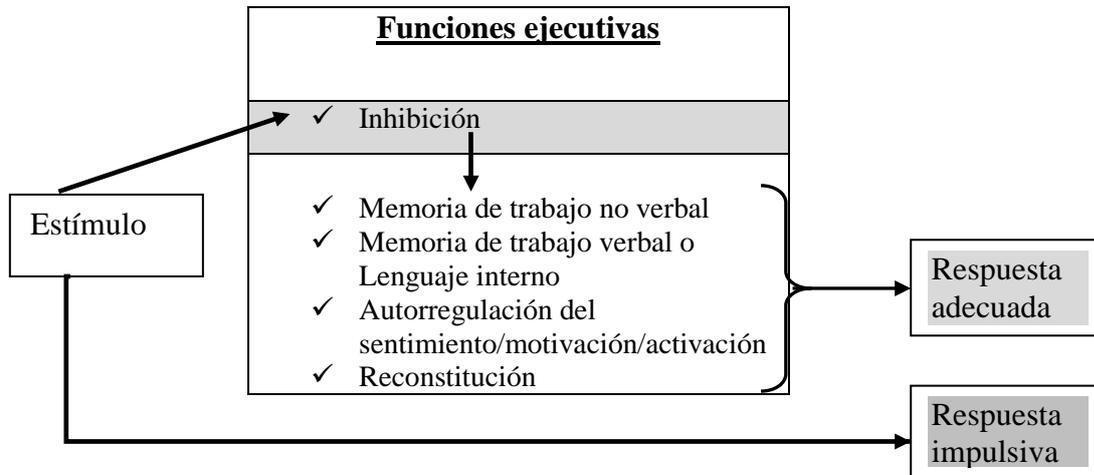
De esta forma, cada una de las anteriores propuestas teóricas supone un significado del diagnóstico y del pronóstico del TDAH diferente. Sin embargo, estas tres posiciones no gozan del mismo nivel de respaldo científico, siendo la propuesta de Barkley (1997) la que mayor aceptación ha logrado. Por ello, a continuación nos

detendremos en el modelo de déficit del control inhibitorio propuesto por Barkley para explicar la presencia de disregulación emocional en el TDAH.

#### **1.4.1. Modelo de déficit del control inhibitorio**

Según Barkley (1997), las dificultades emocionales que presenta la persona que padece TDAH son el resultado de un fracaso en la función ejecutiva de la inhibición de la respuesta. Podríamos decir que la inhibición es el freno del comportamiento, es decir, lo que detiene la emoción cruda o la reacción automática ante un estímulo y hace posible que la persona responda reflexionada y adecuadamente. El déficit inhibitorio, además de generar una conducta impulsiva, hiperactiva y desorganizada, es el responsable de déficits cognitivos y alteraciones en el resto de las funciones ejecutivas. La inhibición crea la pausa necesaria entre el estímulo y la respuesta para que las otras funciones ejecutivas entren en escena. En ese intervalo de tiempo, las funciones ejecutivas nos ayudan a analizar las posibles consecuencias de una acción y, en función de esto, nos planificamos y organizamos, de cara a conseguir el objetivo deseado. Si esa pausa no existe, las otras funciones ejecutivas no pueden intervenir (véase la Figura 1). Es decir, si una persona puede inhibir o retrasar su respuesta a un evento podrá retrasar la expresión de la emoción automática que ese evento le provoca. Así, si no se da una respuesta emocional inmediata, entonces podrá reflexionar sobre ella, podrá modificar su forma habitual de responder y tendrá posibilidad de gestionarla. La persona que padece TDAH carece de una inhibición conductual apropiada y, por tanto, presenta “Impulsividad emocional”, que Barkley (2010) define como “la rapidez o velocidad con la que un individuo con TDAH reaccionará con mayor probabilidad mostrando emociones negativas a un evento en relación con individuos del mismo nivel de desarrollo o edad sin TDAH” (p. 6). La impulsividad emocional frustra la capacidad del individuo de regular sus emociones, ya que conlleva un déficit de regulación disciplinada de emociones inducidas (para calmarse, reenfocar la atención, distracción, etc.), dificultad de inducir estados de humor positivos más aceptables (revaloración cognitiva, selección/modificación de situación proactiva, etc.) y un deterioro de la automotivación y activación (alerta) necesarias para sustentar las acciones dirigidas a una meta. Así, según esta teoría explicativa, padecer TDAH conlleva tener dificultades en la regulación emocional.

Figura 1: Modelo de déficit en el control inhibitorio de Barkley



No obstante y a pesar de la falta de consenso sobre la definición del concepto de disregulación emocional y sobre los instrumentos de evaluación empleados, diversos estudios han hallado que sólo un porcentaje de las personas con TDAH presentan dificultades de regulación emocional. De esta forma, Stringaris y Goodman (2009) evaluaron la labilidad afectiva en personas con y sin diagnóstico de TDAH y hallaron que un 38% de los padres con hijos con TDAH referían observar cambios de humor repentinos en sus hijos, lo que supondría 12 veces más de lo que suelen reportar los padres de niños y jóvenes sin TDAH. En el mismo estudio, cuando los síntomas eran autoinformados, el 27% de los jóvenes con TDAH refirió síntomas de labilidad emocional, un 6.9% más que los jóvenes sin TDAH. En otro estudio (Anastopoulos y cols., 2011) en el que también se emplea la labilidad afectiva como indicador de disregulación emocional, se encontró que un 47% de las personas con TDAH presentaban labilidad afectiva frente al 15% en el caso de las personas sin diagnóstico de TDAH. También, Spencer y cols. (2011) evaluaron la disregulación de las emociones en personas con y sin TDAH mediante el uso de tres subescalas del *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991): Problemas de atención, Síntomas de ansiedad-depresión y Conducta agresiva. Según el estudio realizado por Spencer y cols. (2011), el 44% de los niños con TDAH presentaron este perfil, frente al 2% de los niños sin TDAH. Recientemente, Shaw y cols. (2014) en su revisión sobre el tema refirieron que alrededor de la mitad de las personas (entre el 25% y 45% de los niños y entre el 30% y

el 70% de los adultos) diagnosticadas de TDAH exhiben niveles alterados de disregulación emocional. En resumen, el solapamiento entre el TDAH y la disregulación emocional no es completo, aspecto que cuestiona la teoría propuesta por Barkley según la cual la disregulación emocional es el resultado de los déficits en las funciones ejecutivas característicos de las personas que padecen TDAH (Villemonteix y cols., 2014).

#### **1.4.2. Los subtipos de TDAH y la disregulación emocional**

El DSM-5 identifica tres subtipos de TDAH en función del número de criterios que la persona cumple en dos conjuntos de síntomas: la inatención y la hiperactividad-impulsividad. Así, la persona con TDAH de predominio inatento cumpliría con 6 criterios o más de inatención (y con menos de 6 criterios de impulsividad-hiperactividad), la persona con TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo cumpliría con 6 o más criterios de hiperactividad-impulsividad (y con menos de 6 criterios de inatención) y la persona diagnosticada de TDAH combinado cumpliría tanto con los 6 criterios o más de inatención como con los 6 criterios o más de hiperactividad-impulsividad.

Los estudios que valoran la emocionalidad en el TDAH considerando su subtipo son escasos y sus conclusiones son contradictorias. Por una parte contamos con el estudio de Maedgen y Carlson (2000) que valora la regulación emocional en niños con diagnóstico de TDAH combinado e inatento y en niños sin diagnóstico de TDAH. Sus resultados mostraron que los niños con el diagnóstico de TDAH subtipo combinado expresaban las emociones (tanto positivas como negativas) de forma más intensa en relación a los niños con el diagnóstico de TDAH inatento o que aquéllos sin TDAH. Además, señalaron que a pesar de que los niños con diagnóstico de TDAH combinado trataban de regularse, ya que conocían la necesidad contextual de hacerlo, lo lograban menos. Por otra parte, los niños con diagnóstico de TDAH subtipo inatento no se mostraron diferentes a los niños sin diagnóstico TDAH. Estos resultados, según los autores del estudio, podrían sugerir que los niños con diagnóstico TDAH subtipo inatento tienen más intactas sus capacidades regulatorias. Estos resultados son congruentes con la teoría del déficit en el control inhibitorio de Barkley (1997) según la cual el TDAH subtipo inatento no se caracterizaría por un déficit de control inhibitorio y, por tanto, las personas con TDAH subtipo inatento no mostrarían déficits de

regulación emocional. Por otra parte, Anastopoulos y cols. (2011) hallaron que los niños con TDAH de subtipo combinado mostraban más labilidad emocional que los niños con TDAH de predominio inatento o hiperactivo-impulsivo. Recientemente Bunford, Evans y Langberg (*in press*) contradicen estos hallazgos al no encontrar diferencias significativas de la regulación de las emociones en función del subtipo de TDAH. Estos autores justificaron la falta de concordancia de sus resultados con los de Maedgen y Carlson (2000) aludiendo a las diferencias entre ambos estudios en la edad de los participantes y en el método empleado en la evaluación de la regulación emocional. Así, Bunford y cols. (*in press*) estudiaron a jóvenes de entre 12 y 16 años, mientras que Maedgen y Carlson (2000) trabajaron con niños de 8 a 11 años. Los autores argumentaron que es conocido el decremento de los síntomas de la hiperactividad-impulsividad durante la adolescencia respecto a la niñez, por lo que muchos de los adolescentes que ellos diagnosticaron como TDAH inatentos podrían haber padecido TDAH combinado cuando eran niños. Por otra parte, se utilizaron diferentes técnicas en la recogida de información, ya que mientras que Bunford y cols. (*in press*) emplearon cuestionarios, Maedgen y Carlson (2000) utilizaron la observación de las respuestas emocionales en una tarea de laboratorio.

En cuanto a las teorías explicativas, como ya referimos anteriormente, la disregulación emocional ha sido relacionada con un déficit de inhibición conductual que parece estar sólo presente en los subtipos combinado e hiperactivo/impulsivo (Barkley, 1997; Schachar, Tannock y Logan, 1993). Actualmente, carecemos de una base teórica que explique la posible presencia de disregulación emocional en los casos de TDAH subtipo inatento. Si bien, Barkley (2010) plantea dudas sobre la existencia real de los subtipos, defendiendo que todos los casos deberían ser contemplados como TDAH de tipo combinado con diferentes variaciones según la intensidad con la que muestran los síntomas. Tal es así, que este autor propone reconceptualizar el TDAH como un trastorno de la inhibición.

### **1.4.3. Comorbilidad del TDAH y disregulación emocional**

El TDAH presenta una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. En una revisión en la que se contempla el desarrollo de comorbilidades en relación a la edad de la persona con TDAH, Taurines y cols. (2010) hallaron que el 73% de los adolescentes con TDAH presentaban comorbilidad con uno o más trastornos. La

comorbilidad más frecuente se dio con el Trastorno Negativista Desafiante (TND), con un 46.9% de los casos, seguido, entre otros, de los trastornos afectivos (27.9%), trastorno disocial (18.5%), dislexia (17.6%), ansiedad (16.7%) y síndrome de Tourette (9.5%). Los niños con diagnóstico de TDAH que además presentan otros trastornos comórbidos exhiben sintomatología más severa, un curso del trastorno más complejo y más correlatos y consecuencias negativas, como por ejemplo el abuso de sustancias, la delincuencia, la personalidad antisocial, los problemas académicos y laborales, además de problemas en las relaciones sociales, en comparación con los niños con TDAH que no tienen comorbilidad (Taurines y cols., 2010; Yoshimasu y cols., 2012). Para Barkley, incluir las alteraciones emocionales como característica principal del TDAH puede ayudar a comprender el motivo de la concomitancia.

En cuanto a la comorbilidad más frecuente, la del TND, la persona que padece TDAH tiene alrededor de 10 veces más probabilidades de desarrollar este trastorno en relación a la persona sin TDAH (Barkley, 2010; Yoshimasu y cols., 2012). El TND se caracteriza por un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. Este comportamiento se da con mayor frecuencia de la típicamente observada en personas de similar edad y nivel de desarrollo y provoca un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Véanse criterios DSM-5 para el TND en el Anexo C). López-Villalobos y cols. (2014) en una revisión sobre la prevalencia del TND, refieren haber encontrado cifras que oscilan entre el 1,8% y el 14,1% en niños entre 5 y 16 años.

Actualmente, tanto la comorbilidad entre TDAH y TND como la relación que mantienen ambos trastornos con la disregulación emocional se explican principalmente de dos formas. Para autores como Barkley (2010), padecer TDAH es uno de los factores causales o de riesgo para desarrollar TND. Para este autor, la persona que padece TDAH padece déficits de regulación de sus emociones, concretamente impulsividad emocional, lo que atendiendo a una conceptualización bidimensional del TND (Burke y cols., 2010, Ezpeleta, Granero, de la Osa, Penelo y Domènech, 2012) ya cumpliría con los criterios descritos de la dimensión emocional del trastorno. Según este planteamiento, si una persona sufre TDAH, ya tiene un TND de perfil “subclínico”. Por tanto, las dificultades emocionales que se observan en las personas con TND, interpretadas como el resultado de la relación que este trastorno tiene con el TDAH, se

deberían a causas biológicas y no sociales. Por otro lado, la dimensión de conflicto social del TND tiene su origen en el aprendizaje y en concreto, en el aprendizaje realizado en el seno de la familia mayoritariamente a través de pautas de crianza inadecuadas (Barkley, 2010). En la misma línea, el hecho de que el TND muestre mayor asociación con el TDAH de subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado, caracterizados por ser impulsivos emocionalmente, que con el TDAH de subtipo inatento (Mullin y Hinshaw, 2007), apoyaría esta conceptualización sobre la relación entre TDAH-TND y los síntomas de disregulación emocional.

En contraposición con esta explicación teórica que establece que la sintomatología del TDAH es precursora del TND, y en particular de la disregulación emocional del TND, otros estudios refieren que sólo son los pacientes con TDAH y TND comórbido los que padecen disregulación emocional (Hinshaw y Melnick, 1995). Estos autores se basan en el modelo de continuidad heterotípica que estipula que una misma vulnerabilidad genética puede conducir a diferentes manifestaciones fenotípicas en función del ambiente al que el individuo está expuesto. Los estudios de genética comportamental han evidenciado un factor común latente al TDAH y al TND (Beauchaine, Hinshaw y Pang, 2010). Este factor común, fuertemente heredable, se experimentaría precozmente bajo los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad y conduciría al diagnóstico de TDAH. Según el modelo de continuidad heterotípica, el TDAH se relaciona con aspectos “fríos” del funcionamiento cognitivo (problemas en la memoria de trabajo, la inhibición cognitiva y motriz) y no estaría relacionado con alteraciones emocionales. No obstante, este diagnóstico podría evolucionar hacia un diagnóstico de TDAH y TND comórbido si el individuo está expuesto a pautas de crianza parentales ineficaces o coercitivas y a conflictos reiterados cada vez de mayor intensidad. De esta forma, la disregulación emocional aparecería secundariamente mediante los conflictos familiares recurrentes, es decir, no sería parte integrante del TDAH sino del TND al que se asocia (Beauchaine y cols., 2010; Sobanski y cols., 2010).

En la misma línea, y de forma independiente al TDAH, diversos estudios han dado apoyo empírico a las dificultades de regulación emocional que presenta la persona con un diagnóstico de TND. Así, se ha relacionado el TND con la presencia de más afectos negativos (Casey, 1996; Eisenberg y cols., 2001), con mayor dificultad en el

control de los impulsos (Eisenberg y cols., 2001) o con mayor labilidad emocional (Stringaris y Goodman, 2009). Más recientemente, Deborde y cols. (2014) han hallado que cuanto más graves son las dificultades de regulación emocional, más graves resultan las alteraciones de la conducta. De hecho, las altas puntuaciones en la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*DEERS*, Gratz y Roemer, 2004) discriminaron entre los chicos que padecían TND respecto a los chicos sin psicopatología. Por último, al evaluarse la relación entre los síntomas característicos del TND y la disregulación emocional se ha hallado que entre ambos conjuntos de síntomas existe una correlación de .98, lo que sugiere que podrían estar valorando el mismo concepto (Cavanagh y cols., *in press*). Así, estos autores proponen reconceptualizar el TND como un trastorno de la regulación emocional, en lugar de un trastorno de la conducta.

Por tanto, actualmente se reconoce que la disregulación emocional es una importante faceta del TND, al mismo tiempo que se la relaciona con el desarrollo posterior de psicopatología. A pesar de ello, por el momento carecemos de un claro modelo explicativo de las dificultades de regulación emocional presentes en otros trastornos externalizados que no sean el TDAH (Melnick y Hinshaw, 2000; Mullin y Hinshaw, 2007).

### **1.5. Evaluación de la regulación emocional en el TDAH**

Como hemos venido comentando, las alteraciones emocionales en el TDAH apenas se han explorado en comparación a los síntomas cognitivos y conductuales. Los primeros estudios que evaluaron cómo las personas diagnosticadas de TDAH regulaban sus emociones se basaron en la observación de sus respuestas emocionales durante la ejecución de una tarea de laboratorio. Generalmente, se trataba de tareas que elicitan frustración en sus participantes (con y sin TDAH) con el fin de valorar si existían diferencias en la respuesta emocional entre ambos grupos (Douglas, 1983; Maedgen y Carlson, 2000; Melnick y Hinshaw, 2000; Rosenbaum y Baker, 1984 y Scime y Norvilitis, 2006).

El creciente interés por las diferencias individuales en la regulación de las emociones, la falta de consenso en la definición del proceso regulatorio y la carencia de un método de referencia para la evaluación de la regulación emocional, ha conllevado la

proliferación de múltiples y diversas medidas auto y heteroinformadas. Se ha señalado reiteradamente que muchos de los instrumentos de medida de los que actualmente disponemos para la evaluación de la regulación emocional evalúan aspectos estrechamente relacionados, pero en todo caso sólo relacionados, con la regulación emocional. Por ejemplo, mediante el uso del *The Child Self-Control Rating Scale* (CSCRS; Catanzaro y Mearns, 1990) obtenemos información sobre el autocontrol y la habilidad de inhibir comportamientos negativos en los niños mientras que con el uso del *Conners Parent Rating Scale of Emotional Lability - Revised* (CPRS-R, Conners, 2001) se obtiene información sobre la presencia de labilidad afectiva. Resultado de ello, en los estudios se tiende a utilizar diversas medidas en un intento de capturar el constructo de regulación emocional (Campbell-Sills y Barlow, 2007) aspecto que repercute negativamente en la posibilidad de comparar sus resultados y construir un cuerpo coherente de conocimientos.

A continuación exponemos, ordenados cronológicamente en relación a su primera publicación, algunos de los instrumentos que se han empleado en la evaluación de la regulación emocional en la población infanto-juvenil (Tabla 1). Finalmente, nos detendremos en dos medidas a las que hemos hecho mención breve anteriormente: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS) y el perfil de disregulación emocional del CBCL. Ambas medidas reciben en nuestro estudio un interés central, en el caso de la DERS por ser la escala que validaremos y que utilizaremos para la evaluación de las dificultades específicas de la regulación emocional de nuestra muestra y en el caso del perfil de disregulación emocional del CBCL ya que nos servirá como referente previo de nuestro estudio en el que la obtención del perfil de disregulación emocional se plantea a partir de su homólogo autoinformado, el *Youth Self Report* (YSR).

Tabla 1: Instrumentos que incluyen la evaluación de la regulación emocional en niños y adolescentes

Instrumento	Acronimo	Autores (año)	Informante	Muestra	Factores	Qué mide	Ejemplo de ítems	Adaptación en España
Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale	NMR	Catanzaro y Mearns (1990)	Autoinforme	Adolescentes adultos	-	El acceso a estrategias teóricamente efectivas. Enfatiza la eliminación o la evitación	“When I ‘m upset, I believe that I can forget about what’s upsetting me pretty easily”	No, versión latina (Chile)
The Child Self – Control Rating Scale	CSCRS	Rohrbeck, Azar y Wagner (1991)	Autoinforme	Niños	-	Autocontrol y la habilidad de inhibir comportamientos negativos en los niños	“Wait for what I want” “Think before I act”	No
Emotional Expressivity Scale	EES	Kring, Smith y Neale (1994)	Autoinforme	Adolescentes Adultos	-	Expresividad emocional en general	" People can realize my emotions"	No, versión latina (Argentina)
Trait Meta-Mood Scale	TMMS	Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995)	Autoinforme	Adultos Adolescentes	-Atención -Claridad -Reparación del humor	Diferencias individuales en la habilidad de reflexionar y gestionar las propias emociones	“Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones” “Tengo claros mis sentimientos”	Lasa, Salguero, Fernández Berrocal y Aritzeta (2010)
Barratt Impulsiveness Scale	BIS	Patton, Stanford y Barratt (1995)	Autoinforme	Jóvenes	-Impulsividad motora -Impulsividad cognitiva -No planificación	Impulsividad	“Hago las cosas sin pensar” “Planeo las tareas cuidadosamente”	Fernandez-Berrocal y cols. (2004)

<b>Instrumento</b>	<b>Acronimo</b>	<b>Autores (año)</b>	<b>Informante</b>	<b>Muestra</b>	<b>Factores</b>	<b>Qué mide</b>	<b>Ejemplo de ítems</b>	<b>Adaptación en España</b>
Emotion Regulation Checklist	ERC	Shields y Cicchetti (1997)	Padres o cuidadores y profesores	De 6 a 12 años	-Negatividad/ labilidad -Regulación emocional	Evalúan procesos centrales de emocionalidad y regulación	“Fácilmente frustrado.” “Capaz de retrasar la gratificación”	Sineiro y Paz (2007) (sólo traducción)
The children’s Behavior Questionnaire, (subescalas de Impulsividad y control inhibitorio)	CBQ	Rothbart, Ahadi, Hershey y Fisher (2001)	Padres o cuidadores	De 3 a 5 años	-Impulsividad -Control inhibitorio	Diferencias en la reactividad y la regulación emocional de los niños	“Generalmente se apresura en una actividad sin pensar en ello” “Puede bajar su voz cuando se le pide hacerlo”	De la Osa, Granero, Penelo, Domènech y Ezpeleta (2013)
Conners Parent Rating Scale of emotional lability	CPRS-R	Conners (2001)	Padres o cuidadores	Niños y adolescentes entre 3 y 17 años	- Cambios impredecibles de humor -Tormentas afectivas -llanto	Labilidad emocional: Propensión a tener más respuestas imprevisibles o más conductas emocionales (llorar, enfadarse...) de lo normal.	“Tiene cambios de humor repentinos y drásticos”.	Farré-Riba y Narbona (1997)
Conners Teacher Rating Scale of emotional lability	CPRS-T	Conners (2001)	Profesores	Niños y adolescentes entre 3 y 17 años	-Cambios impredecibles de humor -Tormentas afectivas -Llanto -Tolerancia a la frustración	Labilidad emocional: Propensión a tener más respuestas imprevisibles o más conductas emocionales (llorar, enfadarse...) de lo normal.	“Sus demandas deben de ser atendidas inmediatamente “ “ Se frustra con facilidad” .	Farré-Riba y Narbona (1997)

Instrumento	Acronimo	Autores (año)	Informante	Muestra	Factores	Qué mide	Ejemplo de ítems	Adaptación en España
Children's Sadness Management Scale	CSMS	Zeman, Shipman, y Penza-Clyve (2001)	Autoinforme	Jóvenes	-Control del impulso/inhibición -Estrategias de ER -Expresión disregulada	La inhibición de los niños, la expresión disregulada y el afrontamiento de la experiencia y la expresión de la tristeza.	"I stay calm and don't let sad things get to me", "I hold my sadness in"	No
Emotion Regulation Questionnaire	ERQ	Gross y John (2003)	Autoinforme	Adulto Versión adolescente	-Reevaluación cognitiva -Supresión	Evaluación de las dos más importantes estrategias de regulación emocional	"Trato de mantener ocultos mis sentimientos"	Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa (2006)
Difficulties in Emotion Regulation Scale	DERS	Gratz y Roemer (2004)	Autoinforme	Adolescentes a partir de 12 años Adultos	-Conciencia -Aceptación -Claridad -Metas -Estrategias -Impulso	La disregulación emocional como constructo multicomponente	"Me cuesta entender mis sentimientos", "Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor"	Adultos: Hervás y Jodar (2008)

Instrumento	Acrónimo	Autores (año)	Informante	Muestra	Factores	Qué mide	Ejemplo de ítems	Adaptación en España
The Regulation of Emotions Questionnaire	REQ	Phillips y Power (2007)	Autoinforme	Jóvenes	-Regulación emocional interna funcional -Regulación emocional interna disfuncional -Regulación emocional externa funcional -Regulación emocional externa disfuncional	Aspectos internos como la conciencia y reflexión de las emociones y externos expresión de las emociones	"I review (rethink) my thoughts or beliefs" "I take my feelings out on others physically"	No
Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional	CERQ	Garnefski y Kraai (2007)	Autoinforme	Adultos Adolescentes	-Autolesión -Aceptación -Rumiación -Reenfoque positivo -Reenfoque del plan positiva -Reevaluación -Poner en perspectiva -Catastrofismo -Otros daños	Estas subescalas están diseñadas para evaluar la reacción cognitiva (estrategias) de las personas después de experimentar un evento estresante en la vida.	"Siento que yo soy el culpable de lo que pasó" "Pienso que tengo que aceptar lo que pasó"	Adultos: Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello (2013)
The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents	ERICA	MacDermott, Gullone, Allen, King y Tonge (2010)	Autoinforme	Jóvenes	-Control emocional -Conciencia emocional -Responsividad situacional	Refleja la capacidad de regular los afectos negativos y abstenerse de reacciones emocionales inadecuadas	"When things don't go my way, I get upset easily"	No

Instrumento	Acrónimo	Autores (año)	Informante	Muestra	Factores	Qué mide	Ejemplo de ítems	Adaptación en España
Child Behavior Checklist	CBCL	Achenbach (1991) <sup>1</sup>	Padres o cuidadores	Niños y Adolescentes	-Problemas de atención -Conducta agresiva -Síntomas ansioso-depresivos -Problemas de pensamiento -Aislamiento social, -Quejas somáticas, -Problemas sociales, -Conducta delincuente	Una puntuación determinada en las tres primeras subescalas determina la presencia/ausencia de disregulación emocional	“Es nervioso, excitable, tenso” “Su estado de ánimo o sus sentimientos cambian repentinamente”	Sardinero E. Pedreira y Muñiz (1997).
Difficulties in the regulation of positive emotions	DERS-Positive	Weiss y cols. (2015)	Autoinforme	Adultos	-Impulso -No aceptación -Metas	Dificultad en regular emociones positivas	“When I’m happy, I feel guilty for feeling that way”	No

**Nota:** <sup>1</sup> La fecha corresponde a la primera publicación del instrumento como medida de psicopatología general, no a su uso como medida de disregulación emocional

### **1.5.1. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)**

Sobre la base teórica que entiende la regulación emocional como un constructo que engloba diferentes componentes, Gratz y Roemer (2004) propusieron una medida de autoinforme multidimensional: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*). Mediante la construcción de esta escala los autores trataban de superar las antiguas aproximaciones parciales al concepto de regulación emocional que se basaban en la descripción de diversos constructos relacionados.

La DERS es un autoinforme de 36 ítems, originariamente destinado a adultos, que incluye seis dominios clínicamente relevantes de la disregulación emocional: la falta de conciencia o atención emocional, la falta de comprensión o claridad emocional, la no aceptación de las respuestas emocionales, las dificultades en el control de los impulsos, el acceso limitado a estrategias eficaces de regulación emocional y las dificultades para persistir en una conducta dirigida por objetivos cuando se está emocionalmente excitado. La propuesta de Gratz y Roemer (2004) es la que ha recibido mayor atención recientemente y los resultados de numerosos trabajos de investigación han apoyado la validez y la fiabilidad de la DERS tanto en muestras de adultos como de adolescentes, así como en muestras comunitarias y clínicas. Además, desde su construcción y posterior validación para adultos de habla inglesa, la DERS ha sido adaptada a varios idiomas.

Respecto a la fiabilidad de la escala, los diferentes estudios efectuados han revelado una buena consistencia interna tanto de las puntuaciones de las subescalas como de la puntuación total basándose en la obtención de coeficientes alfa de Cronbach considerablemente altos. No obstante, las puntuaciones de las subescalas Conciencia y Claridad han mostrado peor consistencia interna de forma reiterada e incluso en tres estudios (Marín, Robles, González y Andrade, 2012; Sarıtaş-Atalar, Gençöz y Özen, 2015; Snow, Ward, Becker y Raval, 2013) se han obtenido valores insuficientes ( $\alpha \leq .70$ ; Nunnally y Bernstein, 1995). En las Tablas 2 y 3 aportamos un resumen, en orden cronológico, de la consistencia interna de las puntuaciones de las subescalas y de la puntuación total informada en estudios con muestras de adultos y adolescentes, respectivamente.

**Tabla 2: Consistencia interna de las subescalas y escala total DERS en muestras de adultos**

Primer autor (año)	Alfa de Cronbach (n° ítems)						
	Puntuación						
	Conciencia	Claridad	Impulso	Estrategias	Metas	No aceptación	Total
Gratz (2004)	.80 (6)	.84 (5)	.85 (6)	.88 (8)	.89 (5)	.85 (6)	.93 (36)
Hervás (2008)	.73 (4)	.78 (4)	.91 (9) <sup>a</sup>		.87 (4)	.90 (7)	.93 (28)
Coutinho (2009)	.74 (6)	.75 (5)	.80 (6)	.88 (8)	.85 (5)	.86 (6)	.92 (36)
Rugancı (2010)	.75 (4)	.82 (4)	.90 (5)	.89 (6)	.90 (4)	.83 (7)	-
Sighinolfi (2010)	.83 (3)	.74 (5)	.85 (6)	.81 (8)	.85 (5)	.88 (6)	.90 (36)
Giromini (2012)	.77(6)	.83 (5)	.86 (6)	.89 (8)	.87(5)	.83 (6)	.92 (36)
Coté (2013)	.84 (6)	.74 (5)	.85 (6)	.87 (8)	.90 (5)	.87 (6)	.94 (36)
Dan-Glauser (2013)	.80 (6)	.74 (5)	.91 (6)	.87 (8)	.90 (5)	.87 (6)	.92 (36)
Snow (2013) <sup>b</sup>	.67 (6)	.61 (5)	.76 (6)	.81 (8)	.70 (5)	.85 (6)	.90 (36)
Cho (2013)	.78 (10) <sup>c</sup>		.88 (5)	78 (5)	.87 (3)	.87 (7)	.93 (30)
Kokonyei (2014)	.75 (4)	.71(4)	.81 (5)	.83 (6)	.79 (4)	.88 (7)	.92 (30)
Guzmán-González (2014)	.74 (4)	.71 (4)	.88 (9)	.88 (9)	.89 (4)	.89 (7)	.95 (28)
Medrano (2014)	.71 (4)	.70 (4)	.87 (6)	.54 (3)	.82 (5)	.84 (6)	-
Ritschel (2015) <sup>2</sup>	.82 (6)	.90 (5)	.82 (6)	.88 (8)	.85 (5)	.89 (6)	.93 (36)

Nota: <sup>a</sup> La escala Impulso y la subescala Estrategias configuran un único factor; <sup>b</sup> Valor promedio de los coeficientes aportados por los autores; <sup>c</sup> La escala Conciencia y Claridad configuran un único factor

**Tabla 3: Consistencia interna de las subescalas y escala total DERS en muestras de adolescentes**

Primer autor (año)	Alfa de Cronbach (n° ítems)						
	Puntuación						
	Conciencia	Claridad	Impulso	Metas	No aceptación	Estrategias	Total
Weinberg (2009)	.77 (6)	.76 (5)	.88 (6)	.87 (5)	.86 (6)	.89 (8)	.93 (36)
Neumann (2010) <sup>a</sup>	.75 (6)	.79 (5)	.85 (6)	.82 (5) <sup>b</sup>	.77 (6)	.84 (8) <sup>b</sup>	-
Pérez-Venta (2012)	.85 (6)	.81 (5)	.92 (6)	.86 (6) <sup>b</sup>	.90 (6)	.92 (8) <sup>b</sup>	-
Marín (2012)	.71 (5)	.68 (4)	.79 (6)	.85 (9)	-	-	.89 (24)
Bunford (2014)	-	-	-	-	-	-	.91 (36)
Saritas-Atalar (2015)	.60 (5)	.64 (5)	.85 (6)	.85 (5)	.80 (6)	.84 (8)	.91 (35)

Nota: <sup>a</sup> Valor promedio de los coeficientes aportados por los autores; <sup>b</sup> ítem 33 contribuye a las puntuaciones de Estrategias y de Metas

Así mismo, la puntuación total ha mostrado una satisfactoria fiabilidad test-retest en un intervalo de 4 a 8 semanas, como por ejemplo:  $r = .84$  (Côté, Gosselin y

Dagenais, 2013),  $r = .82$  (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha y Dias, 2009),  $r = .87$  (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling y Tuschen-Caffier, 2008),  $r = .88$  (Gratz y Roemer, 2004), CCI = .74 (Hervás y Jodar, 2008) y .CCI = .88 (Dan-Glauser y Scherer, 2013).

La estructura interna de la DERS es el aspecto más controvertido. Numerosos estudios realizados con muestras de adultos (Côté y cols., 2013; Coutinho y cols., 2009; Ehring y cols., 2008; Giromini, Velotti, de Campora, Bonalume y Zavattini, 2012; Kökönyei, Urbán, Reinhardt, Józán y Demetrovics, 2014; Medrano y Trógolo, 2014; Ritschel, Tone, Schoemann y Lim, 2015; Ruganci y Gencöz, 2010) y de adolescentes (Neumann y cols., 2010; Pérez, Venta, Garnaat y Sharp, 2012; Saritaş-Atalar y cols., 2015; Weinberg y Klonsky, 2009) han replicado satisfactoriamente la estructura original de seis factores propuesta por Gratz y Roemer (2004). Sin embargo, otros estudios en España (Hervás y Jodar, 2008), los EUA (Bardeen y cols. 2012; Fowler y cols., 2014), India (Snow, Ward, Becker y Raval, 2013), Australia (Cooper, O'Shea, Atkinson y Wade, 2014) y Corea (Cho y Hong, 2013) han sugerido la posibilidad de reducir la estructura original de seis a cinco factores, aunque por motivos distintos. Cho y Hong (2013) propusieron combinar en un único factor los ítems de las subescalas Conciencia y Claridad, dado que según ellos podrían constituir un único concepto. Bardeen y cols. (2012), Cooper y cols. (2014) y Snow y cols. (2013) propusieron eliminar los ítems de la subescala Conciencia, al considerar que no se trataba de un componente con la misma entidad que la del resto de factores. La revisión de los estudios sobre la estructura factorial de la DERS evidencia que la subescala Conciencia es la que mayor controversia suscita. No obstante, se han argumentado otros motivos para reducir el número de factores. Así, Hervás y Jodar (2008) propusieron en su estudio con una muestra de adultos españoles una estructura interna de cinco factores que mantiene la subescala Conciencia, pero que agrupa los ítems de las subescalas Impulso y Estrategias en un nuevo factor denominado "Descontrol emocional". Marín y cols. (2012) por otra parte, proponen que, al realizar un análisis en componentes principales de las respuestas de una muestra de adolescentes mejicanos, la solución factorial que resultaba más interpretable era la de cuatro factores. En la Tabla 4 proporcionamos un resumen de los análisis sobre la estructura interna y los resultados obtenidos para las diversas adaptaciones de la DERS.

Del mismo modo, algunos de los ítems han resultado problemáticos en algunos estudios, ya sea porque han mostrado bajo peso en el factor original, cargas cruzadas o porque no han saturado en ninguno de los factores. Así, mientras que en algunos estudios se limitan a señalar y describir los ítems problemáticos, otros proponen una versión modificada del instrumento tras la eliminación de esos ítems (Cho, 2007; Hervás y Jodar, 2008; Kökönyei, Urbán, Reinhardt, Józán y Demetrovics, 2014b; Marín, Robles, González y Andrade, 2012; Medrano y Trógolo, 2014;. Ruganci y Gencöz, 2010).

Según nuestros conocimientos, la invariancia de la DERS respecto al sexo ha sido evaluada únicamente en dos estudios. Neumann y cols. (2010) en su estudio con adolescentes holandeses hallaron invariancia métrica para los ítems de las seis subescalas e invariancia escalar únicamente para los ítems de tres de las seis subescalas: Claridad, Impulso y Estrategias. Mientras, en el estudio de Ritschel y cols. (2015) con adultos estadounidenses se obtuvo invariancia de las varianzas y covarianzas factoriales además de la invariancia de los pesos factoriales y de los umbrales de los ítems en los dos grupos para las seis subescalas.

En cuanto a las correlaciones factoriales, los estudios muestran correlaciones de magnitud diversa, como por ejemplo: entre .08 y .77 (Bardeen y cols., 2012), entre  $-.03$  y .67 (Dan-Glauser y Scherer, 2013), entre .08 y .63 (Gratz y Roemer, 2004), entre  $-.03$  y .59 (Giromini y cols., 2012), entre  $-.05$  y .68 (Hervás y Jodar, 2008), entre .12 y .54 (Neumann y cols., 2010), entre .10 y .75 (Pérez y cols., 2012), entre .05 y .76 (Ritschel y cols., 2015), entre .01 y .65 (Saritaş-Atalar y cols., 2015) y entre .04 y .65 (Weinberg y Klonsky, 2009). Las correlaciones más bajas correspondieron de forma reiterada a las subescalas Conciencia y Claridad en relación al resto de factores, lo que evidencia que una escasa conciencia o claridad emocional no se acompaña de dificultades en la aceptación de emociones, en el logro de metas, en el uso de estrategias eficaces de regulación o en el control de los impulsos.

Tabla 4: Resumen de la estructura interna propuesta en 24 trabajos revisados sobre la DERS (por orden cronológico)

Autores (año)	Lugar	Participantes	Muestra	Tipo de análisis	Número de ítems	Número de subescalas	Observaciones
Gratz y Roemer (2004)	Estados Unidos	Adultos	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación oblicua Promax	36	6	Instrumento original
Cho (2007)	Corea	Adultos	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación Oblimin	30	6	Ítem 17 eliminado por carga con signo negativo. Reanálisis EFA con los 35 ítems y eliminan 5 ítems más que no cargan en el factor original
Ehring y cols. (2008)	Holanda	Adultos	Clínica	ACP y rotación Varimax	36	6	Propiedades psicométricas análogas a las del instrumento original (Gratz y Roemer, 2004)
Hervás y Jodar (2008)	España	Adultos	Comunitaria	ACP y rotación oblicua Promax	28	5	Eliminación de 8 ítems problemáticos. Impulso +Estrategias = Descontrol Emocional. Ítem 30 (Estrategias) incluido en No aceptación
Coutinho y cols. (2009)	Portugal	Adultos	Comunitaria	ACP y rotación oblicua Promax	36	6	Ítem 30 (Estrategias) carga en No aceptación Ítem 23 (No aceptación) carga en Estrategias Ítem 24 (Impulso) reparte su peso entre todos los factores

Autores (año)	Lugar	Participantes	Muestra	Tipo de análisis	Número de ítems	Número de subescalas	Observaciones
Weinberg y Klonsky (2009)	Estados Unidos	Adolescentes	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación ortogonal	36	6	Ítems 7 (Claridad) ,22 (Estrategias) y 30 (Estrategias) cargan en su factor además de hacerlo en otros (Conciencia en el caso del 7 y 22 y No aceptación en el caso del 30) Ítem 1 no carga en su escala (Claridad) y sí en otra (Conciencia) Ítem 30 (Impulso) e ítem 23(No aceptación) no cargan en ningún factor
Ruganci y Gencöz (2010)	Turquía	Adultos	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación oblicua Promax	35	6	Ítem 3 (Impulso) pesa .28 en su factor, .49 en Claridad deciden mantenerlo en su factor. Eliminan el ítem 10 (Conciencia): pesa .27 en conciencia, -.49 en estrategias y ellos consideran a nivel de contenido más cercano a No aceptación
Neumann y cols. (2010)	Holanda	Adolescentes	Comunitaria	AFC	36	6	Ítem 33 (Metas) satura en dos factores (también en Estrategias)
Sighinolfi, Norcini y Rocco (2010)	Italia	Adultos	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación oblicua Promax	33	6	Eliminan el ítem 17 y 34 por su baja correlación con la escala Eliminación del ítem 35 por su saturación por debajo de .40 La saturación de los ítems no se ajusta a la reflejada en la estructura original

<b>Autores (año)</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tipo de análisis</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Número de subescalas</b>	<b>Observaciones</b>
Bardeen, Fergus y Orcutt (2012)	Estados Unidos	Adultos	Comunitaria	AFC	30	5	Eliminan el factor Conciencia y sus correspondientes 6 ítems
Perez-Venta, Garnaat y Sharp (2012)	Estados Unidos	Adolescentes	Clínica	AFC	36	6	Ítem 33 (Metas) carga en dos factores (también en Estrategias)
Marín, Robles, González y Andrade (2012)	Méjico	Adolescentes	Comunitaria	ACP y rotación Varimax	24	4	Eliminación de 12 ítems problemáticos. Estrategias se integra en No-aceptación; Impulso se integra en Metas; Ítem 1 y 7 (Claridad) son reubicados en Conciencia
Giromini y cols. (2012)	Italia	Adultos	Comunitaria	AFC	36	6	Ítem 23 (No aceptación) muestra un peso en el factor inferior a .40
Côté y cols. (2013)	Francia	Adultos	Comunitaria	AFC	36	6	Ítems 1, 3, 28 y 36 muestran un peso en el factor inferior a .40
Dan-Glauser y Scherer (2013)	Francia	Adultos	Comunitaria	AFC	36	6	Ítems 3 (Impulso) y 23 (No aceptación) pesos bajos (.23 y .27 respectivamente)
Snow y cols. (2013)	India	Adultos	Comunitaria	AFC	30	5	Proponen eliminar el factor Conciencia y sus respectivos 6 ítems
Medrano y Trógolo (2014)	Argentina	Adultos	Comunitaria Clínica	AFE (mínimos cuadrados no ponderados) y rotación oblicua Promax	28	6	Ítems 10, 15, 16, 17, 23, 24 y 31 presentaron cargas factoriales superiores a .3 en más de un factor y optaron por eliminarlos

Autores (año)	Lugar	Participantes	Muestra	Tipo de análisis	Número de ítems	Número de subescalas	Observaciones
Cho y Hong (2013)	Corea	Adultos	Comunitaria	AFC	30	5	Conciencia y claridad representados por un solo factor: "Comprensión" Realizan el AFC con los 30 ítems obtenidos del AFE del primer estudio (Cho, 2007)
Cooper, O'Shea, Atkinson, y Wade (2014)	Australia	Adultos	Clínica	AFC	30	5	Proponen eliminar el factor Conciencia con sus 6 ítems
Kököneyi, Urbán, Reinhardt, Józán, y Demetrovics (2014)	Hungría	Adultos	Clínica	AFC	30	6	Ítems 7, 17, 20, 22, 24, y 34 fueron eliminados y el ítem 30 (Impulso) fue colocado en No aceptación.
Guzmán-González, Trabucco, Urzúa, Garrido y Leiva (2014)	Chile	Adultos	Comunitaria	AFE (ejes principales) y rotación Promax	28	5	Replican la estructura factorial en muestra adulta española de Hervás y Jodar (2008)
Fowler et al. (2014)	Estados Unidos	Adultos	Clínica	AFC	36	5 o 6	Ambas estructuras factoriales consiguen índices de bondad de ajuste similares
Sarıtaş-Atalar, Gençöz y Özen (2015)	Turquía	Adolescentes	Comunitaria	AFC	35	6	Eliminan el ítem 17
Ritschel, Tone, Schoemann, y Lim (2015)	Estados Unidos	Adultos	Comunitaria	AFC	36	6	Propiedades psicométricas análogas a las del instrumento original (Gratz y Roemer, 2004)

Nota: ACP (Análisis de componentes principales); AFC (Análisis factorial confirmatorio); AFE (Análisis factorial exploratorio)

También se ha estudiado su validez convergente en relación a otros instrumentos empleados en la evaluación de la regulación emocional como el *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Hayes y cols., 2004), la *Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale* (NMR; Catanzaro y Mearns, 1990), la *Emotional Expressivity Scale* (EES; Kring, Smith y Neale, 1994b), *TAS-20* (Bagby, Parker y Taylor, 1994) o la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey y cols. 1995) entre otros. Los resultados de los análisis (véase, p.ej., Gratz y Roemer, 2004; Giromini y cols., 2012; Hervás y Jodar, 2008) aportan evidencias favorables de la validez convergente de la DERS. La relación con variables externas se ha establecido en relación a medidas de sintomatología ansiosa (Côté y cols., 2013; Coutinho y cols., 2009; Hervás y Jodar, 2008; Neumann, Van Lier, Gratz y Koot, 2010) , depresiva (Bardeen, Fergus y Orcutt, 2012; Côté y cols., 2013; Coutinho y cols., 2009; Ehring y cols., 2008; Marín, Robles, González y Andrade, 2012; Saritaş-Atalar, Gençöz y Özen, 2015), de estrés postraumático (Bardeen y cols., 2012), de neuroticismo y extraversión (Medrano y Trógolo, 2014), de autoestima (Hervás y Jodar, 2008) o de autolesión (Gratz y Roemer, 2004; Marín y cols., 2012) entre otras. La subescala Conciencia, en comparación a las otras subescalas, ha mostrado un patrón diferente de relación con trastornos potencialmente relacionados con la disregulación emocional (Bardeen y cols. 2012). Por ejemplo, fue la única subescala que no discriminó entre personas que padecían trastorno de ansiedad generalizada de las que no padecían tal trastorno (Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006). De forma similar, tampoco discriminó entre personas que sufrían de estrés postraumático de las que no lo padecían (McDermott, Tull, Gratz, Daughters, & Lejuez, 2009) o entre personas que habían padecido abuso en su infancia de las que no lo habían sufrido (Soenke, Hahn, Tull y Gratz, 2010).

La DERS también se ha estudiado en función de dos variables demográficas: el sexo y la edad. En cuanto a la relación de las puntuaciones de la DERS con la variable sexo, los hallazgos son heterogéneos. Diversos estudios, tanto en adolescentes como en adultos, han hallado que las mujeres presentan peor claridad emocional (Marín y cols., 2012; Medrano y Trógolo, 2014; Weinberg y Klonsky, 2009), peor acceso a estrategias eficaces de regulación emocional (Côté y cols., 2013; Medrano y Trógolo, 2014; Weinberg y Klonsky, 2009), peor control del impulso (Côté y cols., 2013), más dificultad en alcanzar metas cuando siente malestar (Côté y cols., 2013; Neumann y

cols., 2010; Saritaş-Atalar y cols., 2015; Weinberg y Klonsky, 2009) y peor aceptación de las emociones negativas (Côté y cols., 2013; Marín y cols., 2012; Neumann y cols., 2010) en comparación con los hombres. A su vez, se ha hallado que los hombres tienen peor conciencia emocional que las mujeres (Côté y cols., 2013; Gratz y Roemer, 2004; Guzmán-González y cols., 2014; Neumann y cols., 2010; Saritaş-Atalar y cols., 2015). En general, estas diferencias han sido relacionadas con un tamaño del efecto pequeño ( $d$  de Cohen  $< 0.49$  en valores absolutos). Otros estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en ninguna de las subescalas en función del sexo (Hervás y Jodar, 2008). Por otro lado, en el único estudio que ha abordado este aspecto no se ha hallado relación entre las puntuaciones de la DERS y la variable edad (Medrano y Trógolo, 2014).

### **1.5.2. Perfil de disregulación emocional del CBCL o Perfil A-A-A**

El CBCL (Achenbach, 1991) es un inventario que responden los padres y que consta de dos partes: la primera evalúa habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas; y la segunda incluye 120 ítems, de los cuales 16 exploran la frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, y los restantes evalúan la presencia de conductas problemáticas en los últimos seis meses en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Todos los ítems de la segunda parte deben ser contestados por los padres de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su contenido no es verdad o no viene al caso, 1 cuando es algo verdad o sucede a veces, y 2 cuando es muy cierto y sucede frecuentemente. Permite obtener puntuaciones T en función del sexo y la franja de edad en 8 subescalas denominadas de banda estrecha o síndromes empíricos (Aislamiento social, Quejas somáticas, Síntomas ansioso-depresivos, Problemas de atención, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Conducta delincuente y Conducta agresiva) y en dos escalas de banda ancha (trastornos internalizados y trastornos externalizados) además de una puntuación total.

Biederman y cols. (1995) estudiaron a un grupo de pacientes con trastorno bipolar mediante el CBCL y hallaron que en este tipo de pacientes se obtenía un perfil caracterizado por puntuaciones elevadas en tres de sus subescalas: Comportamiento agresivo, Problemas de atención y Síntomas ansioso-depresivos (Mick, Biederman, Pandina, y Faraone, 2003). Poco después, este perfil caracterizado por una puntuación de 180 o más como resultado de la suma de las puntuaciones T de estas tres subescalas,

se mostró relacionado con una mayor tendencia suicida (Althoff, Rettew, Faraone, Boomsma y Hudziak, 2006; Holtmann, Goth, Wockel, Poustka y Bolte, 2008), mayor comorbilidad psiquiátrica (Holtmann y cols., 2008; Volk y Todd, 2007) y con una mayor presencia de psicopatología en la vida adulta (Meyer y cols., 2009). Fue denominado “Perfil de trastorno bipolar pediátrico”, “Perfil de trastorno bipolar juvenil” o “Perfil de manía del CBCL” (Faraone, Althoff, Hudziak, Monuteaux, y Biederman, 2005). Sin embargo, debido a la escasa especificidad que mostró tener en la predicción del espectro bipolar, ya que también se cumplía en jóvenes con diversas dificultades en los dominios de la regulación emocional (Diler y cols., 2009; Kahana, Youngstrom, Findling y Calabrese, 2003; Volk y Todd, 2007), actualmente se conoce como *Perfil de disregulación emocional del CBCL* o *Perfil A-A-A*. De esta forma se evitaba que quedase relacionado a una categoría diagnóstica del DSM (Ayer y cols., 2009).

En los últimos años este perfil se ha empleado en la detección de disregulación emocional en las personas con diagnóstico de TDAH. De este modo, como hemos mencionado anteriormente, se ha hallado que un porcentaje entre el 44% (Biederman y cols., 1995) y el 36% (Spencer y cols., 2011) de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH mostraban puntuaciones iguales o superiores a 180 como resultado de la suma de las puntuaciones T en las subescalas Comportamiento agresivo, Problemas de atención y Síntomas ansioso-depresivos, frente a un 2% de adolescentes sin TDAH. Además, se encontró que el 19% de los adolescentes con TDAH mostraban un perfil de disregulación severa ( $A-A-A \geq 210$ ), perfil inexistente en el grupo de niños y adolescentes sin TDAH (Biederman y cols., 2012b).

Según nuestro conocimiento, este perfil de disregulación emocional, a partir de ahora “Perfil A-A-A”, se ha obtenido y estudiado exclusivamente mediante el uso del CBCL, es decir, a partir de los informes de los padres de los adolescentes que estaban siendo evaluados. Hasta el momento, no hemos hallado publicaciones en las que el perfil haya sido estudiado a partir de las respuestas autoinformadas que proporciona el *Youth Self Report (YSR)*. El YSR es un instrumento desarrollado por el mismo autor del CBCL (Achenbach, 1991) que recoge de manera autoinformada la misma información del CBCL. A excepción del redactado de los ítems, en primera persona en el caso del YSR, tanto el número de ítems que conforma cada subescala como su contenido son

análogos entre ambos instrumentos, por lo que creemos que sería posible usar el YSR para obtener y evaluar el perfil A-A-A de forma autoinformada.

### **1.6. Limitaciones de los estudios previos**

En este apartado hemos querido agrupar aquellas limitaciones de los estudios previos que hemos ido mencionando a medida que avanzábamos en la introducción del tema. Estas limitaciones justificarían nuestro estudio.

- En relación al uso del término “disregulación emocional”, como ya hemos comentado, no existe una definición consensuada sobre el término disregulación emocional. El conocimiento actual sobre la regulación emocional en el TDAH se basa en estudios en los que se asume que síntomas como la labilidad afectiva, la impulsividad o la agresividad, entre otros, son sinónimos de disregulación emocional. Si bien, estos síntomas están relacionados con la disregulación emocional, su estudio se aproxima al concepto de manera incompleta y por tanto conlleva conclusiones parciales.
- En relación a la evaluación de la regulación emocional, y ligado al punto anterior, la regulación emocional ha sido evaluada por medio de diversos instrumentos que tratan de captar diferentes aspectos del concepto. El empleo de metodologías tan heterogéneas conlleva dificultades en la comparabilidad y replicabilidad de los estudios junto a conclusiones dispares en muchos casos.
- En relación al uso de la escala de dificultades en la regulación emocional (*DEERS*), actualmente este autoinforme está considerado el instrumento más eficaz en la evaluación de la disregulación emocional por su visión multicomponente del constructo. A pesar de ello, y de su creciente uso en muestras clínicas, no se ha empleado en el estudio de la regulación emocional en el TDAH. Únicamente, Bunford y cols. (2014) han evaluado las dificultades en la regulación emocional mediante la *DEERS* en individuos de la población general que cumplían criterios diagnósticos de TDAH. Fruto de ello se desconoce específicamente en qué dominios o componentes de la regulación

emocional se localizarían los déficits en la regulación emocional del paciente con TDAH.

- En relación a la adecuación del instrumento a la muestra, en España a pesar de contar con la adaptación de la DERS para muestra adulta, no contamos con una versión adecuada para adolescentes, por lo que creemos que esto ha limitado los estudios en nuestro país.
- En relación al subtipo y la comorbilidad con el TND, todavía no se ha establecido satisfactoriamente si los déficits en la regulación de las emociones son evidentes en todos los niños con TDAH o tal vez sólo en un subgrupo de niños con este trastorno. El subtipo clínico de TDAH y la comorbilidad con el TND son aspectos relevantes en el estudio de la regulación emocional en el TDAH que creemos han sido valorados de manera insuficiente. Además, según nuestro conocimiento, únicamente en el reciente estudio de Bunford y cols. (2014) se han contemplado conjuntamente ambos aspectos.
- En relación a la concepción transdiagnóstica de la disregulación emocional, no está claro en qué medida los déficits en la regulación emocional son específicos del TDAH. Dado que no existe consenso sobre qué se entiende por disregulación emocional y cómo debe de ser evaluada, el hecho de ser contemplada como un factor transdiagnóstico implica ventajas y también riesgos. Esto es así ya que es posible identificar patrones compartidos, pero también es posible perder información en cuanto a qué dificultades específicas en la regulación emocional presentan las personas aquejadas de diferentes trastornos mentales.
- En relación al Perfil A-A-A, no nos consta que se hayan publicado estudios en los que se aborde a partir de las respuestas autoinformadas de los adolescentes. Ello es factible con el YSR, que es análogo al CBCL que contestan los padres. Dado que existe un potencial efecto del informante si se emplean al mismo tiempo tanto medidas de la regulación emocional autoinformadas como heteroinformadas, nos planteamos que sea el mismo adolescente el que conteste los instrumentos de evaluación.



## **2. Objetivos e hipótesis**

La presente tesis tiene como propósito contribuir a ampliar los conocimientos existentes sobre la regulación emocional del adolescente que presenta TDAH. Para ello, hemos establecido dos objetivos principales:

- La adaptación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*; Gratz y Roemer, 2004) a población adolescente española y su validación mediante el estudio de sus propiedades psicométricas.
- La evaluación multidimensional de las dificultades específicas de la regulación emocional del adolescente con TDAH.

### **Objetivos específicos e hipótesis en relación al estudio de las propiedades psicométricas de la DERS:**

**Objetivo 1:** Estudiar la estructura interna de la versión española para adolescentes de la DERS.

Hipótesis 1: En la versión de la DERS para adolescentes españoles se replicará la estructura factorial original del instrumento, de manera que los 36 ítems se agruparán en 6 factores claramente diferenciables.

**Objetivo 2:** Evaluar la invariancia del modelo de medida en relación al sexo.

Hipótesis 2: Los ítems de la DERS mostrarán invariancia estricta respecto al sexo.

**Objetivo 3:** Analizar la consistencia interna de las puntuaciones halladas en las subescalas y la escala total DERS.

Hipótesis 3: La consistencia interna, tanto de las puntuaciones de las subescalas como de la escala global, será satisfactoria. La subescala Conciencia es la que presentará una menor consistencia interna.

**Objetivo 4:** Estudiar la relación de las puntuaciones de la DERS con las variables externas sexo y edad.

Hipótesis 4: Las chicas mostrarán puntuaciones ligeramente mayores, indicadoras de mayores dificultades en la regulación emocional, tanto a nivel global como en los seis componentes regulatorios evaluados por la DERS, en comparación con los chicos. Las puntuaciones de la DERS no presentarán relación con la edad.

**Objetivo 5:** Comparar las puntuaciones de la DERS en muestra comunitaria respecto a muestra clínica.

Hipótesis 5: Los adolescentes pertenecientes a la muestra clínica manifestarán más dificultades que los adolescentes de la muestra comunitaria en los seis componentes regulatorios evaluados por la DERS así como en la escala total.

**Objetivos específicos e hipótesis en relación al estudio de las dificultades emocionales en el adolescente con TDAH:**

**Objetivo 6:** Examinar las dificultades de regulación emocional específicas en el adolescente con TDAH en función del subtipo clínico de TDAH, de la comorbilidad con el TND y en comparación al adolescente con únicamente TND.

Hipótesis 6a: Los adolescentes con TDAH subtipo combinado mostrarán más dificultades que los adolescentes con TDAH subtipo inatento en los seis componentes regulatorios evaluados por la DERS así como en la escala total.

Hipótesis 6b: Los adolescentes con TDAH subtipo combinado que además presenten TND comórbido mostrarán más dificultades que los adolescentes con

TDAH subtipo combinado que no presenten tal comorbilidad en los seis componentes regulatorios evaluados por la DERS así como en la escala total.

Hipótesis 6c: Los adolescentes con diagnóstico de TDAH se diferenciarán de los adolescentes con TND en los componentes regulatorios que evalúa la DERS.

**Objetivo 7:** Identificar en qué componentes regulatorios específicos de la DERS se diferenciarán los adolescentes con TDAH en función de que presenten o no el perfil A-A-A de disregulación emocional evaluado mediante el YSR.

Hipótesis 7: Los adolescentes con TDAH y perfil A-A-A de disregulación emocional se diferenciarán de los adolescentes con TDAH sin el perfil de disregulación emocional en los seis componentes regulatorios evaluados por la DERS de tal forma que los que presenten el perfil A-A-A mostrarán más dificultades en cada uno de los componentes regulatorios que evalúa la DERS.



## **3. Método**

### **3.1. Participantes**

#### **3.1.1. Muestra comunitaria**

La muestra inicial estuvo formada por 653 adolescentes (entre 12 y 18 años de edad) estudiantes de 6 colegios de la provincia de Barcelona que se prestaron voluntarios a responder la escala DERS. Se excluyeron las respuestas de 11 adolescentes por los siguientes motivos: 7 por patrones de respuesta alterados, 3 por superar los 18 años y 1 por retraso mental. La muestra final estuvo constituida por 642 adolescentes. En la Tabla 5 se detallan las características sociodemográficas y académicas de la muestra.

#### **3.1.2. Muestra clínica**

Participaron 119 adolescentes usuarios de dos centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ): CSMIJ Ciutat Vella y CSMIJ Sant Martí, ambos recursos comunitarios del servicio de Psiquiatría del Parc de Salut Mar (Barcelona). Los criterios de inclusión en el estudio fueron: haber sido diagnosticado de TDAH y/o TND tras el proceso de evaluación y tener una edad comprendida entre los 12 y los 18 años. Los criterios de exclusión de este estudio fueron padecer un trastorno mental grave (autismo, psicosis desintegrativas, otras psicosis de la primera infancia, trastorno mixto del desarrollo, psicosis esquizofrénicas, trastornos afectivos graves, delirios paranoides, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad), tener antecedentes personales de daño neurológico y/o traumatismo craneoencefálico, padecer retraso mental, limitación sensorial o motora y consumir cualquier tipo de tóxico.

Se incluyeron 96 adolescentes con diagnóstico de TDAH y 23 con diagnóstico de TND. En el momento de la recogida de la información, el 59.32% de los participantes había iniciado tratamiento farmacológico sintomático.

**Tabla 5: Características sociodemográficas de la muestra comunitaria (N = 642)**

Variables			
Edad del adolescente (Media; DE)		15.42 (1.69)	
Sexo (n; %)	Hombre	293 (45.6%)	
	Mujer	349 (54.4%)	
Nivel de educación (n; %)	ESO	420 (65.4%)	
	1° ESO	111 (26.43%)	
	2° ESO	105 (25%)	
	3° ESO	103 (24.52%)	
	4° ESO	101 (24.05%)	
	Bachillerato	222 (34.6%)	
	1° Bachillerato	197 (88.74%)	
	2° Bachillerato	25 (11.26%)	
Tipo de escuela (n, %)	Concertada	528 (82.3%)	
	Colegio Sagrado Corazón	272 (51.51%)	
	Colegio Labouré	104 (19.70%)	
	Colegio Sant Joan Baptista	84 (15.91%)	
	Escola Pía de Sant Antoni	68 (12.87%)	
	Privada	Escola Pía Diputació	61 (9.5%)
	Pública	IES Salvat Papasseit	53 (8.2%)
	Lugar de nacimiento (n; %)	España	528 (82.4%)
	Asia	49 (7.6%)	
	América Latina	48 (7.5%)	
	Marruecos	6 (0.9%)	
	Otros países (europeos)	10 (1.6%)	
Nivel socioeconómico (Hollingshead, 1975) (n; %)	Alto	52 (9.2%)	
	Medio-alto	107 (19.0%)	
	Medio	137 (24.3%)	
	Medio-bajo	154 (27.3%)	
	Bajo	114 (20.2%)	

Los 96 adolescentes con TDAH fueron clasificados según el subtipo de trastorno y la presencia o ausencia de comorbilidad con el TND en: TDAH subtipo inatento ( $n = 27$ ), TDAH subtipo combinado ( $n = 42$ ), TDAH subtipo inatento con TND comórbido

( $n = 1$ ) y TDAH subtipo combinado con TND comórbido ( $n = 26$ ). En esta muestra de 96 adolescentes, ninguno fue diagnosticado de TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Además, ya que sólo contamos con un caso de TDAH subtipo inatento con TND comórbido, no se incluyeron sus datos en los análisis relativos a los subgrupos de TDAH ( $N = 95$ ). También, se contó con un grupo de 23 pacientes adolescentes con TND y sin TDAH, con la finalidad de analizar las diferencias existentes en las dificultades de regulación emocional entre las personas que presentaban TDAH con y sin TND comórbido y las personas que presentaban solo un diagnóstico de TND. Por tanto, 118 adolescentes se clasificaron según su diagnóstico clínico en: TDAH subtipo inatento, TDAH subtipo combinado, TDAH combinado y TND comórbido, y TND. No se hallaron diferencias entre estos grupos en cuanto a la edad ( $F = 0.088, p = .966$ ), el sexo ( $\chi^2 = 1.103, p = .776$ ) o el nivel socioeconómico ( $\chi^2 = 11.723, p = .468$ ). Sí se hallaron diferencias entre los grupos en cuanto a la proporción de adolescentes en tratamiento farmacológico ( $\chi^2 = 18.447, p = .001$ ), de tal forma que el porcentaje de pacientes en tratamiento farmacológico fue menor en el grupo de pacientes con TND en comparación con los grupos TDAH subtipo inatento y TDAH subtipo combinado con y sin TND comórbido. En la Tabla 6 se proporcionan las características sociodemográficas y clínicas de los cuatro grupos diagnósticos.

Además, los 96 adolescentes con TDAH también se clasificaron en dos grupos atendiendo a si presentaban o no disregulación emocional (perfil A-A-A obtenido mediante el YSR). Se identificaron 39 (45.4%) adolescentes con TDAH y Perfil A-A-A frente a 47 (54.6%) adolescentes con TDAH que no presentaron el perfil, mientras que para los 10 restantes adolescentes no fue posible realizar esta clasificación por falta de la información necesaria. No se hallaron diferencias entre estos grupos en cuanto a la edad ( $F = .976, p = .326$ ), el nivel socioeconómico ( $\chi^2 = 1.712, p = .788$ ) o la proporción de adolescentes en tratamiento farmacológico ( $\chi^2 = 0.020, p = .889$ ). Sí se hallaron diferencias entre grupos en cuanto a la proporción de hombres/mujeres ( $\chi^2 = 8.576, p = .003$ ) de tal forma que en el grupo de adolescentes con TDAH y disregulación emocional habían menos chicos que en el grupo de adolescentes con TDAH sin disregulación emocional.

**Tabla 6: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra clínica (N = 118)**

Grupos diagnósticos		TDAH-I (n = 27; 22.9 %)	TDAH- C (n = 42; 35.6 %)	TDAH-C+TND (n = 26; 22.0 %)	TND (n = 23; 19.5 %)	Total (N = 118)
Edad M (DT)		14.37 (1.84)	14.26 (1.8)	14.15 (1.85)	14.18 (1.08)	14,24 (1.6)
Sexo (n; %)	Hombre	18 (66.8%)	32 (76.2%)	20 (23.1%)	16 (30.4%)	86 (72.9%)
	Mujer	9 (33.3%)	10 (23.8%)	6 (76.9%)	7 (69.9%)	32 (27,1%)
Lugar de nacimiento (n; %)	España	23 (85.2%)	34 (81%)	22 (84.6%)	20 (87.0%)	99 (83.9%)
	América latina	3 (11.1%)	5 (11.9%)	2 (7.7%)	0 (0%)	10 (8.5%)
	Otros europeos	1 (3.7%)	2 (4.8%)	2 (7.7%)	2 (8.7%)	7 (5.9%)
	Asia	0 (0%)	1 (2.4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.9%)
	Marruecos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	1 (0.9%)
Estatus socioeconómico familiar (n; %) (Hollingshead, 1975)	Bajo	9 (34.6%)	13 (31.7%)	7 (28.0%)	8 (36.4%)	37 (32.5%)
	Medio-bajo	8 (30.8%)	11 (26.8%)	13 (52.0%)	8 (36.4%)	40 (35.1%)
	Medio	5 (19.2%)	9 (22.0%)	3 (12.0%)	1 (4.5%)	18 (15.8%)
	Medio-alto	4 (15.4%)	6 (14.6%)	2 (8.0%)	5 (22.7%)	17 (14.9%)
	Alto	0 (0%)	2 (4.9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.8%)
Tratamiento farmacológico	(Sí, %)	16 (59,3%)	29 (69.1%)	20 (76.9%)	5 (21.7%)	70 (59.3%)
	Metilfenidato	15 (55.6%)	28 (66.7%)	18 (69.2%)	0 (0%)	61 (51.7%)
	Atomoxetina	1 (3.7%)	1 (2.4%)	2 (7.7%)	0 (0%)	4 (3.4%)
	Risperidona	0 (0%)	6 (14.3%)	10 (38.4%)	5 (21.7%)	21 (17.8%)
	Combinado*	0 (0%)	6 (14.3%)	10 (38.4%)	0 (0%)	16 (13.6%)

**Nota:** TDAH-I: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad subtipo Inatento; TDAH-C: Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad subtipo combinado; TDAH-C+TND: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad subtipo Combinado y Trastorno Negativista Desafiante comórbido; TND: Trastorno Negativista Desafiante.

\* El tratamiento combinado hace referencia al uso de Metilfenidato o Atomoxetina + Risperidona.

## 3.2. Instrumentos

### 3.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos

Todos los participantes respondieron un cuestionario realizado *ad hoc* para recoger la información de tipo sociodemográfico (Anexo D).

### 3.2.2. Instrumentos para la evaluación de la disregulación emocional

#### *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*

La escala de dificultades en la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004), como hemos comentado en la introducción, surge de la necesidad de evaluar diferentes componentes de la regulación emocional mediante el uso de un único instrumento. Así, este autoinforme cuenta con 36 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos (1: *casi nunca*, 5: *casi siempre*) que hacen referencia a seis déficits de regulación emocional: falta de conciencia emocional (Conciencia, 6 ítems), falta de

claridad emocional (Claridad, 5 ítems), no aceptación de las respuestas emocionales (No aceptación, 6 ítems), dificultades en el control de los impulsos (Impulso, 6 ítems), acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategias, 8 ítems) y dificultades para persistir en una conducta dirigida por objetivos cuando se siente malestar (Metas, 5 ítems). La mayoría de los ítems están redactados de forma que una mayor puntuación indica que la persona presenta mayores dificultades en el componente regulatorio evaluado, a excepción de 11 ítems redactados de forma inversa. Posteriormente a la recodificación de los ítems inversos, la puntuación de cada subescala se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes. Y la puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 36 ítems.

A pesar de que la escala ha sido adaptada al español por Hervás y Jodar (2008) para su empleo en muestra adulta española, muestra mejicana (Marín y cols., 2012) y colombiana (Herrera, Niño, Caycedo y Cortes, 2008), ninguna de estas versiones nos pareció que ofrecía un redactado adecuado para su uso en adolescentes. Por tanto, después de contactar con la Dra. Gratz y obtener su permiso, hemos desarrollado una nueva versión mediante el uso de un método iterativo (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). De esta forma, dos psicólogos clínicos especialistas en salud mental infanto-juvenil y un psicometrista revisaron las versiones existentes hasta el momento y valoraron ítem a ítem su facilidad de comprensión, así como sus equivalencias a nivel semántico, lingüístico y conceptual. Se ajustó y modificó el redactado de algunos ítems tras la opinión consensuada de los tres revisores. Finalmente se ha realizado un estudio piloto en el que 15 adolescentes de entre 12 y 18 años han respondido individualmente la escala junto a uno de los revisores a quien pudieron expresar cualquier tipo de duda. Las dificultades de comprensión detectadas en el estudio piloto se han tratado de resolver mediante aclaraciones entre paréntesis en aquellos ítems problemáticos. La versión final puede consultarse en el Anexo E.

### ***Youth Self Report (YSR)***

El YSR (Achenbach, 1991) es un autoinforme de cribado psicopatológico para adolescentes de entre 11 y 18 años. Recordemos que, de forma análoga al CBCL, el YSR consta de dos partes: la primera evalúa habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas; y la segunda incluye 120 ítems, de los cuales 16 exploran la

frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, y los restantes evalúan una amplia gama de conductas problemáticas. Todos los ítems de la segunda parte deben ser contestados por el adolescente de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su contenido *no es verdad o no viene al caso*, 1 cuando es *algo verdad o le sucede a veces*, y 2 cuando es *muy cierto y le sucede frecuentemente*. Los 120 ítems se agrupan en dos niveles. El primero está constituido por ocho síndromes de banda estrecha (Aislamiento social, Quejas somáticas, Síntomas ansioso-depresivos, Problemas de atención, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Conducta delincuente y Conducta agresiva) derivados empíricamente a partir de la aplicación de un análisis en componentes principales a nivel de ítems. El segundo nivel, denominado de banda ancha, corresponde a una estructura jerárquicamente superior, obtenida mediante un análisis factorial de segundo orden, en el que se distinguen dos dimensiones generales de carácter psicopatológico: el síndrome de internalización y el de externalización. Algunos de los síndromes de primer orden (problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención) no obtuvieron pesos factoriales que permitieran su asignación a uno u otro de los dos síndromes de banda amplia por lo que fueron denominados síndromes mixtos. Por tanto el YSR nos ofrece tres tipos de puntuaciones: 8 puntuaciones correspondientes a los síndromes de banda estrecha, 2 puntuaciones de los síndromes de banda ancha, y además una puntuación total. Estas puntuaciones se obtienen sumando los valores de respuesta de los ítems correspondientes y se estandarizan de acuerdo a los baremos correspondientes para el sexo y el grupo de edad del participante evaluado. La validez y fiabilidad de la versión de 1991 del instrumento han sido estudiadas en población española (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992a, 1992b).

El perfil de disregulación emocional A-A-A, como ya hemos descrito en la introducción, se caracteriza por una puntuación superior a 180 como resultado de la suma de las puntuaciones T obtenidas en tres subescalas: Problemas de atención (9 ítems), Comportamiento agresivo (19 ítems) y Síntomas ansioso depresivos (19 ítems). Por tanto, se trata de una evaluación de la regulación emocional de tipo categorial (presencia/ausencia de disregulación emocional). Este instrumento fue utilizado exclusivamente en la muestra clínica.

### **3.2.3. Instrumentos para la evaluación diagnóstica**

El proceso de evaluación diagnóstica se inició en todos los casos con una entrevista clínica a los tutores legales del menor de 45 minutos aproximadamente, mediante la cual se configuró la anamnesis del paciente. En la exploración de la sintomatología presente (normalmente por la que se consulta) se interrogó sobre los criterios diagnósticos del DSM para el TDAH (Anexo B) y para el TND (Anexo C). Ambos trastornos son evaluados categorialmente, dado que los individuos deben reunir un determinado número de síntomas para recibir o no el diagnóstico.

En los casos en los que se cumplieron los criterios establecidos o existieron indicios suficientes para sospechar la presencia de estos trastornos, se realizó una exploración complementaria que incluyó el uso de los instrumentos que a continuación detallamos y que están recogidos en la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes (2011). Estos instrumentos contribuyen a aumentar la confiabilidad del diagnóstico final y a dirimir las dificultades específicas de cada uno de los pacientes evaluados. En función de la información obtenida mediante entrevista, la observación del comportamiento del menor a evaluar y de la valoración global de las puntuaciones de estas pruebas, el clínico realizó o descartó el diagnóstico de TDAH (y de su subtipo) y/o TND.

#### ***Escala de Conners para padres (CPRS-48-R)***

La CPRS-48-R (Conners, 1997; Farré-Riba y Narbona, 1997) es una escala de 48 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 = *nunca*, 1 = *rara vez*, 2 = *a veces*, 3 = *siempre*) cumplimentada por los padres o responsables del menor que se utiliza para la evaluación de la presencia de los síntomas y conductas asociados al TDAH. Consta de 6 subescalas: Problemas de conducta, Problemas de aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-hiperactivo, Ansiedad e Índice de Hiperactividad. La puntuación directa, fruto de la suma de las puntuaciones de los ítems para cada escala, se convierte en puntuación T según baremos de edad y sexo, calculado en base a promedios y desviaciones estándares de sujetos estudios y evaluando tendencia normal del desarrollo de acuerdo a la edad. El punto de corte psicopatológico es de 65 o más.

### ***Escala de Conners para profesores (CTRS-39)***

La CTRS-39 (Conners, 1997; Farré-Riba y Narbona, 1997) es una escala que responden los profesores de 39 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (*nunca, rara vez, a menudo, siempre*) que se utiliza para evaluar la presencia de los síntomas y conductas asociados al TDAH en el contexto escolar. Consta de 7 subescalas: Hiperactividad, Problemas de conducta, Emocional-indulgente, Ansioso-pasivo, Asocial, Soñador/inatento e Índice de hiperactividad. La escala ofrece comparaciones en notas típicas.

Las Escalas de Conners para padres (CPRS-48-R) y para profesores (CTRS-39) son, posiblemente, los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH (Amador, Idiazábal, Sangorrín, Espadaler y Forns, 2002). Amador, Forns y Martorell (2001), Power, Andrews y cols. (1998) y Power, Doherty y cols. (1998) han analizado la utilidad de la CPRS y de la CTRS para diferenciar entre niños diagnosticados de TDAH y niños pertenecientes a grupos de control. Amador y cols. (2001) han encontrado que la información suministrada por ambos informantes permite clasificar, con una precisión elevada, a los dos grupos de niños y que el patrón de resultados difiere escasamente entre informantes. Power, Andrews y cols. (1998) y Power, Doherty y cols. (1998) han encontrado que las valoraciones de los profesores eran más útiles que las de los padres para predecir la pertenencia de los jóvenes al grupo clínico o al grupo de control.

### ***Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV)***

La WISC-IV (Wechsler, 2003a; Wechsler, 2003b) fue adaptada en España por la editorial TEA (Wechsler, 2005) y evalúa la capacidad cognitiva global, más cuatro dominios específicos de inteligencia que permiten un análisis más preciso y profundo de los procesos cognitivos. La WISC IV está formada por 15 pruebas (10 principales y 5 opcionales) mediante las que se obtiene un perfil de puntuaciones escalares, un CI total y 4 índices: Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento. La WISC IV permite comparar el rendimiento en los distintos índices y pruebas, detectar puntos fuertes y débiles y realizar un análisis de procesamiento.

Su aplicación es individual y el tiempo estimado para su administración es de una hora y 50 minutos aproximadamente. La información obtenida mediante la WISC-IV es importante para evaluar eficazmente dificultades de aprendizaje, funciones ejecutivas, altas capacidades y discapacidad intelectual, entre otras aplicaciones. El cuestionario goza de excelentes propiedades psicométricas (Wechsler, 2007).

### ***Test de atención d2***

El d2 (Brickenkamp, 1962), adaptación española de Seisdedos (2002), evalúa la capacidad para centrarse en un estímulo importante mientras se ignoran los irrelevantes (atención selectiva) mediante una tarea de cancelación consistente en tachar dentro de una muestra de estímulos diversos las letras “d” con dos marcas. Se trata de un test de tiempo limitado (20 segundos para cada una de sus 14 líneas) que puede administrarse tanto de forma individual como colectiva con una duración total de entre 8 y 10 minutos. Se puede obtener el número de elementos intentados, el número de aciertos y el número de errores (por comisión u omisión). Mide la velocidad de procesamiento, el seguimiento de unas instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales. Es aplicable a personas con 8 años o más.

### ***Test de Caras: Test de Percepción de Diferencias***

El test de Caras (Thurstone y Thurstone, 1941), adaptación española de Yela en TEA ediciones (Thurstone y Yela, 1985), es un test de tiempo limitado (3 minutos) que evalúa la aptitud para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias en patrones de estimulación visual parcialmente ordenados. Consta de 60 elementos gráficos; cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas y pelo representados con trazos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla. Para obtener la puntuación directa se suman los aciertos logrados y la existencia de baremos según la edad permite transformar la puntuación directa en una puntuación T.

### 3.3. Procedimiento

Para reclutar la muestra comunitaria se contactó telefónicamente con los equipos directivos de 11 colegios de la provincia de Barcelona, a quienes se informó brevemente de las características y objetivos del estudio y se solicitó su colaboración. La participación requerida se concretó en facilitar el acceso a su alumnado con el fin de que respondieran la DERS. Seis colegios aceptaron participar en el estudio y recibieron la información completa sobre el mismo de forma presencial, verbal y escrita (Anexo F).

Así mismo, mediante una circular interna del colegio se informó a los tutores legales de los alumnos del propósito y de la naturaleza voluntaria y anónima del estudio. Los cuestionarios fueron administrados de forma colectiva en el aula habitual de clase y en las horas lectivas acordadas con cada uno de los centros. El tiempo de aplicación del instrumento, desde la lectura de las instrucciones hasta su devolución, fue de un promedio de 20 minutos y todos los alumnos presentes respondieron la DERS. Los participantes pudieron aclarar cualquier duda sobre el cuestionario con la persona evaluadora. La administración de los cuestionarios se realizó entre los meses de febrero y abril de 2013.

Y para reclutar a los participantes de la muestra clínica, en primer lugar, se presentó el proyecto de investigación al comité ético de investigación clínica del Parc de Salut Mar (Barcelona) del cual recibimos la aprobación. Participaron en el estudio los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Ciutat Vella y de Sant Martí (Barcelona), ambos recursos comunitarios del servicio de Psiquiatría del Parc de Salut Mar. Un total de cinco clínicos, dos psiquiatras y tres psicólogos clínicos, con más de 10 años de experiencia en el campo de la salud mental infanto-juvenil, identificaron los casos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio, pidieron la colaboración a los adolescentes y el consentimiento a sus tutores legales. En los Anexos G y H hemos incluido la información escrita que se les entregó y el formulario de consentimiento para los tutores legales (Anexo I) y para el participante (Anexo J). La recogida de datos de la muestra clínica se realizó entre los meses de octubre de 2013 y mayo de 2014.

### 3.4. Análisis Estadísticos

Con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de la versión para adolescentes españoles de la DERS, en primer lugar se realizó la depuración de la base de datos con ayuda del análisis de los valores desconocidos y se realizó un análisis descriptivo de los ítems de la escala. Posteriormente, analizamos la estructura interna del cuestionario mediante diferentes análisis factoriales multimuestra en función del sexo con el programa Mplus 7 (Muthén y Muthén, 1998-2010). Dada la existencia de estudios previos sobre la estructura interna de la DERS, inicialmente se optó por emplear el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Se evaluó el ajuste de nuestros datos a cuatro modelos diferentes hallados en la literatura (véase Tabla 4): a) 36 ítems y 6 factores (Weinberg y Klonsky, 2009); b) 36 ítems y 6 factores e ítem 33 con cargas cruzadas en dos factores (Neumann y cols., 2010); c) 24 ítems y 4 factores (Marín y cols., 2012) y d) 28 ítems y 5 factores (Hervás y Jodar, 2008). Además, se realizó un AFC de un quinto modelo híbrido en el que conservamos los 28 ítems propuestos por Hervás y Jodar (2008) pero con la estructura factorial original de 6 factores. Finalmente, tras comprobar que los datos no se ajustaban satisfactoriamente a ninguno de estos modelos, se realizó un análisis de ecuaciones estructurales de tipo exploratorio (*Exploratory Structural Equation Modeling, ESEM*). El modelo ESEM es una aproximación similar al AFC, pero con la particularidad que las saturaciones de los ítems en los factores que "no les corresponden", es decir, las saturaciones en los factores que supuestamente no miden (o crossloadings), no se fijan a cero. Por tanto, es menos restrictivo que el AFC, se ajusta más a la realidad de las medidas en Psicología (donde es habitual que los ítems sean factorialmente complejos y presenten pesos menores, aunque no nulos, en los otros factores) y permite solucionar algunos de los problemas del AFC (Asparouhov y Muthén, 2009; Marsh y cols., 2009; Morin, Marsh y Nagengast, 2013). En el modelo ESEM todas las cargas factoriales se estiman libremente, mientras que en el AFC se imponen determinadas restricciones a los parámetros. Asimismo, el ajuste del modelo a los datos se valora con los índices de bondad de ajuste habituales en la literatura, como ji-cuadrado ( $\chi^2$ ), índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI), índice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index, TLI) y raíz media cuadrática del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA). Para su interpretación consideramos los siguientes

umbrales: ajuste excelente cuando CFI y TLI  $> .95$  y RMSEA  $< .05$  (Hu y Bentler, 1999) y ajuste moderado cuando CFI y TLI  $> .90$  y RMSEA  $< .08$  (Brown, 2006). Además de estos criterios hemos valorado el  $\chi^2/gl$  para la comparación de modelos no anidados (Marsh, Hau y Grayson, 2005). Un valor menor en este índice es indicativo de un mejor ajuste. En este estudio, optamos por el estimador robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV, por su denominación en inglés Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted) para datos categóricos. Usamos el método de rotación oblicua Geomin.

Una vez establecida la estructura factorial más satisfactoria, analizamos la invariancia de la DERS en función del sexo como prerequisite para poder interpretar las comparaciones de medias subsiguientes. De esta forma, para el modelo seleccionado, se evaluó la invariancia respecto al sexo progresivamente, siguiendo una serie de pasos secuenciales (Vandenberg y Lance, 2000). Primero, se evaluó la invariancia métrica o *weak* (se fijaron los pesos factoriales como equivalentes en ambos grupos), que implica que el constructo que se mide es el mismo para ambos grupos. Es decir, la intensidad de las relaciones entre cada ítem y su factor es la misma para ambos sexos, por lo que los diferentes factores tienen el mismo significado en ambos grupos. La invariancia de los pesos factoriales es suficiente para evaluar relaciones entre variables o la relación de los factores de la DERS con otros constructos. Segundo, se evaluó la invariancia escalar o *strong* (se fijan los umbrales de los ítems categóricos como equivalentes en los dos grupos). Este tipo de invariancia implica que las diferencias a nivel de la media del ítem en los grupos pueden ser explicadas en términos de diferencias a nivel de la media del factor latente. Solo si la DERS alcanza la invariancia escalar sus puntuaciones pueden ser comparadas de forma significativa entre ambos sexos. Tercero, se evaluó la invariancia estricta o *strict* (se fijan las variancias residuales de los ítems o unicidades como equivalentes en los dos grupos) y valora si la variancia de cada ítem no explicada por el factor es la misma en ambos grupos. El índice de ajuste global empleado para la comparación de los modelos progresivamente más restringidos fue el CFI; se asume como indicador de invariancia que el CFI no disminuya más de 0.010 con respecto al modelo anidado inmediatamente anterior (Cheung y Rensvold, 2002).

El resto de análisis se han llevado a cabo con el programa SPSS 19.0. La estimación de la fiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones de cada subescala y de la puntuación total fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para interpretar la magnitud de los valores obtenidos se adoptaron los criterios de Nunnally y Bernstein (1995) según los cuales se consideran aceptables valores a partir de .70. El autor reconoce que valores más bajos son utilizados a veces en la literatura.

La relación de las puntuaciones de la DERS con las variables externas sexo y edad se ha evaluado mediante la prueba *t* Student y el coeficiente de correlación de Pearson, respectivamente. Además, el tamaño del efecto de las diferencias en las puntuaciones entre chicos y chicas fue calculado mediante la *d* de Cohen (Cohen, 1988) y se ha interpretado que valores absolutos alrededor de 0.2 representan un efecto pequeño, valores absolutos alrededor de 0.5 representan un tamaño del efecto medio y que valores absolutos alrededor de 0.8 representan un tamaño del efecto grande.

Así mismo, hemos realizado una comparación de medias de las puntuaciones de la DERS obtenidas por la muestra comunitaria y la muestra clínica y hemos calculado el tamaño del efecto de la diferencia con la *d* de Cohen. Con ello pretendemos aportar evidencias basadas en la validez discriminante de las puntuaciones de la DERS en función de la presencia o ausencia de psicopatología.

En cuanto al análisis de las dificultades específicas de la regulación emocional en el adolescente con TDAH, hemos efectuado las siguientes comparaciones ajustando por las variables sexo y uso de tratamiento farmacológico cuando ha sido necesario. En primer lugar, hemos comparado las puntuaciones de la DERS obtenidas entre los 4 grupos diagnósticos establecidos (TDAH subtipo inatento, TDAH subtipo combinado, TDAH subtipo combinado y TND comórbido y TND) mediante un análisis de la variancia unifactorial. Debido a que se han realizado comparaciones múltiples, cuando se ha encontrado que el efecto de la variable grupo era significativo estadísticamente, se ha fijado a .025 el nivel de alfa requerido para considerar las comparaciones *a posteriori* como estadísticamente significativas. En segundo lugar, mediante la prueba *t* de Student hemos comparado las puntuaciones en la DERS total y en sus subescalas de los adolescentes con TDAH en función de la presencia o ausencia del Perfil A-A-A. Para

ambos análisis, el tamaño del efecto ha sido evaluado con la  $d$  de Cohen, siguiendo la interpretación mencionada anteriormente (Cohen, 1988).

## **4. Resultados**

### **4.1. Validación de la escala DERS**

#### **4.1.1. Análisis preliminares**

Quince cuestionarios presentaron 1 valor perdido y únicamente uno mostró 3 valores perdidos, por lo que el 97,51% de los cuestionarios administrados se respondieron íntegramente. Para los 18 valores perdidos hemos utilizado el método de sustitución del dato faltante por la media redondeada de los restantes ítems de la escala, dado el bajo porcentaje (0,08%) de valores perdidos (Schafer y Graham, 2002).

En la Tabla 7 se muestra el valor de la media, desviación estándar, asimetría y curtosis de los 36 ítems de la DERS, para las respuestas proporcionadas por la muestra comunitaria y clínica. En la muestra comunitaria, según los criterios de Lei y Lomax (2005), los ítems mostraron una distribución normal de sus respuestas a excepción de los ítems 4 (Claridad,  $C = 4.12$ ) y 21 (Estrategias,  $C = 2.17$ ) De forma similar, en la muestra clínica los ítems mostraron una distribución normal de sus respuestas, a excepción de nuevo del ítem 4 ( $A = 2.72$  y  $C = 7.65$ ).

#### **4.1.2. Estructura interna e invariancia**

En la Tabla 8 presentamos los índices de bondad de ajuste para cada modelo analizado con AFC o ESEM. Este último (modelo F) es el único que muestra una bondad de ajuste excelente ( $CFI = .967$ ;  $TLI = .952$ ;  $RMSEA = .039$ ). Mientras que el modelo E alcanza una bondad de ajuste moderada ( $CFI = .932$ ;  $TLI = .932$ ;  $RMSEA = .060$ ), el resto de modelos analizados (A, B, C y D) no se ajustan adecuadamente a nuestros datos.

**Tabla 7: Índices descriptivos de los ítems de la DERS en muestra comunitaria y clínica**

Ítem DERS	Muestra comunitaria					Muestra clínica				
	<i>N</i>	Media	<i>DE</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>N</i>	Media	<i>DE</i>	<i>A</i>	<i>C</i>
1(I)	642	2.02	1.11	0.95	-0.09	119	2.04	1.26	0.79	-0.95
2(I)	642	2.53	1.18	0.35	-0.93	119	3.14	1.42	-0.24	-1.29
3	640	1.90	1.04	1.19	0.82	119	2.10	1.32	1.08	-0.03
4	640	1.59	0.91	1.99	4.12	119	1.41	0.89	2.72	7.65
5	642	2.08	1.09	1.07	0.58	119	2.00	1.28	1.20	0.32
6(I)	642	2.64	1.20	0.24	-0.94	119	2.99	1.51	-0.13	-1.49
7(I)	641	2.27	1.18	0.63	-0.62	119	2.32	1.43	0.58	-1.15
8(I)	642	2.40	1.30	0.55	-0.90	119	2.13	1.34	0.85	-0.66
9	640	2.02	1.09	1.11	0.62	119	1.95	1.21	1.31	0.82
10(I)	640	2.13	1.20	0.77	-0.53	119	2.13	1.34	0.85	-0.66
11	642	2.23	1.33	0.84	0.10	119	2.13	1.43	0.96	-0.52
12	642	1.74	1.06	1.52	1.70	119	1.81	1.37	1.55	0.94
13	642	2.88	1.40	0.22	-1.27	119	3.25	1.57	-0.15	-1.56
14	642	2.00	1.25	1.20	0.37	119	2.73	1.54	0.41	-1.36
15	642	1.94	1.12	1.18	0.61	119	2.25	1.37	0.79	-0.64
16	642	2.07	1.27	1.06	-0.00	119	2.03	1.36	1.11	-0.08
17(I)	642	3.27	1.22	-0.40	-0.81	119	3.29	1.44	-0.48	-1.11
18	642	3.13	1.37	-0.01	-1.31	119	3.48	1.51	-0.42	-1.37
19	642	1.94	1.24	1.25	0.49	119	2.45	1.54	0.58	-1.26
20(I)	642	3.02	1.30	-0.11	-1.14	119	2.72	1.45	0.48	-1.12
21	641	1.68	1.09	1.73	2.17	119	1.72	1.26	1.70	1.60
22(I)	641	2.22	1.25	0.69	-0.70	119	2.65	1.47	0.24	-1.41
23	642	2.25	1.36	0.84	-0.58	119	2.03	1.40	1.08	-0.24
24(I)	642	2.86	1.36	0.05	-1.28	119	3.29	1.47	-0.31	-1.33
25	641	2.00	1.22	1.11	0.15	119	1.88	1.31	1.37	0.62
26	642	3.09	1.36	0.07	-1.28	119	3.50	1.49	-0.45	-1.31
27	642	2.19	1.31	0.89	-0.39	119	2.88	1.60	0.23	-1.57
28	642	2.04	1.22	1.12	0.32	119	2.23	1.45	0.82	-0.76
29	642	2.06	1.26	1.11	0.18	119	2.07	1.49	1.12	-0.32
30	641	2.06	1.28	1.04	0.10	119	2.01	1.37	1.22	0.14
31	638	1.98	1.21	1.12	0.23	119	1.85	1.29	1.45	0.84
32	642	1.90	1.22	1.37	0.82	119	2.61	1.67	0.46	-1.49
33	642	2.79	1.35	0.36	-1.12	119	3.03	1.48	0.08	-1.49
34(I)	642	3.10	1.35	-0.16	-1.17	119	3.87	1.29	-0.98	-0.17
35	641	2.37	1.27	0.75	-0.48	119	2.60	1.40	0.47	-1.06
36	642	2.32	1.32	0.78	-0.58	119	2.52	1.56	0.50	-1.34

Nota: *N* = Número de respuestas; *DE* = Desviación Estándar; *A* = Asimetría; *C* = Curtosis; (I) = Ítem inverso, el valor que se muestra es el del ítem recodificado

Para el modelo seleccionado, el modelo exploratorio de 36 ítems y 6 factores (modelo F), analizamos la invariancia en función del sexo. Los resultados indican que el modelo alcanza la invariancia métrica ( $\Delta\text{CFI} = .003$ ), escalar ( $\Delta\text{CFI} = .000$ ) y estricta ( $\Delta\text{CFI} = -.002$ ). Por tanto, las cargas factoriales, los umbrales y las unicidades,

respectivamente, son equivalentes entre ambos grupos. En la Tabla 9 se muestran los índices de ajuste obtenidos.

**Tabla 8: Bondad de ajuste de los modelos evaluados**

Modelo basal multigrupo (igual forma en función del sexo)	Índices de bondad de ajuste				
	$\chi^2(g/l)$	$\chi^2/g/l$	CFI	TLI	RMSEA (CI 90%)
Modelo A (Weinberg): AFC 36-items y 6-factores	2613.3 (1158)	2.26	.886	.875	.063 (.059; .066)
Modelo B (Neumann): AFC 36-items y 6-factores (ítem 36 se le permite doble carga)	2609.9 (1156)	2.26	.886	.875	.063 (.059; .066)
Modelo C (Marín): AFC 24-items y 4-factores	1492.3 (492)	3.03	.876	.860	.080 (.075; .084)
Modelo D (Hervás): AFC 28-items y 5-factores	1856.0 (680)	2.73	.895	.884	.073 (.069; .077)
Modelo E (híbrido): AFC 28-item y 6-factores	1431.4 (670)	2.14	.932	.923	.060 (.055; .064)
Modelo F (Weinberg): ESEM 36-items y 6-factores	1271.3 (858)	--	.967	.952	.039 (.034; .043)

Nota:  $\chi^2(g/l)$ : Ji-cuadrado (grados de libertad);  $\chi^2/g/l$ : Ji-cuadrado/grados de libertad; CFI= Índice de ajuste comparativo; TLI= Índice de Tucker-Lewis; RMSEA= Raíz media cuadrática del error de aproximación

**Tabla 9: Análisis de la invariancia del modelo de medida en función del sexo**

Modelo	Índices de bondad de ajuste				Comparación	
	$\chi^2(g/l)$	CFI	TLI	RMSEA (CI 90%)	Modelos	$\Delta$ CFI
Modelo F2: F y equivalencia de cargas factoriales (invariancia métrica)	1417.0 (1038)	.970	.964	.034 (.029; .038)	F2 vs. F	.003
Modelo F3: F2 y equivalencia de los interceptos (invariancia escalar)	1520.9 (1140)	.970	.967	.032 (.028; .036)	F3 vs. F2	.000
Modelo F4: F3 y equivalencia de las unicidades (invariancia estricta)	1584.6 (1176)	.968	.966	.033 (.029; .037)	F4 vs. F3	-.002

Nota:  $\chi^2(g/l)$ : Ji-cuadrado (grados de libertad); CFI= Índice de ajuste comparativo; TLI= Índice de Tucker-Lewis; RMSEA= Raíz media cuadrática del error de aproximación

En la Tabla 10 mostramos las cargas factoriales obtenidas para el modelo final (modelo F4 en la Tabla 9). Como se puede observar la mayoría de los ítems saturan adecuadamente ( $> .30$ ) en su factor original, y sólo cuatro ítems fueron problemáticos. El ítem 3 (Impulso) y el ítem 23 (No aceptación) saturan prácticamente de igual forma en el factor Estrategias y los ítems 1 y 7 (Claridad) saturan más en el factor Conciencia que en su propio factor, aunque muestran valores  $> .30$  en ambos factores. El ítem 30 que en la versión original formaba parte del factor Estrategias se reubicó en el factor No

aceptación, dado su contenido y peso factorial y de acuerdo con la propuesta de Hervás y Jodar (2008) en muestra adulta española.

**Tabla 10: Modelo final ESEM: cargas factoriales estandarizadas para chicos (izquierda) y chicas (derecha)**

Subescalas e ítems	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>Conciencia</b>						
02. pongo atención a como me siento(I)	<b>.70/.71</b>	-.13/-.12	-.01/-.01	-.06/-.04	.03/.04	.26/.26
06. Estoy atento a mis sentimientos (I)	<b>.70/.73</b>	-.02/-.02	-.08/-.07	.09/.07	-.05/-.05	.15/.15
08. Doy importancia (I)	<b>.58/.59</b>	-.08/-.08	-.00/-.00	.22/.17	.02/.02	-.01/-.01
10. Reconozco mis emociones (I)	<b>.36/.38</b>	.01/.01	-.04/-.04	.18/.14	-.18/-.20	-.12/-.13
17. Sentimiento adecuado e importante (I)	<b>.33/.34</b>	-.06/-.06	.04/.04	.19/.15	-.05/-.06	.22/.22
34. Me doy un tiempo para comprender (I)	<b>.29/.30</b>	-.04/-.04	.08/.08	.11/.09	.05/.06	.09/.09
<b>Impulso</b>						
03. Emoción agobiante y fuera de control	.02/.02	<b>.25/.25</b>	.05/.05	-.04/-.03	.15/.17	<b>.38/.38</b>
14. Llego a perder el control	.01/.01	<b>.89/.89</b>	-.01/-.01	.02/.02	.03/.03	-.01/-.01
19. Me siento fuera de control	-.05/-.06	<b>.73/.75</b>	.03/.03	.18/.15	-.07/-.09	-.00/-.00
24. Puedo controlar mi conducta (I)	.20/.21	<b>-.44/-.44</b>	.16/.15	.02/.02	.03/.03	-.11/-.11
27. Me cuesta controlar mi comportamiento	.01/.02	<b>.73/.73</b>	-.03/-.03	.02/.02	.01/.01	.18/.19
32. Pierdo el control	-.02/-.02	<b>.85/.85</b>	.02/.02	-.01/-.01	-.00/-.00	.08/.09
<b>No-aceptación</b>						
11. Me enfado conmigo mismo	-.04/-.05	-.18/-.20	<b>.82/.81</b>	.10/.09	-.17/-.21	.04/.05
12. Me da vergüenza sentir	.01/.01	.06/.06	<b>.82/.77</b>	-.17/-.14	.05/.06	-.09/-.10
21. Me avergüenzo de mi mismo	.02/.02	.04/.04	<b>.94/.88</b>	-.21/-.17	.01/.02	-.03/-.03
23. Me siento débil	-.05/-.05	-.15/-.15	<b>.30/.29</b>	.23/.20	.08/.09	<b>.31/.34</b>
25. Me siento culpable	-.03/-.03	-.05/-.06	<b>.81/.78</b>	-.09/-.01	-.07/-.09	.05/.06
29. Me irrito	.05/.06	.06/.06	<b>.71/.68</b>	.01/.01	-.13/-.15	.16/.17
30. Me siento mal conmigo mismo	.00/.00	-.05/-.05	<b>.65/.60</b>	.02/.01	.04/.05	.24/.26
<b>Metas</b>						
13. Me cuesta terminar el trabajo	-.04/-.05	.02/.02	.17/.17	<b>.71/.66</b>	.00/.01	-.17/-.20
18. Me cuesta centrarme en otras cosas	.06/.08	.02/.02	.01/.09	<b>.80/.73</b>	-.01/-.01	.01/.01
20. Puedo hacer cosas igualmente (I)	<b>.34/.40</b>	.03/.03	.02/.02	<b>-.58/-.52</b>	.20/.25	-.05/-.06
26. Me cuesta concentrarme	.01/.06	.06/.07	.01/.01	<b>.81/.74</b>	.08/.10	-.06/-.07
33. me cuesta pensar sobre otra cosa	.08/.10	.10/.11	-.01/-.01	<b>.70/.62</b>	.02/.03	.08/.09
<b>Claridad</b>						
01. Tengo claro lo que siento (I)	<b>.52/.55</b>	.02/.02	-.02/-.02	.07/.06	<b>-.40/-.45</b>	.06/.06
04. No tengo ni idea de cómo me siento	-.39/-.42	.06/.06	-.00/-.00	.03/.02	<b>.55/.63</b>	.02/.02
05. Me cuesta entender mis sentimientos	-.28/-.31	.03/.03	.18/.17	.05/.04	<b>.42/.49</b>	.08/.09
07. Sé exactamente cómo me siento(I)	<b>.60/.64</b>	.08/.08	.02/.02	-.05/-.04	<b>-.38/-.43</b>	-.04/-.04
09. Estoy confuso sobre lo que siento	-.23/-.25	-.06/-.06	.18/.17	.04/.03	<b>.40/.45</b>	.12/.12
<b>Estrategias</b>						
15. Estaré así durante mucho tiempo	-.00/-.00	.10/.11	-.02/-.02	.19/.16	-.01/-.01	<b>.50/.52</b>
16. Acabaré sintiéndome muy deprimido	.02/.02	.03/.03	.15/.13	-.01/-.01	.15/.16	<b>.58/.58</b>
22. Sé que puedo hacer algo(I)	<b>.30/.32</b>	-.00/-.00	.12/.11	.02/.02	.15/.17	<b>-.52/-.54</b>
28. No hay nada que pueda hacer	-.04/-.04	.10/.10	.07/.06	.09/.07	-.18/-.21	<b>.62/.66</b>
31. Recrearme en ello es lo que puedo hacer	.06/.06	.10/.10	.15/.13	.01/.01	.18/.20	.29/.29
35. Tardo mucho tiempo en sentirme mejor	-.07/-.08	.14/.15	.05/.05	.28/.24	.03/.04	<b>.34/.37</b>
36. Mis emociones parecen desbordantes	-.00/-.00	.23/.23	.04/.04	.22/.19	.17/.20	<b>.33/.34</b>

Nota: (I) significa ítem inverso. Se han marcado en negrita todos aquellos valores que superan el .30 y aquellos valores superiores en un factor no esperado. Las celdas sombreadas indican el factor en el cual la escala fue asignada.

A continuación, en la Tabla 11, se presentan las correlaciones factoriales del modelo final (modelo F4 en la Tabla 9). Como se puede apreciar, la magnitud de las correlaciones entre las subescalas fue entre baja y moderada-alta ( $r_s$  entre  $-.29$  y  $.58$ ).

Como en estudios anteriores, la subescala Conciencia mostró las correlaciones de menor magnitud con el resto de las subescalas ( $r$ s entre  $-.29$  y  $.25$ ). La correlación más elevada entre subescalas se obtuvo para Estrategias y No aceptación ( $r = .58$  para los chicos y  $r = .52$  para las chicas).

**Tabla 11: Correlaciones factoriales para chicas (derecha) y para chicos (izquierda)**

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 (Conciencia)	1					
F2 (Impulso)	-.21*/.02	1				
F3 (No-aceptación)	-.21/.25	.44**/.26**	1			
F4 (Metas)	-.19/.14	.46**/.44**	.48**/.25**	1		
F5 (Claridad)	-.02/.17	.12/.05	.40**/.42**	.21/.22*	1	
F6 (Estrategias)	-.29*/-.11	.34**/.31	.52**/.58**	.50**/.33**	.21*/.36**	1

Nota: Significación: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

#### 4.1.3. Consistencia interna

En la muestra comunitaria, la puntuación total de la escala DERS alcanzó una buena consistencia interna ( $\alpha = .88$ ). En cuanto a la consistencia interna de las puntuaciones de las subescalas, se obtuvieron valores alfa entre aceptables y buenos (entre  $.71$  y  $.84$ ), a excepción de las puntuaciones de la subescala Conciencia ( $\alpha = .62$ ). Como información adicional sobre la fiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones del instrumento, las correlaciones medias entre ítems estuvieron en un rango aceptable (Nunnally y Bernstein, 1995) para las subescalas ( $r$  entre  $.22$  en Conciencia y  $.44$  en No-aceptación y Metas). La puntuación total mostró un promedio de correlación entre ítems menor ( $r = .17$ ), dado que en conjunto la relación entre los elementos es menor, como también se puede ver al observar los valores de las cargas factoriales en los factores diferentes al esperado y de las correlaciones factoriales; por ello, y a pesar que está formada por muchos más ítems que las subescalas, el valor de alfa de Cronbach es muy similar al de la escalas con mayor consistencia interna.

En la muestra clínica, la puntuación total de la escala DERS alcanzó igualmente una buena consistencia interna ( $\alpha = .88$ ). Las puntuaciones de las subescalas presentaron unos valores alfa entre aceptables y buenos (entre  $.76$  y  $.86$ ) a excepción de las puntuaciones de las subescalas Claridad y Conciencia de consistencia interna

insuficiente ( $\alpha = .56$  y  $.64$ , respectivamente). Las correlaciones medias entre los ítems de cada subescala estuvieron en un rango aceptable ( $r$  entre  $.21$  en Claridad y  $.49$  en Impulso). En muestra clínica el promedio de correlaciones entre ítems de la puntuación total también fue menor ( $r = .16$ ). Véase a continuación la Tabla 12 para la información detallada.

**Tabla 12: Análisis de consistencia interna de la DERS en muestra comunitaria y clínica**

DERS	Número de ítems (minimum ÷ maximum)	Muestra comunitaria ( $n = 642$ )	Muestra clínica ( $n = 119$ )
		$\alpha$ de Cronbach (correlación media inter-ítems)	$\alpha$ de Cronbach (correlación media inter-ítems)
Conciencia	6 (6 ÷ 30)	.62 (.22)	.64 (.22)
Impulso	6 (6 ÷ 30)	.81 (.42)	.86 (.49)
No-aceptación	7 (7 ÷ 35)	.84 (.44)	.83 (.41)
Metas	5 (5 ÷ 25)	.80 (.44)	.76 (.39)
Claridad	5 (5 ÷ 25)	.71 (.34)	.56 (.21)
Estrategias	7 (7 ÷ 35)	.77 (.32)	.79 (.35)
DERS Total	36 (36÷180)	.88 (.17)	.88 (.16)

#### 4.1.4. Relación de las puntuaciones de la DERS con el sexo y la edad

En la Tabla 13 que mostramos a continuación se recogen los resultados de las pruebas de comparaciones de medias en función del sexo. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los chicos y las chicas pertenecientes a la muestra comunitaria para las subescalas Claridad ( $p = .003$ ) y Estrategias ( $p = .011$ ), pero en ambos casos asociadas a un tamaño del efecto pequeño ( $d \leq 0.23$ ). Las chicas puntuaron más alto en ambas escalas, por lo que presentan más dificultades en ambos componentes regulatorios. No hubo diferencias entre chicos y chicas en cuanto a las puntuaciones de las subescalas Conciencia, No-aceptación, Impulsos, Metas y Estrategias ni en la escala total.

La variable edad no mostró asociación con las puntuaciones de las subescalas Claridad ( $r = .02$ ,  $p = .544$ ), Impulso ( $r = -.07$ ,  $p = .072$ ), Metas ( $r = -.09$ ,  $p = .486$ ), No aceptación ( $r = .01$ ,  $p = .732$ ) y Estrategias ( $r = -.03$ ,  $p = .525$ ) ni con la puntuación total de la escala ( $r = -.05$ ,  $p = .251$ ). En cambio, la subescala Conciencia mostró una relación estadísticamente significativa de tipo negativo con la edad ( $r = -.09$ ,  $p = .024$ ) aunque la magnitud es muy baja.

**Tabla 13: Comparación de las puntuaciones de la DERS en la muestra comunitaria en función del sexo**

DERS	Chicas ( <i>n</i> = 349)		Chicos ( <i>n</i> = 293)		Comparación de medias		Tamaño del efecto ( <i>d</i> de Cohen)
	Media	DE	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	
Conciencia	15.84	4.27	16.34	4.52	-1.462	.144	-0.12
Impulso	12.43	5.23	13.24	5.47	-1.905	.057	-0.15
No aceptación	14.12	6.26	13.90	6.10	0.442	.659	0.04
Metas	15.03	5.25	14.76	4.81	0.675	.500	0.05
Claridad	10.37	3.89	9.52	3.37	2.958	<b>.003</b>	<b>0.23</b>
Estrategias	15.45	5.72	14.32	5.37	2.568	<b>.011</b>	<b>0.20</b>
Total	83.23	20.66	82.10	17.78	0.744	.457	0.06

**Tabla 14: Comparación de las puntuaciones de la DERS entre la muestra comunitaria y clínica**

DERS	Muestra comunitaria ( <i>n</i> = 642)		Muestra clínica ( <i>n</i> = 119)		Comparación de medias		Tamaño del efecto ( <i>d</i> de Cohen)
	Media	DE	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	
Conciencia	16.07	4.39	18.38	5.07	-4.612	<b>&lt; .001</b>	<b>-0.51</b>
Impulso	12.80	5.35	16.07	7.01	-4.834	<b>&lt; .001</b>	<b>-0.58</b>
No aceptación	14.02	6.18	13.65	6.77	0.593	.553	0.06
Metas	14.91	5.05	16.54	5.35	-3.201	<b>.001</b>	<b>-0.32</b>
Claridad	9.98	3.68	9.72	3.68	0.708	.479	0.07
Estrategias	14.94	5.59	16.13	6.60	-1.847	.067	-0.21
Total	82.72	19.40	90.48	22.19	-3.572	<b>&lt; .001</b>	<b>-0.39</b>

Nota: Ajustado por sexo

#### 4.1.5. Comparación de las puntuaciones de la DERS entre las muestras comunitaria y clínica

Como podemos observar en la Tabla 14, los participantes de la muestra clínica obtuvieron mayores puntuaciones tanto en las subescalas de Conciencia ( $p \leq .001$ ), Impulso ( $p \leq .001$ ) y Metas ( $p = .001$ ) como en la puntuación total ( $p \leq .001$ ), evidenciando más dificultades en estos aspectos. Las diferencias halladas estuvieron asociadas a un tamaño del efecto moderado ( $d$  entre 0.32 y 0.58). En la subescala Estrategias, a pesar de que los participantes de la muestra clínica obtuvieron mayores puntuaciones, la diferencia no alcanzó significación estadística ( $p > .05$ ). Así mismo, tampoco existieron diferencias entre ambos grupos de participantes en las puntuaciones de las subescalas Claridad y No aceptación.

## **4.2. Dificultades en la regulación emocional en los adolescentes con TDAH**

### **4.2.1. En función del subtipo de TDAH y de la presencia de TND comórbido y en comparación con los adolescentes con TND**

En la Tabla 15 se presentan los resultados de la comparación de medias entre los cuatro grupos de pacientes según su diagnóstico clínico en las seis subescalas de la DERS y se detallan las comparaciones entre grupos que resultaron significativas junto al tamaño del efecto asociado a la diferencia entre las puntuaciones. La misma información de las tablas se puede ver representada gráficamente (Figuras 2 y 3a-3f).

En cuanto a los subtipos clínicos de TDAH, la única diferencia estadísticamente significativa en la regulación emocional la encontramos en la subescala Estrategias. Los adolescentes diagnosticados de TDAH subtipo inatento obtuvieron puntuaciones menores en la escala de Estrategias en comparación con los adolescentes diagnosticados de TDAH subtipo combinado. Es decir, los adolescentes con TDAH subtipo inatento manifestaron tener un mejor acceso a estrategias eficaces de regulación emocional en comparación al grupo de adolescentes con TDAH subtipo combinado. La diferencia hallada estuvo asociada a un tamaño del efecto moderado ( $d = 0.61$ ). No se hallaron diferencias entre grupos en relación al subtipo en las restantes subescalas de la DERS ni en la puntuación total.

En cuanto a la comorbilidad con el TND, cuando se compararon los pacientes con el mismo subtipo de TDAH (en nuestro caso subtipo combinado, dado que no contamos con un grupo de pacientes con TDAH subtipo inatento con TND comórbido) con y sin TND comórbido, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las seis subescalas.

Tabla 15: Medias (DE) y comparaciones de las puntuaciones DERS en los diferentes grupos clínicos (N= 118)

DERS	TDAH-I (n = 27)	TDAH-C (n = 42)	TDAH-C + TND (n = 26)	TND (n = 23)	F	p	Comparaciones (p ≤ .025)	Tamaño del efecto (d de Cohen)
Conciencia	19.19 (4.42)	18.50 (4.68)	17.92 (6.02)	18.13 (5.55)	0.458	.712	--	--
Impulso	12.67 (6.25)	15.67 (6.51)	17.88 (7.51)	19.17 (6.42)	4.829	<b>.003</b>	TDAH-I < TDAH-C+TND TDAH-I < TND --	0.77 1.05
No aceptación	12.56 (5.17)	13.81 (6.49)	14.04 (7.83)	13.39 (7.00)	0.578	.630		
Metas	15.96 (4.41)	16.17 (5.07)	17.12 (5.98)	17.35 (6.34)	0.936	.426	--	--
Claridad	10.04 (4.09)	9.31 (3.43)	10.23 (3.69)	9.26 (3.58)	0.739	.531	--	--
Estrategias	13.26 (4.36)	16.62 (6.26)	16.77(7.01)	17.65 (8.26)	2.869	<b>.040</b>	TDAH-I < TDAH-C TDAH-I < TDAH-C+TND TDAH-I < TND	0.61 0.62 0.70

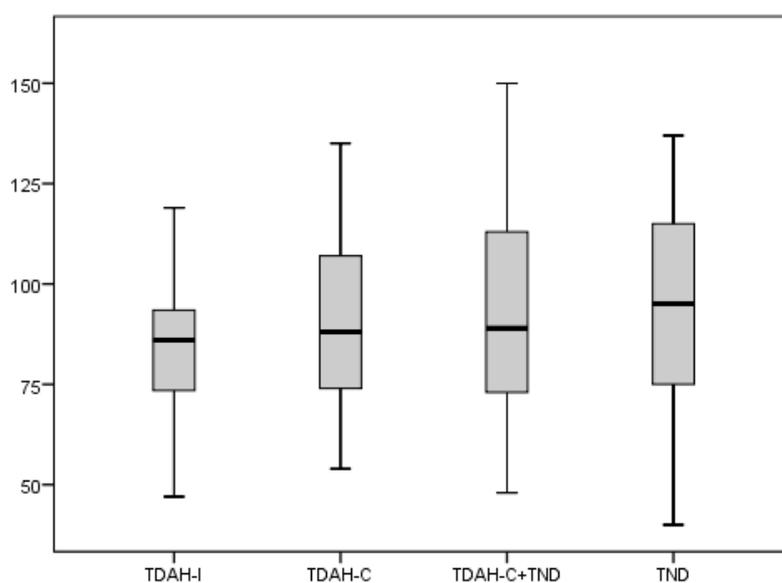
Nota: TDAH-I: TDAH predominio inatento; TDAH-C: TDAH Combinado; TDAH-C+TND: TDAH Combinado+ Trastorno Negativista Desafiante; TND: Trastorno Negativista Desafiante

Nota: Ajustado por sexo y tratamiento farmacológico

Por otro lado, cuando se comparó el grupo TDAH subtipo combinado con TND comórbido con el grupo TDAH subtipo inatento sin TND comórbido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Impulso y Estrategias con un tamaño del efecto asociado a la diferencia moderado ( $d \leq .77$ ). Es decir, el grupo TDAH combinado con TND comórbido mostró un peor control de sus impulsos y un peor acceso a estrategias eficaces de regulación emocional en comparación al grupo TDAH subtipo inatento.

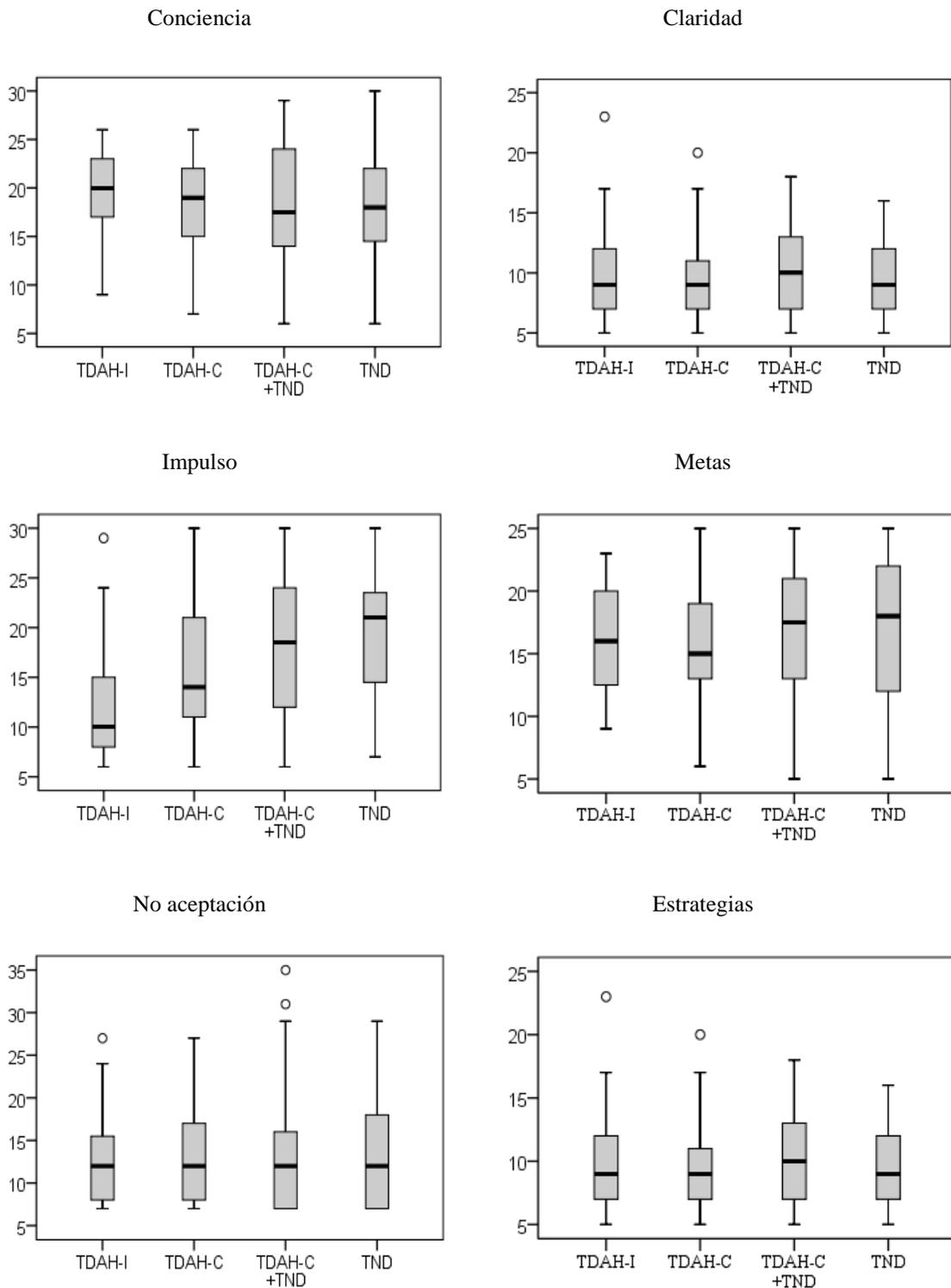
Por último, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo de adolescentes con TND respecto al grupo de adolescentes con TDAH combinado (con o sin TND comórbido) en ninguna de las subescalas ni en la puntuación total. El grupo de adolescentes con TND sí mostró puntuaciones más elevadas, y por tanto más dificultades, en las subescalas Impulsos y Estrategias en comparación al grupo de adolescentes con TDAH subtipo inatento, y estas diferencias estadísticamente significativas estuvieron asociadas a un tamaño del efecto grande ( $d \geq 0.77$ ).

**Figura 2: Puntuaciones de la escala total DERS en función del grupo diagnóstico**



Nota: TDAH-I=adolescentes con TDAH subtipo inatento; TDAH-C=adolescentes con TDAH subtipo combinado; TDAH-C+TND=adolescentes con TDAH subtipo combinado+TND

Figuras 3a a 3f: Puntuaciones de las subescalas en función del grupo diagnóstico



Nota: TDAH-I=adolescentes con TDAH subtipo inatento; TDAH-C=adolescentes con TDAH subtipo combinado; TDAH-C+TND=adolescentes con TDAH subtipo combinado+TND

#### 4.2.2. En función del perfil A-A-A del YSR

Como hemos mencionado en el apartado de descripción de la muestra clínica, 39 de los adolescentes diagnosticados de TDAH (45,35%) presentaron una puntuación superior a 180 como resultado de la suma de las puntuaciones T en las subescalas Problemas de atención, Conducta agresiva y Síntomas ansioso-depresivos del YSR, mientras que los restantes 47 no. En la Tabla 16 se muestra cómo este grupo de adolescentes con TDAH y perfil A-A-A ha presentado puntuaciones mayores en todas las subescalas de la DERS, a excepción de Conciencia, y en la puntuación total. Por tanto, los adolescentes con TDAH y perfil A-A-A han manifestado tener peor claridad emocional, peor acceso a metas cuando sienten malestar, peor acceso a estrategias eficaces de regulación emocional y peor control de sus impulsos. Las diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos pueden considerarse de tamaño entre moderado y grande ( $d$  entre .38 y 1.00).

**Tabla 16: Comparación de los grupos de adolescentes con TDAH en función de la presencia/ausencia del perfil de disregulación emocional**

DERS	TDAH+DE ( $n = 39$ )		TDAH no DE ( $n = 47$ )		Comparación de medias		Tamaño del efecto ( $d$ de Cohen)
	Media	DE	Media	DE	$t$	$p$	
Conciencia	17.00	4.947	19.38	4.707	2.284	<b>.025</b>	-0.50
Impulso	17.54	7.626	13.28	5.713	2.883	<b>.005</b>	0.65
No aceptación	16.38	7.738	11.74	5.289	3.179	<b>.002</b>	0.72
Metas	18.05	5.246	14.77	4.502	3.125	<b>.002</b>	0.68
Claridad	10.33	4.269	8.96	3.127	1.722	.089	0.38
Estrategias	18.90	7.133	13.38	3.904	4.321	<b>.000</b>	1.00
DERS Total	98.21	22.492	81.51	16.428	3.971	<b>&lt; .001</b>	0.87

Nota: TDAH+DE: grupo de pacientes TDAH que cumplen con el perfil de disregulación emocional del YSR; TDAH no DE: grupo de pacientes que no cumplen con el perfil de disregulación emocional del YSR.

Nota: Ajustado por sexo y tratamiento farmacológico

## **5. Discusión**

### **5.1. Validación de la escala DERS**

La versión española de la DERS para adolescentes presenta unas propiedades psicométricas aceptables en las muestras estudiadas. En cuanto a su estructura interna, hemos logrado replicar la estructura original de 36 ítems y 6 factores (Gratz y Roemer, 2004) mediante el modelado de ecuaciones estructurales exploratorias. Ninguno de los modelos evaluados previamente con AFC se ajustó de forma adecuada a nuestros datos, lo que conllevó que decidiéramos probar con otro método de análisis factorial. Nuestra propuesta de mantener los 36 ítems y los 6 factores originales va en la línea de anteriores estudios con adolescentes (Neumann y cols., 2010; Weinberg y Klonsky, 2009) y difiere de las propuestas de la versión de Hervás y Jodar (2008) en adultos españoles y de Marín y cols. (2012) en adolescentes mejicanos. El modelo seleccionado por su mejor ajuste fue equivalente para ambos sexos. Es decir, la invariancia estricta obtenida evidencia que no hay un funcionamiento diferencial de los ítems en los chicos y las chicas y que, por tanto, las diferencias entre ambos grupos se pueden atribuir a diferencias reales de las respuestas de ambos sexos (Gregorich, 2006). Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en una muestra adulta por Ritschel y cols. (2015) y mejoran los ofrecidos por Neumann y cols. (2010) en una muestra adolescente en la que se halló invariancia escalar únicamente para los ítems de tres de las seis subescalas: Claridad, Impulso y Estrategias.

En nuestro estudio la mayoría de los ítems han saturado claramente en el factor esperado. Cuatro ítems han resultado problemáticos (ítems 1, 3, 7 y 23). Dos de ellos, el ítem 1 y 7 (ambos pertenecientes al factor Claridad) también resultaron problemáticos en el estudio con muestra adolescente de Weinberg y Klonsky (2009) e incluso se ha propuesto reubicarlos en el factor Conciencia (Marín y cols., 2012). Los ítems 3 (Impulso) y 23 (No-aceptación) saturan también, y algo más alto incluso, en el factor Estrategias. A pesar de ello, en nuestro estudio hemos optado por mantenerlos en su factor original, debido a su contenido, a que logran saturar en su factor de forma adecuada ( $> .30$ ) y ya que su eliminación supondría reducir la consistencia interna de las

puntuaciones del factor. Por tanto, a partir de nuestros resultados proponemos mantener 35 de los 36 ítems en su factor originario y permitir que el ítem 30 (“*cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo*”) del factor Estrategias pase a formar parte del factor No aceptación, en función de su contenido y en la línea de la propuesta de Hervás y Jodar (2008) y de Marín y cols. (2012).

La magnitud entre baja y moderada de las correlaciones halladas entre los seis factores indica que evalúan diferentes componentes de la regulación emocional. Por tanto, nuestros resultados sugieren que los ítems de los factores Impulso y Estrategias no deben de ser agrupados en un único factor como propone Hervás y Jodar (2008). Además, en contraposición a los resultados de Marín y cols. (2012), en nuestro estudio los ítems de las subescalas Impulso y Estrategias han saturado claramente en el factor esperado y se pueden distinguir de los ítems de las subescalas No aceptación y Metas. Las subescalas Conciencia y Claridad también representan factores separados identificables con una baja correlación entre ambos ( $r \leq .17$ ) en contraposición a la propuesta de combinarlos de Cho y Hong (2013), quienes refieren que las covariancias halladas entre sus ítems se explican de mejor forma mediante un único factor.

La correlación más alta entre factores que hemos hallado en nuestro estudio es entre Estrategias y No aceptación (alrededor de .55). El análisis de las correlaciones entre factores también nos advierte de que la subescala Conciencia es la que muestra correlaciones más bajas ( $r$ s entre  $-.29$  y  $.25$ ) con el resto de las subescalas ( $r$ s entre  $.05$  y  $.58$ ), en la línea de los resultados de estudios previos. En el estudio original (Grazt y Roemer, 2004) esta subescala ya mostraba una correlación mucho más baja con el resto de subescalas ( $r$ s entre  $.08$  y  $.46$ ) que las halladas entre éstas ( $r$ s entre  $.32$  y  $.63$ ). Así mismo otros estudios posteriores corroboraron este hallazgo (Bardeen y cols. 2012; Marín y cols., 2012; Neumann y cols, 2010; Tull y cols., 2007; Weinberg y Klonsky, 2009). Según la literatura, Conciencia es la subescala que suscita más dudas. Para autores como Bardeen y cols. (2012) la subescala Conciencia podría no valorar el mismo constructo que las otras subescalas, por ello proponen no tanto eliminar la subescala, dado que aporta información de interés, sino no incluirla en la puntuación total de la DERS, ya que pudiera oscurecer la relación entre la DERS y las variables de interés que se estudiaran. En esta línea, diversos autores como Tull y cols. (2007) refieren que la atención sobre los estados emocionales podría no ser ni necesaria ni

suficiente para lograr una regulación emocional adaptativa. De hecho, algunos autores señalan que no todo tipo de conciencia emocional es positiva, mientras sí que lo sería aquella que evita el juicio de las emociones, la conciencia que es de tipo rumiativo o sobre emociones negativas podría dificultar la regulación emocional (Bardeen y cols., 2012). Si se asume como cierta esta reflexión, el redactado de los ítems de la subescala Conciencia de la DERS no permite diferenciar entre estas dos modalidades de la conciencia emocional (Gratz y Roemer, 2004). La perspectiva evolucionista de la regulación emocional establece que cuando la persona presta atención e identifica sus emociones tiene más posibilidades de utilizar estrategias eficaces para la regulación de sus emociones, pero que ni la conciencia ni la claridad emocional garantizan que finalmente se pongan en marcha estas estrategias. Por otro lado, mientras que en nuestro estudio la subescala Conciencia discriminó entre adolescentes pertenecientes a la población general de los que eran usuarios de los servicios de salud mental (TDAH y/o TND), en otros estudios se ha hallado que esta subescala no ha mostrado relación, mientras que las otras subescalas sí lo han hecho, con trastornos psicopatológicos relacionados con la disregulación de las emociones como el trastorno de ansiedad generalizada (Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006) o el estrés postraumático (McDermott, Tull, Gratz, Daughters y Lejuez, 2009; Tull y cols., 2007). Por último, también se ha señalado que la subescala Conciencia es la única subescala en la que todos sus ítems son inversos y que por ello pudiera ser un factor contaminado por un artefacto debido al método de medida (Bardeen y cols., 2012). La recomendación de incluir ítems cuya redacción va en sentido inverso al resto cuando se miden constructos psicológicos mediante escalas ha estado presente casi desde siempre en la práctica psicométrica, pero esta estrategia parece interferir en el examen de la estructura latente de las escalas, tal y como se ha demostrado en diversas investigaciones (p.ej. Tomás, Galiana, Hontangas, Oliver y Sancho, 2013).

En cuanto a la consistencia interna de las puntuaciones de la DERS, la escala total muestra un valor alfa de Cronbach de .88 tanto en la muestra comunitaria como clínica, por tanto, cercano a excelente ( $\alpha = .90$ ). Las puntuaciones que consideramos con consistencia interna cuestionable son las pertenecientes a las subescalas Conciencia en muestra comunitaria y clínica ( $\alpha = .62$  y  $.64$ , respectivamente) y Claridad en muestra clínica ( $\alpha = .56$ ). Estos resultados son acordes a los hallados por Marín y cols. (2012) y

Sarıtaş-Atalar y cols.( 2015) en una muestra de adolescentes y a los de Snow y cols. (2013) en una muestra adulta. Además, en todos los estudios revisados en este trabajo, las puntuaciones de ambas subescalas mostraron los valores alfa de Cronbach más bajos en relación al resto de subescalas.

En lo referente a las diferencias de las puntuaciones DERS en función de la variable sexo, hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en las subescalas Claridad y Estrategias, aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $d$  de Cohen  $< 0.23$  en valores absolutos). Las chicas adolescentes de nuestro estudio reportan mayores dificultades en acceder a estrategias eficaces de regulación emocional y en diferenciar emociones en relación a los hombres. Ambas diferencias ya habían sido encontradas en estudios previos (Marín y cols., 2012; Medrano y Trógolo, 2014; Neumann y cols., 2010; Weinberg y Klonsky, 2009) también relacionadas con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado ( $d$  de Cohen  $< 0.49$  en valores absolutos). Como hemos comentado en la introducción, los resultados hallados en la literatura en cuanto a la relación entre las puntuaciones de la DERS y el sexo son heterogéneos y escasamente consistentes en la mayoría de los casos. A excepción del estudio de Hervás y Jodar (2008) en el que no se encuentra relación alguna entre el sexo y las puntuaciones de la DERS, se ha hallado relación entre el sexo y prácticamente todas las subescalas de la DERS. No obstante, un hallazgo que sí que ha recibido apoyo de forma reiterada es que las mujeres, adolescentes y adultas, presentan más dificultad en la regulación de sus emociones en relación a los hombres (Côté y cols., 2013; Marín y cols., 2012; Medrano y Trógolo, 2014; Neumann y cols., 2010; Sarıtaş-Atalar y cols., 2015; Weinberg y Klonsky, 2009). Las diferencias entre sexos en las que más coinciden los estudios son en las puntuaciones de Claridad y de Estrategias, que son las mismas que las que hemos hallado en el presente trabajo.

Las diferencias de género han sido estudiadas especialmente en relación al tipo de estrategias de regulación emocional utilizada, y se ha informado sobre diferencias sustanciales entre ambos sexos en lo que se refiere a la elección de estrategias (Feingold, 1994; Hall, 1978; McClure, 2000; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Nolen-Hoeksema, 2008; Tamres, Janicki y Helgeson, 2002). Su estudio se considera importante ya que algunos investigadores han propuesto que estas diferencias podrían contribuir a generar desigualdades en la prevalencia de determinados trastornos

mentales en función del sexo (Hyde, Mezulis y Abramson, 2008; Nolen-Hoeksema, 1991; Zahn-Waxler, Shirtcliff y Marceau, 2008).

La rumiación, entendida como perseverar en la focalización de las emociones negativas de uno mismo y sobre sus causas y consecuencias sin llegar a poner en marcha una solución al problema, es la estrategia de regulación emocional cuyo diferente uso en hombres y mujeres ha sido señalado de manera más consistente. Diversos estudios, tanto con medidas autoinformadas como a través de la observación, han hallado que las mujeres utilizan más la rumiación que los hombres (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011). Además se ha encontrado que las mujeres manifiestan hacer uso de un mayor número de estrategias de regulación emocional, y de hecho no se ha encontrado que ninguna estrategia sea utilizada más por los hombres que por las mujeres (Tamres y cols., 2002). Para Nolen-Hoeksema (2012) que las mujeres empleen más cualquier estrategia es debido a que deben regular un mayor número de emociones negativas. Las mujeres son más reactivas emocionalmente a eventos negativos que los hombres debido a que estos eventos son vividos como más estresantes. Si atendemos al contenido de los ítems de la subescala Estrategias de la DERS podemos comprobar que lo que se valora es la creencia que tiene la persona en cuanto a su capacidad de modular las emociones negativas (“*cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor*”, “*cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer*”, “*Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo*”), no qué tipo de estrategias emplea finalmente para regular sus emociones. Si las mujeres viven más emociones estresantes y si emplean más la rumiación que estrategias centradas en el problema en relación a los hombres, no sería de extrañar que las diferencias entre sexos en las respuestas a la DERS pudieran estar influenciadas por la propia percepción de la emocionalidad y por la percepción de un entorno mucho más estresante (Nolen-Hoeksema, 2012).

Como hemos comentado anteriormente, la peor claridad emocional de las chicas ya había sido hallada en otros estudios con la DERS en muestra adolescente (Marín y cols., 2012; Neumann y cols., 2010; Weinberg y Klonsky, 2009). Por el contrario, en muestra adulta se encontró que eran los hombres los que referían peor claridad emocional (Gratz y Roemer, 2004) o que no había diferencia entre ambos sexos (Hervás y Jodar, 2008). Esta falta de concordancia en los resultados puede deberse a la etapa del

ciclo vital en la que se evalúan las personas. En la literatura, la baja claridad emocional se ha relacionado con la tendencia a la rumiación, que como hemos comentado es más característica de las mujeres, y con la tendencia a padecer estados emocionales complejos. Así, la baja capacidad para diferenciar los diferentes estados afectivos se ha relacionado con una mayor tendencia a rumiar sobre un estresor reciente (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). De la misma forma, tender a la rumiación está estrechamente asociado a experimentar estados emocionales complejos (Hervás y cols., 2004). Para este autor, la tendencia a experimentar estados emocionales complejos puede que genere a largo plazo una baja claridad emocional y con ello se favorezca la aparición de respuestas rumiativas más persistentes o que la complejidad emocional aparezca asociada a un estilo rumiativo de forma especialmente intensa en las personas que presenten una baja claridad emocional. Además, el haber encontrado en nuestro estudio que las chicas manifiestan tener una mayor percepción de incontrolabilidad emocional que los chicos (peor acceso a estrategias eficaces) corrobora los resultados de Nolen-Hoeksema y Jackson (2001), quienes interpretan que la diferencia en la creencia de control emocional entre sexos está relacionada con un mayor uso de la rumiación en las mujeres.

Por último, las subescalas Conciencia, Impulso y Metas además de la puntuación total discriminaron entre los adolescentes pertenecientes a la muestra clínica de los adolescentes pertenecientes a la muestra comunitaria. Los adolescentes de la muestra clínica manifestaron tener más dificultades de regulación emocional de forma global y, en particular, más dificultades de conciencia emocional, de control de sus impulsos y de consecución de metas cuando sienten malestar. La capacidad discriminativa de las subescalas Conciencia e Impulso ya había sido informada por Bunford (2014) en muestra comunitaria entre los adolescentes con TDAH y los adolescentes sin TDAH. En contraposición a las dudas ya mencionadas sobre la capacidad de la subescala Conciencia para discriminar entre personas con y sin determinados trastornos psicopatológicos (McDermott y cols., 2009; Salters-Pedneault y cols., 2006; Tull, y cols., 2007), tanto en nuestro estudio como en el de Bunford y cols. (in press) esta subescala de falta de conciencia permite diferenciar entre los adolescentes de la muestra clínica y de la muestra comunitaria. Estas diferencias, no obstante, se asocian a un tamaño del efecto entre pequeño y moderado ( $d$  de Cohen entre 0.32 y 0.58). Nuestros

hallazgos no resultan sorprendentes, en tanto que nuestra muestra clínica está formada sólo por adolescentes con trastornos de TDAH y TND, caracterizados por la dificultad en el control de los impulsos y en la consecución de metas deseadas en relación a la escasa tolerancia a la frustración que suelen manifestar. Además, las dificultades en la conciencia emocional se han relacionado con estos trastornos de tipo externalizado (Casey, 1996).

Por otro lado, las subescalas Claridad, No aceptación y Estrategias no discriminaron entre los adolescentes pertenecientes a la muestra clínica y los adolescentes de la muestra comunitaria. La carencia de estudios previos en los que se valoren estos aspectos específicos de la regulación emocional en muestras clínicas conlleva desconocer la solidez de estos resultados y los argumentos explicativos al respecto. Además, como hemos comentado en la introducción, el hecho de valorar la capacidad de regulación emocional en la adolescencia, una etapa del ciclo vital caracterizada en sí misma por un aumento de las dificultades emocionales, aún hace más complejo el abordaje de este tema.

## **5.2. Las dificultades en la regulación emocional del adolescente con TDAH**

El DSM-5 sigue considerando el TDAH como un trastorno fundamentalmente homogéneo, a pesar de diferenciar tres subtipos en cuanto al predominio de síntomas. Esta conceptualización ha sido objeto de numerosas críticas y han sido diversas las investigaciones en las que se ha planteado la necesidad de considerar la heterogeneidad del trastorno, no sólo en relación a su presentación sintomática sino también en cuanto a su genética, severidad, comorbilidad y resultado del tratamiento (Brookes y cols., 2008; Elia y cols., 2009; Steinhausen, 2009). En el presente estudio hemos estudiado las dificultades de la regulación emocional en relación al subtipo clínico de TDAH (predominio de síntomas) y a la presencia o ausencia de comorbilidad con el TND.

En relación a la hipótesis sobre que los adolescentes con TDAH subtipo combinado mostrarían mayores dificultades en los diferentes componentes de la regulación emocional en comparación con los adolescentes con TDAH subtipo inatento, sólo ha recibido apoyo empírico en el caso del componente Estrategias. Los

adolescentes con TDAH de predominio combinado muestran más dificultades en acceder a estrategias eficaces de regulación emocional cuando sienten malestar en comparación con los adolescentes con TDAH de predominio inatento.

Si bien existen numerosas investigaciones que advierten que las personas que padecen TDAH soportan un elevado estrés en su vida cotidiana (Hirvikoski, Lindholm, Nordenström, Nordström, y Lajic, 2009), son escasos los estudios en los que se evalúan las estrategias de afrontamiento que utilizan y las conclusiones son contradictorias. Mientras que en algunos estudios se concluye que las personas con TDAH se diferencian de las personas sin TDAH en el uso de un mayor número de estrategias de afrontamiento maladaptativas (Hampel, Manhal, Roos y Desman, 2008), otros estudios no hallan diferencias en términos de regulación emocional maladaptativa, mientras que sí señalan un menor uso de estrategias de regulación emocional adaptativas (Schmitt, Gold, y Rauch, 2012). Por ejemplo, estos autores refieren que las personas con TDAH hacen un menor uso de estrategias centradas en el problema, de la reevaluación, de la distracción o de la petición de ayuda, entre otras.

No obstante, debemos señalar de nuevo que los ítems de la subescala Estrategias de la DERS no valoran el uso de estrategias específicas si no la creencia que tiene la persona en cuanto a su capacidad de regular sus emociones (por ejemplo, *“estaré así durante mucho tiempo”* o *“no hay nada que pueda hacer”*). En nuestro estudio, los adolescentes con TDAH subtipo combinado expresan una mayor percepción de incontrolabilidad de las emociones en relación a los adolescentes con TDAH inatento. Los ítems de la subescala Estrategias de la DERS podrían estar evaluando el control voluntario (*“effortful control”*) de las emociones que la persona cree poseer. El control voluntario se define como la habilidad de ejercer control de forma voluntaria sobre las reacciones y sobre la urgencia y la impulsividad con la que uno actúa e incluye estrategias cognitivas tales como la reevaluación, el cambio de foco atencional o la planificación (Eisenberg, Hofer y Vaughan, 2007). De acuerdo con Barkley (2010), las personas con TDAH padecen importantes dificultades en este tipo de control voluntario ejecutivo o cognitivo. La consecuencia más notable de esta deficiencia es una propensión a no inhibir las emociones, es decir, la impulsividad emocional. Por lo tanto, los ítems de la subescala Estrategias de la DERS justamente valorarían un aspecto de la

regulación emocional característicamente alterado en la persona con TDAH de subtipo combinado.

No hemos hallado en la literatura estudios en los que se evalúen las estrategias regulatorias utilizadas por los pacientes con TDAH en función de su subtipo clínico. Recientemente, Gross y Jazaieri (2014) señalaban la necesidad urgente de evaluar la regulación emocional en los diferentes subtipos de TDAH con el objeto de conocer cómo la habilidad en implementar estrategias regulatorias difiere en función de los mismos. No obstante, como hemos comentado, la impulsividad emocional fruto de la escasa capacidad de control voluntario, se ha relacionado más con el TDAH subtipo combinado que con el TDAH de subtipo inatento (Barkley, 2010). La impulsividad, presente en el subtipo combinado de forma característica, parece ser un factor de riesgo para el uso de un amplio abanico de estrategias de afrontamiento ineficaces (Young, 2005). Según Barkley (1997), la impulsividad emocional afecta el acceso a estrategias de regulación emocional adecuadas en función de las metas y da lugar a una respuesta desorganizada que puede ir en contra de los intereses del individuo.

Por otra parte, la ausencia de diferencias en el resto de componentes regulatorios en relación a los subtipos de TDAH es congruente con los resultados mostrados recientemente en el estudio de Bunford y cols. (2014), al mismo tiempo que contrarios a la idea de que las personas con TDAH combinado tienen más dificultad en regular sus emociones que las personas con TDAH de subtipo inatento (Anastopoulos y cols., 2011; Maedgen y Carlson, 2000). En nuestro estudio, y en contra de lo esperado, ya que las dificultades de inhibición comportamental se han relacionado más con el TDAH de subtipo combinado que con el TDAH de subtipo inatento (Barkley, 2010), no hemos hallado que los pacientes con TDAH subtipo combinado tengan más dificultades en el control de los impulsos que los de predominio inatento. Sorprende este hallazgo ya que algunos autores han llegado incluso a referir que no sólo el paciente con TDAH subtipo inatento no tiene déficits en su inhibición comportamental sino que, por el contrario, los individuos que padecen este subtipo estarían “sobrehinhibidos” (Derefinko y cols., 2008). En nuestro estudio, el hecho de haber realizado el diagnóstico de TDAH y de su subtipo basándonos en una evaluación clínica amplia mediante diferentes instrumentos, nos hace pensar que este resultado no pueda atribuirse a posibles defectos relacionados con la evaluación categorial del DSM para el TDAH y sus subtipos. Se ha criticado que los

subtipos evaluados mediante los criterios diagnósticos del DSM agrupan pacientes heterogéneos en cuanto a su sintomatología, ya que el número específico de criterios que cumplir para cada subtipo conlleva la existencia de casos limítrofes; por ejemplo, el diagnóstico de una persona que cumple 6 criterios para inatención y 5 para hiperactividad-impulsividad sería TDAH de subtipo inatento mientras que el de una persona que cumple 6 criterios de inatención y 6 de hiperactividad-impulsividad sería TDAH combinado. La presencia de casos limítrofes dentro de cada subgrupo podría disminuir las diferencias entre subtipos (Bauermeister y cols., 2003). Más allá de las críticas a la categorización DSM, debemos señalar que tanto la validez de los subtipos clínicos como el hecho de si el TDAH de predominio inatento es una variante del TDAH o una categoría diagnóstica diferente son aspectos controvertidos (Willcutt y cols., 2012). Por otra parte debemos tener en cuenta que nuestro estudio se ha llevado a cabo con adolescentes, lo que podría significar que los síntomas de impulsividad se darían con una intensidad mucho menor a lo esperable en edades más tempranas, según los conocimientos sobre la evolución del trastorno (Biederman, Mick y Faraone, 2000). Por último, quisieramos mencionar que no existía diferencia entre ambos grupos en la proporción de casos en tratamiento farmacológico por lo que nuestros resultados difícilmente son atribuibles a esta condición. En resumen, nuestros datos sugieren que, a excepción de un peor acceso a estrategias regulatorias eficaces por parte de los adolescentes con TDAH combinado, los adolescentes con TDAH subtipo inatento y los de subtipo combinado muestran un patrón de regulación emocional similar.

En relación a la hipótesis de que la comorbilidad con el TND conllevaría un aumento de las dificultades de regulación emocional en los adolescentes con TDAH, nuestros datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en concordancia con los resultados de Bunford y cols. (*in press*). Por tanto, si los pacientes con TDAH padecen dificultades en la regulación de sus emociones, tengan o no un diagnóstico asociado de TND, podemos sugerir que la disregulación emocional es un componente propio del TDAH (Barkley, 2010; Bunford y cols., *in press*), en contraposición a la propuesta de Beauchaine y cols. (2010) que la disregulación emocional se manifiesta sólo en los casos de TDAH que sufren de TND comórbido.

Diversos estudios han reportado síntomas más severos y frecuentes de disfuncionalidad general, como también más agresividad, más inatención, más comportamientos destructivos y peor relaciones parento-filiales en los niños con TDAH y TND comórbido en comparación con niños con TDAH sin TND (véase, p.ej., Deault, 2010; Jensen y cols., 2001). De hecho, actualmente existe un debate abierto en cuanto a si las personas que sufren de TDAH y TND deberían ser consideradas como un subgrupo diferenciado de pacientes y en cuanto a si se debería desarrollar una nueva categoría diagnóstica para su clasificación. No haber encontrado diferencias sustanciales en la regulación emocional entre ambos grupos de pacientes (TDAH con y sin TND comórbido) pone en duda que estos indicadores de mayor gravedad sintomática y de peor pronóstico del grupo de pacientes con TDAH y TND puedan ser atribuidos al padecimiento de mayores dificultades en la regulación emocional.

Si continuamos con el análisis de las dificultades de regulación emocional específicas del adolescente con TDAH, hemos hallado que el grupo de pacientes con TDAH combinado y TND comorbido refiere mayores dificultades en el control de los impulsos en comparación al grupo TDAH de predominio inatento sin comorbilidad. En este caso, ambas variables, subtipo y comorbilidad, entran en juego a la vez. Estos resultados son congruentes con estudios previos (Newcorn y cols., 2001; Young 2005). Young (2005) concluyó que la coexistencia del TDAH con los trastornos de la conducta podría conllevar un deterioro mayor de la habilidad de afrontamiento de las situaciones emocionales que el producido por los síntomas de hiperactividad y/o impulsividad.

En resumen, las puntuaciones en la subescala Estrategias de la DERS discriminan entre pacientes con TDAH subtipo inatento y pacientes con TDAH subtipo combinado (con y sin TND) y las puntuaciones en la subescala Impulso discriminan entre pacientes con TDAH subtipo inatento y pacientes con TDAH subtipo combinado siempre y cuando éstos últimos presenten TND comórbido. No obstante, a excepción de estas diferencias, el subtipo y la comorbilidad no parecen comportar diferencias en la regulación emocional en los adolescentes con TDAH.

En cuanto a la disregulación emocional como factor transdiagnóstico, hemos creído conveniente recuperar el estudio de las especificidades potenciales en la regulación emocional ligadas a los diferentes trastornos psicopatológicos. En nuestro

estudio hemos comparado las puntuaciones de la DERS de los tres grupos de pacientes con TDAH (TDAH de predominio inatento, TDAH combinado sin TND y TDAH combinado con TND) respecto al grupo de los pacientes con TND. En relación a nuestra hipótesis de que ambos trastornos conllevarían dificultades específicas en la regulación de sus emociones, sólo hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo de pacientes con TND y el grupo de pacientes con TDAH de predominio inatento, además únicamente en dos de los seis componentes regulatorios evaluados. Los pacientes con TDAH subtipo inatento han referido menor dificultad en acceder a estrategias eficaces de regulación emocional y en el control de los impulsos en relación a los pacientes con TND. No hemos hallado ninguna diferencia en la regulación de emociones entre el grupo de pacientes con TDAH combinado y el grupo de pacientes con TND. Estos resultados van en la línea de estudios previos (Biederman y cols. (2011) y Milich, Balentine y Lynam (2006) en los que el TDAH subtipo combinado se muestra más relacionado con los trastornos de la conducta que con el TDAH de predominio inatento. Por tanto, podemos concluir que la regulación emocional, evaluada según los seis componentes de la regulación emocional de la DERS, se comporta como un factor transdiagnóstico en relación al TDAH y al TND. Dado que la concepción transdiagnóstica es dependiente de los trastornos comparados, en nuestro estudio no hemos encontrado déficits específicos entre estos dos trastornos. Algunas investigaciones han dado apoyo a la diferente relevancia de dimensiones particulares de la regulación emocional en muestras con diversidad de psicopatologías. Por ejemplo, todos los componentes evaluados por la DERS, a excepción de Conciencia, se encontraron alterados en las personas que cumplían criterios para el trastorno de ansiedad generalizada respecto a las que no cumplían criterios para este diagnóstico (Salters-Pedneault y cols., 2006). En cambio, sólo los componentes de Impulso, Estrategias y Claridad diferenciaron a las personas expuestas a traumas de aquéllas que no estuvieron expuestas (Tull y cols., 2007).

Por último, con el mismo objetivo de tratar de profundizar en el conocimiento sobre las dificultades en la regulación emocional del paciente con TDAH, hemos evaluado mediante la DERS las dificultades específicas de los adolescentes con TDAH y el Perfil A-A-A (Biederman y cols., 2012a; Spencer y cols., 2011), obtenido en nuestro caso a partir de las respuestas autoinformadas que proporciona el YSR

(Achenbach, 1991). Como hemos venido explicando, este perfil se ha obtenido y estudiado a partir de respuestas heteroinformadas (CBCL; Achenbach, 1991) y no nos consta que se hayan publicado estudios en los que se haya obtenido mediante las propias respuestas del adolescente. La decisión de utilizar el YSR y no el CBCL obedece al deseo de evitar que entre ambas medidas (DERS y CBCL) se produjera un efecto del informante que hubiera sesgado potencialmente los resultados y las conclusiones.

Aunque este perfil identifica a los pacientes con TDAH que tienen dificultades de regulación emocional no informa del tipo de dificultades en la regulación emocional que padece la persona. Para despejar esta duda hemos empleado la evaluación multicomponente que nos ofrece la DERS. Nuestra muestra es comparable a la de los estudios de Biederman y cols. (1995) y de Spencer y cols. (2011b) con el CBCL, ya que el porcentaje de pacientes con TDAH que cumplieron con el Perfil A-A-A (44% y 36% respectivamente) es similar al que hemos hallado en nuestro estudio al utilizar el YSR (45,35%).

El grupo de adolescentes con TDAH y Perfil A-A-A presenta más dificultades en global de regulación emocional y específicamente en 4 de los 6 componentes de la regulación emocional evaluados por la DERS en comparación con el grupo de adolescentes TDAH que no cumple con este perfil. Además, las diferencias halladas, tanto para la escala total como para las subescalas, están asociadas a un tamaño del efecto entre moderado y grande ( $d$  de Cohen entre .65 y 1.00). El grupo de adolescentes con TDAH y disregulación emocional muestra mayor dificultad en aceptar sus emociones, en controlar sus impulsos, en alcanzar sus metas y, especialmente, en acceder a estrategias eficaces de regulación emocional cuando siente malestar en comparación al grupo de adolescentes con TDAH sin disregulación emocional. Sorprendentemente, Conciencia es el único componente regulatorio en el que el grupo de adolescentes con TDAH sin Perfil A-A-A presenta mayores dificultades, siendo el tamaño del efecto el más pequeño de los asociados a las diferencias ( $d = .50$ ). No obstante, este resultado puede ser interpretado en relación a la cuestionable consistencia interna de las puntuaciones de la subescala Conciencia, a que en diversos estudios ha obtenido la correlación más baja con el resto de subescalas y a que sus ítems han sido cuestionados, al no ser capaces de diferenciar entre una atención emocional que

potencialmente ayuda a la regulación emocional de una atención de tipo rumiativo que implicaría mayores dificultades en la regulación emocional. En resumen, mediante el uso de la DERS, más allá de conocer si el paciente tiene o no dificultad en regular sus emociones, podemos identificar en qué componentes específicos destaca problemática.

Los hallazgos presentados en esta tesis no están exentos de limitaciones que deberán ser tenidas en cuenta para su generalización. En futuras investigaciones sería necesario valorar otras evidencias de validez convergente y de criterio, como la relación que guardan las puntuaciones obtenidas con nuestra versión de la DERS con variables que recojan otros tipos de psicopatología, tanto de forma concurrente como predictiva, y de fiabilidad, como su estabilidad en el tiempo. También nuestro estudio presenta limitaciones en relación al estudio de las dificultades de regulación emocional del adolescente con TDAH que afectan a los instrumentos de medida utilizados y a la muestra evaluada. En cuanto a los instrumentos, dado que se trataba de la primera vez en la que se utilizaba el YSR para la obtención del perfil de disregulación emocional A-A-A y deseábamos que los ítems y subescalas utilizados fueran los mismos a los utilizados previamente con el CBCL, utilizamos la versión del YSR de 1991. En España no contamos con baremos publicados para esta versión, por lo que hemos utilizado baremos americanos para la transformación de las puntuaciones directas en puntuaciones T. En cuanto a los participantes de la muestra clínica, algunos de ellos estaban recibiendo tratamiento farmacológico mientras que otros no cuando fueron evaluados, no obstante los análisis de datos efectuados fueron ajustados estadísticamente cuando fue necesario. Por otro lado, sólo uno de nuestros participantes cumplía criterios para el diagnóstico de TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo, por lo que sus respuestas fueron excluidas del análisis por subtipos y por comorbilidad. El subtipo combinado incluye tanto síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad, por lo cual no hemos podido evaluar la contribución específica de los síntomas de hiperactividad-impulsividad. No obstante, la validez del subtipo hiperactivo-impulsivo está siendo criticada y en los estudios actuales se tiende a comparar, como ha sido en nuestro caso, pacientes con TDAH subtipo combinado con pacientes con TDAH de predominio inatento. Además, consideramos necesario replicar nuestros análisis con un mayor número de pacientes por grupo. Por último, creemos conveniente incluir otros trastornos con los que se comparen las dificultades específicas

en la regulación emocional del paciente con TDAH con el fin de corroborar la idea de que la disregulación emocional es un factor transdiagnóstico que subyace a diversas formas de psicopatología.

A pesar de estas limitaciones, las conclusiones de este estudio pueden tener importantes implicaciones para la investigación y la práctica clínica. Nuestro estudio es pionero, tanto en España como en el extranjero, en el análisis mediante la DERS de las dificultades en la regulación emocional de los pacientes con TDAH, no sólo en adolescentes sino también en adultos. Además, se trata del primer estudio que utiliza la evaluación dimensional (DERS) y categorial (Perfil de disregulación emocional A-A-A) de la disregulación emocional en una misma muestra de pacientes. Por último, es el primer estudio en el que el perfil de disregulación emocional A-A-A se obtiene mediante un autoinforme (YSR); de nuestros resultados se desprende que la DERS puede ser un instrumento de medida útil para evaluar las dificultades de la regulación emocional en los adolescentes españoles, afectos o no de TDAH. Consideramos que el estudio de la regulación emocional en el paciente adolescente con TDAH es de vital importancia. Por ejemplo, recientemente se ha encontrado que la disregulación emocional modera el vínculo entre el TDAH y la depresión y el efecto indirecto del TDAH en la ideación suicida a través de la depresión (Van Eck y cols., 2014). Además, nuestros resultados conllevan la posibilidad de generar protocolos de intervención únicos que pueden utilizarse en los subgrupos de pacientes estudiados.

### **5.3. Direcciones futuras**

El primer paso para comprender qué papel juega la regulación emocional en la psicopatología y sus implicaciones para la intervención es establecer una definición operativa del constructo que aúne los diversos componentes que han sido relacionados con éste. Creemos necesario que la comunidad científica se esfuerce en emplear en sus estudios metodologías similares con el fin de facilitar la comparación de sus resultados y con ello lograr conclusiones más robustas. Al tratarse de un campo de estudio de reciente interés, la literatura ofrece un número reducido de estudios sobre algunos aspectos específicos de la regulación emocional y las conclusiones son a menudo contradictorias. Uno de los motivos, como ya hemos comentado, es que han proliferado

numerosas medidas para la evaluación de la disregulación emocional. Es positivo que cada año investigadores de todas las partes del mundo decidan emplear en sus estudios la DERS. Como consecuencia de ello, creemos que se está consiguiendo cierto consenso en cuanto a su utilidad tanto en muestras de adultos como de adolescentes, tanto en muestras comunitarias como clínicas y el empleo de un lenguaje común en las investigaciones.

Si bien, la evaluación multicomponente que nos ofrece la escala DERS es un punto de partida de incuestionable valor, junto a su extendido uso que acabamos de mencionar, creemos necesario seguir trabajando en la mejora de la evaluación de la regulación emocional. Por el momento, a pesar de la relevancia y utilidad de la DERS como instrumento de medida de la disregulación emocional, su estructura factorial, la adecuación de algunos ítems y la validez de la subescala Conciencia son aspectos que necesitan acumular mayor evidencia. Por otro lado, la escala Estrategias valora la creencia que tiene la persona en cuanto a su potencial acceso a estrategias de regulación emocional, no qué tipo de estrategias emplea finalmente la persona para regular sus emociones. Es decir, los ítems de esta subescala evalúan la percepción de control voluntario, el conocido “*effortful control*”. Creemos de indudable valor evaluar la percepción subjetiva sobre la posibilidad personal de manejo emocional pero quedaría sin valorarse un aspecto que también ha resultado ser clave en la regulación emocional, las estrategias específicas que se usan. Además, la DERS únicamente valora la regulación de emociones negativas. Recientemente, se está empezando a dar atención a la necesidad de evaluar la regulación de emociones positivas, como lo indica la creación de una nueva versión de la DERS (la DERS-Positiva, Weiss y cols., 2015).

En cuanto a la relación entre el TDAH y la disregulación emocional, ya que no todos los pacientes con TDAH manifiestan dificultades en la regulación de sus emociones, creemos necesario seguir investigando qué tipo de variables se asocian a la presencia de dificultades emocionales en este tipo de paciente. En la actualidad el modelo diagnóstico categorial que propone el DSM para el TDAH está siendo cuestionado. Existen estudios que están proponiendo que ambas listas de síntomas (inatención e hiperactividad-impulsividad) están muy relacionadas y que en realidad corresponderían a una única dimensión, en que los subtipos reflejan una gravedad variable del mismo rasgo subyacente. Autores como Barkley (2006) consideran

necesario conceptualizar el TDAH como un continuo de síntomas variable en número y severidad. Al mismo tiempo que se cuestiona la clasificación en función del predominio de síntomas, o subtipos clínicos, ya hemos comentado que diversas investigaciones señalan otros tipos de subclasificaciones con el fin de abarcar la heterogeneidad del trastorno. Por ejemplo, se han propuesto subgrupos de TDAH en función de la comorbilidad con el TND (Perera y cols., 2012) o recientemente en función de la presencia de disregulación emocional (Peyre, Speranza, Cortese, Wohl y Purper-Ouakil, 2015; Reimherr y cols., 2010).

Por ello, creemos necesario que los profesionales lleven a cabo evaluaciones en las que no sólo se exploren los criterios diagnósticos para el TDAH, sino que también se valoren posibles déficits en las habilidades de regulación emocional. La presencia o ausencia de dificultades de regulación emocional podría utilizarse para identificar un subtipo de pacientes con TDAH, y a su vez podría orientar sobre la planificación del tratamiento. En la medida en que el tratamiento se puede adaptar de esta manera, pueden prevenirse, o al menos mitigarse, problemas futuros.

Detectar dificultades de regulación emocional en el paciente con TDAH nos da la oportunidad de intervenir en ellas. Actualmente, existe una prometedora investigación en relación a diversas intervenciones terapéuticas para mejorar la regulación emocional. Por el momento, la evidencia sobre la eficacia de los psicofármacos, sobre todo metilfenidato y atomoxetina, en la mejora de la regulación emocional es limitada (Shaw y cols., 2014). En cuanto al tratamiento psicológico, mientras que la psicoterapia de corte cognitivo y conductual tiene un impacto limitado en los síntomas centrales del TDAH, existe evidencia preliminar de su eficacia en las intervenciones que específicamente tienen como objetivo mejorar la disregulación emocional (Mongia y Hechtman, 2012; Sonuga-Barke, Brandeis y cols., 2013). Consideramos que estas aproximaciones representan una línea de estudios con un futuro prometedor. La terapia cognitiva puede ayudar a las personas con TDAH a reconocer y etiquetar las diferentes emociones con precisión, cambiar las emociones que por el contexto resultan inapropiadas y enfrentar reacciones emocionales negativas intensas (Mongia y Hechtman, 2012). Además, ya que la terapia psicoeducativa para padres con hijos con TDAH parece ser la única terapia basada en la evidencia bien establecida (Pelham y Fabiano, 2008), creemos que puede ser útil añadir en sus contenidos entrenamiento en

habilidades de la regulación emocional. En esta línea, deseamos compartir que nuestro siguiente paso será implementar en el Centro de Salud Mental Infanto juvenil de Ciutat Vella un tratamiento grupal dirigido a adolescentes con TDAH en el que se trabajarán habilidades de regulación emocional. Este grupo se realizará en paralelo al tradicional grupo psicoeducativo para padres en el que ya hemos incluido un apartado dedicado a la regulación de las emociones en el paciente con TDAH.

Por último, creemos necesario señalar la necesidad de mantener cierto equilibrio entre la visión transdiagnóstica de la disregulación emocional y el estudio de las dificultades específicas de regulación emocional que presenta cada trastorno. La disregulación emocional puede abordarse como un objetivo importante en el tratamiento de diversos trastornos, pero en cada uno de ellos las deficiencias que caben esperar pueden ser específicas y el éxito de la intervención reside en su conocimiento.

## **6. Conclusiones**

A continuación detallamos las conclusiones en relación a los objetivos planteados al inicio de la presente tesis.

### **En cuanto a la validación de la escala DERS en adolescentes españoles**

- Nuestros datos se ajustan razonablemente bien a la estructura factorial original de 36 ítems y 6 factores.
- Se ha hallado invariancia estricta para las seis subescalas de la DERS lo que implica que los ítems no muestran un funcionamiento diferencial en relación al sexo y que las diferencias halladas en las puntuaciones entre adolescentes chicos y chicas pueden atribuirse a las diferencias reales de respuesta entre ambos sexos.
- En muestra comunitaria, la puntuación total de la DERS muestra una buena consistencia interna ( $\alpha = .88$ ). Las puntuaciones de las subescalas, a excepción de las de la subescala Conciencia, mostraron una consistencia interna entre adecuada y buena (valores  $\alpha$  entre .71 y .84)
- En muestra clínica, la consistencia interna de la puntuación total de la DERS fue buena ( $\alpha = .88$ ). Las puntuaciones de las subescalas, a excepción de las de las subescalas Conciencia y Claridad, mostraron una consistencia interna entre adecuada y buena (valores  $\alpha$  entre .76 y .86)
- Las puntuaciones de las subescalas Conciencia, Impulso y Metas y la puntuación total de la DERS discriminan entre adolescentes pertenecientes a la muestra comunitaria y clínica. Los adolescentes pertenecientes a nuestra muestra clínica (pacientes con TDAH y/o TND) presentan de forma global más dificultades de regulación emocional y específicamente de conciencia emocional, en el control de sus impulsos y en la consecución de metas. Las diferencias halladas entre ambos grupos están asociadas a un tamaño del efecto moderado.

- La única diferencia en la regulación emocional en función del subtipo de TDAH se halla en el componente Estrategias. El grupo de adolescentes con TDAH combinado refiere más dificultades en acceder a estrategias de regulación emocional eficaces que el grupo de adolescentes con TDAH de predominio inatento.
- Los adolescentes con TDAH de subtipo combinado muestran las mismas dificultades en la regulación emocional, padezcan o no TND comórbido, y estas dificultades son las mismas que las que muestran los adolescentes con TND. Sin embargo, los adolescentes con TDAH de predominio inatento sí que muestran mejor acceso a estrategias de regulación emocional y mejor control de los impulsos que el grupo de adolescentes con TND.
- La DERS permite identificar que los adolescentes con TDAH y perfil A-A-A muestran más dificultades en el control de los impulsos, en la consecución de metas y en el acceso a estrategias de regulación emocional, además de **mayor** conciencia emocional, que el grupo de adolescentes TDAH que no presenta tal perfil.

## 7. Referencias

- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *12*, 49-54.
- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, *61*, 89-96. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.11.012
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 974-983.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S.(2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*, 276-281. doi:10.1037/a0023598
- Althoff, R.R., Rettew, D.C., Faraone, S., Boomsma, D., & Hudziak, J.J. (2006). Latent Class Analysis Shows Strong Heritability of the Child Behavior Checklist-Juvenile Bipolar Phenotype. *Biological Psychiatry*, *60*, 903-911.
- Amador, J., Idiazábal, M., Sangorrín, J., Espadaler, J., & Forns, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psicothema*, *14*, 350-356.

- Amador, J., Forns, M., & Martorell, B. (2001). Sensibilidad y especificidad de las valoraciones de padres y profesores de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, *32*, 65-78.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association.(APA). (2009). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Text Revision*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th. ed.). Washington, DC: Author.
- Anastopoulos, A.D., Smith, T.F., Garrett, M.E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N.K., Sommer, J.L., ... Ashley-Koch, A. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, *15*, 583-592. doi:10.1177/1087054710370567
- Andover, M.S., & Morris, B.W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *59*, 569-575.
- Asparouhov, T., & Muthén, B.O. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling*, *16*, 397-438.
- Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J., & Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 1291-1300.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure.

*Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1

- Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E., & Rothenberger, A. (2003). Association of ADHD and conduct disorder--brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44, 356-376.
- Bardeen, J., Fergus, T., & Orcutt, H. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 382-392.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2010). Deficient emotional self-regulation is a core component of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1, 5-37.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barrett, K.C., & Campos, J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. In Osofsky, J.D. (Ed.), *Handbook of infant development* (2 nd., pp. 558-578). New York: Wiley.
- Barret, L.F., & Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. In Mayne,T.J & Bonano,G. (Eds.), *Emotions. Current issues and future directions*. New York, NY: Guilford Press.
- Barrett, L.F, Gross, J.J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15, 713-724. doi:10.1080/02699930143000239

- Bauermeister, J.J., Canino, G., Bravo, M., Ramírez, R., Jensen, P.S., Chavez, L., ...  
García, P. (2003). Stimulant and psychosocial treatment of ADHD in  
Latino/Hispanic children. *Journal of the American Academy of Child and  
Adolescent Psychiatry*, 42, 851-855. doi:10.1097/01.CHI.0000046864.56865.30
- Beauchaine, T., Hinshaw, S., & Pang, K. (2010). Comorbidity of attention- deficit/  
hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: biological, environmental  
,and developmental mechanism. *Clinical Psychologist: Science and Practice*, 17,  
327-336.
- Beauchaine, T., Klein, D., Crowell, S., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009).  
Multifinality in the development of personality disorders: a Biology x Sex x  
Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development  
and Psychopathology*, 21, 735-770. doi:10.1017/S0954579409000418
- Beauchaine, T.P., Gatzke-Koop, L., & Mead, H.K. (2007). Polyvagal theory and  
developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems  
from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74, 174-184.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms  
of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and  
symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biederman, J., Petty, C.R., Day, H., Goldin, R.L., Spencer, T., Faraone, S.V, ...  
Wozniak, J. (2012a). Severity of the aggression/anxiety-depression/attention child  
behavior checklist profile discriminates between different levels of deficits in  
emotional regulation in youth with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal  
of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33, 236-243.  
doi:10.1097/DBP.0b013e3182475267
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C.R., & Faraone, S.V.  
(2012b). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit  
hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42, 639-  
646. doi:10.1017/S0033291711001644

- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., ... Kraus, I. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 464-471.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological science*, 15, 482-487. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x
- Braaten, E., & Rosén, L. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 313-321.
- Brickenkamp, R. (1962). *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2 test of attention)*. Göttingen: Hogrefe.
- Brickenkamp, R., & Zillmer, E. (2002). *D2 Test de atención*. Madrid: TEA ediciones.
- Brookes, K.J., Xu, X., Anney, R., Franke, B., Zhou, K., Chen, W., ... Asherson, P. (2008). Association of ADHD with genetic variants in the 5'-region of the dopamine transporter gene: evidence for allelic heterogeneity. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 147B, 1519-1523. doi:10.1002/ajmg.b.30782
- Bunford, N., Evans, S., & Langberg, J. (*in press*). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054714527793
- Burke, J.D. (2012). An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1176-1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02598.x

- Burke, J.D., Hipwell, A., & Loeber, R. (2010). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as predictors of depression and Conduct Disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 484-492.
- Bush, G., Valera, E.M., & Seidman, L.J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, *57*, 1273-1284. doi:10.1016/j.biopsych.2005.01.034
- Calkins, S., & Fox, N. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: a multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, *14*, 477-498.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., & Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes: reconocimiento y regulación emocional. *Clínica Y Salud*, *25*, 19-37. doi:10.5093/c12014a1
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D.H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 542-559). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, *6*, 587-595. doi:10.1037/1528-3542.6.4.587
- Campos, J. & Barrett, K. (1984). Toward a new understanding of emotions and their development. In Izard, C.E, Kagan, J & Zajonc, R.B. (Ed.), *Emotions, cognition and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Campos, J., Mumme, D., Kermoian, R., & Campos, R. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development: The Development of Emotion Regulation Biological and Behavioral Considerations*, *59*, 284-303.

- Cappadocia, M.C., Desrocher, M., Pepler, D., & Schroeder, J.H. (2009). Contextualizing the neurobiology of conduct disorder in an emotion dysregulation framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 506-518. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.001
- Carpenter, R.W., & Trull, T.J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15, 335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2
- Casey, R. (1996). Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders. In M. Lewi & M. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 161-184). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Castellanos, F., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Science*, 16, 17-26.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M.A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12, 168. doi:10.1186/1471-244X-12-168
- Catanzaro, S.J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (in press). Oppositional Defiant Disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054713520221
- Cheetham, A., Allen, N.B., Yücel, M., & Lubman, D.I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621-634. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.005
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255.

- Cho, Y. (2007). Assessing emotion dysregulation: Psychometric properties of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Korean Journal of Clinical Psychology, 26*, 1015-1038.
- Cho, Y., & Hong, S. (2013). The new factor structure of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (K-DERS) incorporating method factor. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 46*, 192-201.
- Ciarrochi, J., Caputi, P., & Mayer, J. (2003). The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences, 34*, 1477-1490.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, P.M., Michel, M.K., & Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 73-100.
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.
- Conners, C. (1997). *Conners' Rating Scales- Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C. (2001). *Conners' Rating Scales-Revised*. New York, NY: Multi-Health Systems.
- Cooper, J.L., O'Shea, A.E., Atkinson, M.J., & Wade, T.D. (2014). Examination of the difficulties in emotion regulation scale and its relation to disordered eating in a young female sample. *The International Journal of Eating Disorders, 47*, 630-639. doi:10.1002/eat.22278
- Cortez, V.L., & Bugental, D.B. (1994). Children's visual avoidance of threat: A strategy associated with low social control. *Merrill-Palmer Quarterly, 40*, 82-89.

- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale [Psychometric properties of a French version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *23*, 63-72.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *37*, 145-151.
- Dahl, R.E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 1-22. doi:10.1196/annals.1308.001
- Dan-Glauser, E.S., & Scherer, K.R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*, *72*, 5-11. doi:10.1024/1421-0185/a000093
- Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, *215*, 727-732. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.005
- De la Osa, N., Granero, R., Penelo, E., Domènech, J. M., & Ezpeleta, L. (2013). The Short and Very Short Forms of the Children's Behavior Questionnaire in a Community Sample of Preschoolers. *Assessment*, *21*, 463-476. doi:10.1177/1073191113508809
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, *41*, 168-192. doi:10.1007/s10578-009-0159-4
- Deborde, A. S., Vanwalleghem, M., & Aitel, S. (2015). Régulation émotionnelle chez des adolescents présentant des troubles des conduites et chez des témoins.

[Emotion regulation in adolescents with conduct disorder and controls]  
*Encephalé*, 41, 62-69.

Derefinko, K.J., Adams, Z.W., Milich, R., Fillmore, M.T., Lorch, E P., & Lynam, D.R. (2008). Response style differences in the inattentive and combined subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 745-758. doi:10.1007/s10802-007-9207-3

Diler, D., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Gill, M., Strober, M., ... Keller, M. B. (2009). The child behavior checklist (CBCL) and the CBCL-bipolar phenotype are not useful in diagnosing pediatric bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19, 23-30.

Dodge, K.A. (1991). *The structure and function of reactive and proactive aggression*. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment for Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Domínguez-Sánchez, F.J., Lasa-Aristu, A., Amor, P.J., & Holgado-Tello, F.P. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20, 253-261. doi:10.1177/1073191110397274

Douglas, V. (1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (pp. 280- 329). New York: Guilford Press.

Douglas, V. I. (1988). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. In L.M. Bloomingdale & J.A. Sergeant (Eds.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, intervention* (pp. 65-81). Oxford, England: Pergamon.

Ebner-Priemer, U.W., Houben, M., Santangelo, P., Kleindienst, N., Tuerlinckx, F., Oravecz, Z., ... Kuppens, P. (2015). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: A theoretical model and empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 186-198. doi:10.1037/abn0000021

- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences, 44*, 1574-1584. doi:10.1016/j.paid.2008.01.013
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 9*, 241-273. doi:10.1207/s15327965pli0904\_1
- Eisenberg, N., Cumberland, R., Spinrad, R., Fabes, S., Shepard, M., Reiser, B., ... Guthrie, I. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*, 1112-1134.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 287-306). New York, NY: Guilford.
- Elia, J., Arcos-Burgos, M., Bolton, K.L., Ambrosini, P.J., Berrettini, W., & Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry Research, 170*, 192-198. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.008
- Esbjörn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., & Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 129-143. doi:10.1007/s10567-011-0105-4
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., & Domènech, J. M. (2012). Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 53*, 1128-1138. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02545.x
- Faraone, S., Althoff, R., Hudziak, J., Monuteaux, M., & Biederman, J. (2005). The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis. *Bipolar Disorders, 7*, 518-524.

- Farré-Riba, A., & Narbona, J. (1997). Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Revista de Neurología*, *25*, 200-204.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *116*, 429-456.
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, *94*, 751-755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755
- Flett, G.L., Blankstein, K.R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *20*, 221-228.
- Forsyth, J., Parker, J., & Finlay, C. (2003). Anxiety sensitivity, controllability and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residual sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, *28*, 851-870.
- Fowler, J.C., Charak, R., Elhai, J.D., Allen, J.G., Frueh, B.C., & Oldham, J.M. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 175-180. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.029
- Fox, H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, *89*, 298-301.
- Fox, H.C., Hong, K.A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, *33*, 388-394.
- Garnefski, N., & Kraai, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*, 141-149. doi:10.1027/1015-5759.23.3.141

- Garner, P.W., & Spears, F.M. (2000). Emotion regulation in low-income preschoolers. *Social Development, 9*, 246-264.
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, 467-481. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.005.
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 989-1007. doi:10.1002/jclp.21876
- Giuliani, N.R., McRae, K., & Gross, J.J. (2008). The up- and down-regulation of amusement: experiential, behavioral, and autonomic consequences. *Emotion, 8*, 714-719.
- Glenn, C., & Klonsky, E.D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*, 20-28.
- Gratz, K.L., Bornovalova, M.A., Delany-Brumsey, A., Nick, B., & Lejuez, C.W. (2007). A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: The role of emotional non-acceptance. *Behavior Therapy, 38*, 256-268.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., & Gunderson, J.G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850-855. doi:10.1037/0021-843X.115.4.850
- Gregorich, S.E. (2006). Do self-report instruments allow meaningful comparisons across diverse population groups? Testing measurement invariance using the

- confirmatory factor analysis framework. *Medical Care*, 44, 78-94.  
doi:10.1097/01.mlr.0000245454.12228.8f
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Gross, J.J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J.J. (2008). *Emotion regulation*. In M.Lewis, J.M. Haviland-Jones & L.F.Barrett. *Handbook of Emotions*, New York: Guilford Press.
- Gross, J.J., & Barrett, L.F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16.
- Gross, J.J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.  
doi:10.1177/2167702614536164
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J., & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J.J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Cognition and Emotion Lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference. *Cognition & Emotion*, 25, 765-781.  
doi:10.1080/02699931.2011.555753
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (2010). Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política

Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.

- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa M.A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 32, 19-29. doi:10.4067/S0718-48082014000100002
- Hall, J.A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857. doi:10.1037/0033-2909.85.4.845
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 427-436. doi:10.1177/1087054707299337
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90 Suppl 1. doi:10.1136/adc.2004.059006
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Herrera, J., Niño, M., Caycedo, C., & Cortes, O. (2008). *Validación de la Escala de Disregulación Emocional en universitarios bogotanos*. Tesis no publicada.
- Hervás, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica Y Salud*, 19, 139-156.

- Hinshaw, S., & Melnick, S. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology, 7*, 627-647.
- Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A.-L., & Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and Behavior, 55*, 418-424. doi:10.1016/j.yhbeh.2008.12.004
- Hollingshead, A.A. (1975). *Four-factor index of social status*. New Haven.
- Holtmann, M., Goth, K., Wockel, L., Poustka, F., & Bolte, S. (2008). CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype: Severe ADHD or bipolar disorder? *Journal of Neural Transmission, 115*, 155-161.
- Hyde, J.S., Mezulis, A.H., & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115*, 291-313.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Greenhill, L.L., Conners, C.K., Arnold, L. E., ... Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP, 22*, 60-73.
- Jensen, S.A., & Rosén, L.A. (2004). Emotional reactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 8*, 53-61.
- Kahana, S.Y., Youngstrom, E.A., Findling, R.L., & Calabrese, J.R. (2003). Employing parent, teacher, and youth self-report checklists in identifying pediatric bipolar spectrum disorders: An examination of diagnostic accuracy and utility. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*, 471-488.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 418-434.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-268.
- Kököneyi, G., Urbán, R., Reinhardt, M., Józán, A., & Demetrovics, Z. (2014a). The difficulties in emotion regulation scale: factor structure in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 589–600. doi:10.1002/jclp.22036
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kring, A., Smith, D., & Neale, J. (1994a). Individual Differences in Dispositional Expressiveness: Development and Validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 934-949.
- Kring, A., & Sloan, D. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Tesis doctoral.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and “storm and stress” in early adolescence: Too relationship of negative life-events with disphoric affect. *Developmental Psychology*, 29, 130-140.
- Larson, R.W., Moneta, G., Richards, M.H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165.
- Lasa, N.B., Salguero, J.M., Fernández Berrocal, P., & Aritzeta, A. (2010). Validación de la versión reducida en castellano del Trait Meta-Mood Scale (TMMS) para la población adolescente. In *Actas del XI Congreso de Metodologías de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Malaga.

- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992a). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica Y Salud*, 3, 183-184.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992b). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 18, 883-905.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lei, M. y Lomax, R.G. (2005). The effect of varying degrees of nonnormality in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 12, 1-27
- López-Villalobos, J.A., Andrés-De Llano, J.M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T., ... Sánchez-Azón, M.I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 80-87. doi:10.1016/j.rpsm.2013.07.002
- MacDermott, S., Gullone, E., Allen, J. S., King, N., & Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301-314. doi:10.1007/s10862-009-9154-0
- Maedgen, J.W., & Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42. doi:10.1207/S15374424jccp2901\_4
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2014). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172C, 428-444. doi:10.1016/j.jad.2014.10.007
- Marín, M., Robles, R., González, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos [Psychometric properties of the scale “Difficulties in

- Emotion Regulation” in Spanish(DERS-E) for Mexican adolescents]. *Salud Mental, 35*, 521-526.
- Marks, J. (1991). Introduction to a comparative philosophy. *Philosophy East and West, 41*, 1-30.
- Marsh, H.W., Hau, K.T., & Grayson, D. (2005). Goodness of fit in structural equation models. In A. Maydeu-Olivares & J.J. McArdle (Eds.). *Contemporary psychometrics*. Nahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marsh, H.W., Muthen, B., Asparouhov, T., Ludtke, O., Robitzsch, A., Morin, A J.S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students’ evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling, 16*, 439-476.
- Martel, M.M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 50*, 1042-1051. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x
- Mayer, J.D., McCormick, L.J., & Strong, S.E. (1995). Mood-congruent memory and natural mood: New evidence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 736-746.
- McClure, E.B. (2000). A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological Bulletin, 126*, 424-453. doi:10.1037//0033-2909.126.3.424
- McDermott, M.J., Tull, M.T., Gratz, K.L., Daughters, S.B., & Lejuez, C.W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 591-599. doi:10.1016/j.janxdis.2009.01.006
- McKenzie, K.C., & Gross, J.J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology, 47*, 207-219. doi:10.1159/000358097

- Medrano, L.A., & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, *13*, 1345-1356. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-4.vedr
- Melnick, S.M., & Hinshaw, S.P. (2000). Emotion Regulation and Parenting in AD/HD and Comparison Boys: Linkages with Social Behaviors and Peer Preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 73-86. doi:10.1023/A:1005174102794
- Meyer, S.E., Carlson, G.A., Youngstrom, E., Ronsaville, D. ., Martinez, P.E., Gold, P. W., ... Radke-Yarrow, M. (2009). Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *Journal of Affective Disorders*, *113*, 227-235.
- Mick, E., Biederman, J., Pandina, G., & Faraone, S.V. (2003). A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, *53*, 1021-1027.
- Milich, R., Balentine, A.C., & Lynam, D.R. (2006). ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 463-488. doi:10.1093/clipsy.8.4.463
- Mongia, M., & Hechtman, L. (2012). Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*, *14*, 561-567.
- Morin, A.J.S., Marsh, H.W., & Nagengast, B. (2013). Exploratory Structural Equation Modeling. In G.R. Hancock & R.O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (2nd ed.). Charlotte, NC: Information Age Publishin.
- Mullin, B., & Hinshaw, S. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523-541). New York: Guilford.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission

- Guidelines for test translation and adaptation: Second edition]. *Psicothema*, 25, 151-157.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (1998-2010). Mplus user's guide (6th ed). Los Angeles: Author
- Neumann, A., Van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17, 138-149.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D. P., ... Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137-146. doi:10.1097/00004583-200102000-00008
- Nigg, J., & Casey, B. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17, 785-806.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of psychological abnormalities in children*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2008). It's not what you have, it's what you do with it: support for Addis's Gendered Responding Framework. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 178-181.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 704-708.

- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the Gender Difference in Rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47. doi:10.1111/1471-6402.00005
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Norvilitis, J.M., Casey, R.J., Brooklier, K.M., & Bonello, P.J. (2000). Emotion appraisal in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and their parents. *Journal of Attention Disorders*, 4, 15-26. doi:10.1177/108705470000400102
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). Teoría psicométrica (3ª ed.). México: McGraw-Hill
- Ochsner, K.N., & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249. doi:10.1016/j.tics.2005.03.010
- Ozer, E.M., Macdonald, T., & Irwin, C.E. (2002). Adolescent health care in the United States: Implications and projections for the new millennium. In J.T. Mortimer & R.W. Larson (Eds.), *The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood* (pp. 129-174). Cambridge University Press.
- Paivio, S., & Greenberg, L. (1998). Experiential Theory of Emotion Applied to Anxiety and Depression. In W. Flack & J. Laird (Eds.), *Emotions in Psychopathology: Theory & Research*. New York: Oxford University Press.
- Paloyelis, Y., Mehta, M.A., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2007). Functional MRI in ADHD: a systematic literature review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7, 1337-1356. doi:10.1586/14737175.7.10.1337
- Pani, P.P., Maremmanni, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P., & Akiskal, H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should

- anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorders*, 122, 185-197. doi:10.1016/j.jad.2009.06.012
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 184-214. doi:10.1080/15374410701818681
- Pelham, W.E., Foster, E.M., & Robb, J.A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 711-727. doi:10.1093/jpepsy/jsm022
- Perera, S., Crewther, D., Croft, R., Keage, H., Hermens, D., & Clark, C.R. (2012). Comorbid externalising behaviour in AD/HD: evidence for a distinct pathological entity in adolescence. *PloS One*, 7, e41407. doi:10.1371/journal.pone.0041407
- Pérez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The difficulties in emotion regulation scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescents inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 393-404.
- Peyre, H., Speranza, M., Cortese, S., Wohl, M., & Purper-Ouakil, D. (2015). Do ADHD children with and without child behavior checklist-dysregulation profile have different clinical characteristics, cognitive features, and treatment outcomes? *Journal of Attention Disorders*, 19, 63-71. doi:10.1177/1087054712452135
- Phillips, K.F.V., & Power, M.J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 145-156. doi:10.1002/cpp.523

- Power, T.J., Andrews, T.J., Eiraldi, R.B., Doherty, B.J., Ikeda, M.J., DuPaul, G.J., & Landau, S. (1998). Evaluating attention deficit hyperactivity disorder using multiple informants: The incremental utility of combining teacher with parent reports. *Psychological Assessment, 10*, 250-260.
- Power, T.J., Doherty, B.J., Panichelli-Mindel, S.M., Karustis, J.L., Eiraldi, R.B., Anastopoulos, A.D., & DuPaul, G.J. (1998). The predictive validity of parent and teacher report of ADHD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*, 57-81.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research, 61*, 174-179. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.12.011
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2011). Emotion Dysregulation and Vulnerability to Suicidal Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
- Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Olsen, J.L., Halls, C., Kondo, D.G., Williams, E.D., & Al., E. (2010). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: Its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *Journal of ADHD & Related Disorders, 1*, 53-64.
- Ritschel, L.A., Tone, E.B., Schoemann, A.M., & Lim, N.E. (*in press*). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Across Demographic Groups. *Psychological Assessment*. doi:10.1037/pas0000099
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de Regulación Emocional. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross y John, 2003)*. Madrid.
- Rohrbeck, C., Azar, S., & Wagner, P. (1991). Child Self-Control Rating Scale: Validation of a child self-report measure. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 179-183.

- Rosenbaum, M., & Baker, E. (1984). Self-control behavior in hyperactive and non hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *12*, 303-318.
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., Hershey, K.L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at 3-7 years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, *72*, 1394-1408.
- Ruganci, R., & Gencöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 442-455.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviors: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, *42*, 491-502.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M.T., Rucker, L., & Mennin, D.S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 469-480. doi:10.1007/s10608-006-9055-4
- Samoilov, A., & Goldfried, M.R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 373-385. doi:10.1093/clipsy.7.4.373
- Sarıtaş-Atalar, D., Gençöz, T., & Özen, A. (2015). Confirmatory factor analyses of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. *European Journal of Psychological Assessment*, *31*, 12-19.
- Sardinero, E., Pedreira, J.L & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y salud* ; *8*,

447-480.

Schachar, R.J., Tannock, R., & Logan, G.D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 13*, 721-739.

Schafer, J.L., & Graham, J. (2002). Missing Data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods, 7*, 147-177.

Schmitt, K., Gold, A., & Rauch, W.A. (2012). [Deficient adaptive regulation of emotion in children with ADHD]. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie, 40*, 95-102.. doi:10.1024/1422-4917/a000156

Scime, M., & Norvilitis, J.M. (2006). Task performance and response to frustration in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 43*, 377-386. doi:10.1002/pits.20151

Seidman, E., Allen, L., Aber, J.L., Mitchell, C., & Feiman, J. (1994). The impact of school transitions in early adolescence on the self -system and perceived social context of poor urban youth. *Child Development, 65*, 507-522.

Seligowski, A.V, Lee, D.J., Bardeen, J.R., & Orcutt, H.K. (2014). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*, 1-16. doi:10.1080/16506073.2014.980753

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry, 171*, 276-293. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070966

Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J.J. (2011). Emotion- regulation choice. *Psychological Science, 22*, 1391-1396. doi:10.1177/0956797611418350

Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children. The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology, 33*, 906-916.

- Sighinolfi, C., Norcini, A., & Rocco, L. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): The Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale, 16*, 141-170.
- Silk, J.S., Siegle, G.J., Whalen, D.J., Ostapenko, L.J., Ladouceur, C.D., & Dahl, R.E. (2009). Pubertal changes in emotional information processing: pupillary, behavioral, and subjective evidence during emotional word identification. *Development and Psychopathology, 21*, 7-26. doi:10.1017/S0954579409000029
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence, 25*, 478-496.
- Sineiro, C., & Paz, M.(2007). Labilidad emocional/afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Psicothema, 19*, 627-633.
- Skirrow, C., McLoughlin, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics, 9*, 489-503. doi:10.1586/ern.09.2
- Snow, N.L., Ward, R.M., Becker, S.P., & Raval, V.V. (2013). Measurement invariance of the Difficulties in Emotion Regulation Scale in India and the United States. *Journal of Educational and Developmental Psychology, 3*, 147-157.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., ... Faraone, S.V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 51*, 915-923. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x
- Soenke, M., Hahn, K.S., Tull, M.T., & Gratz, K.L. (2010). Exploring the relationship between child abuse and analogue generalized anxiety disorder: the mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 401-412.

- Sonuga-Barke, E.J. Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., ... Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong (2013). European ADHD Guidelines Group: Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments, *The American Journal of Psychiatry*, *170*, 275-289.
- Southam-Gerow, M., & Kendall, P.C. (2002). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 319-327.
- Spencer, T.J., Faraone, S.V, Surman, C.B.H., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., ... Biederman, J. (2011). Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: A controlled study. *Postgraduate Medicine*, *123*, 50-59. doi:10.3810/pgm.2011.09.2459
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., & Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence: The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, *16*, 47-58. doi:10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x
- Steinhausen, H.C. (2009). The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*, 392-399. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01446.x
- Stepp, S.D., Scott, L.N., Morse, J.Q., Nolf, K.A., Hallquist, M.N., & Pilkonis, P.A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 657-666. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.006
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychological Medicine*, *39*, 1237-1245.

- Surman, C.B.H., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C.A., Petty, C.R., & Faraone, S.V. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *168*, 617-623. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10081172
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, *197*, 103-111. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Tamres, L.K., Janicki, D., & Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, *6*, 2-30.
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A.C., Warnke, A., & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *2*, 267-289. doi:10.1007/s12402-010-0040-0
- Thompson, R.A. (1994a). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 25-52.
- Thompson, R.A. (1994b). The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 25-52.
- Thompson, R.A., & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: Emotion regulation in high risk children. *Development and Psychopathology*, *8*, 163-182.
- Thompson, R.J., Dizen, M., & Berenbaum, H. (2009). The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability. *Journal of Research in Personality*, *43*, 875-879. doi:10.1016/j.jrp.2009.07.006
- Thurstone, L.L. & Thurstone, T.G. (1941). Factorial studies of intelligence. *Psychometric Monografie*, *2*. Chicago: University of Chicago Press

- Thurstone, L.L. & Yela, M. (1985). *CARAS-Percepción de diferencias [CARAS-Perception of differences]*. Buenos Aires: TEA Ediciones.
- Tomás, J.M., Galiana, L., Hontangas, P., Oliver, A., & Sancho, P. (2013). Evidencia acumulada sobre los efectos de método asociados a ítems invertidos. *Psicológica*, *34*, 365-381.
- Tull, M.T., Barrett, H.M., McMillan, E.S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion-regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, *38*, 303-313.
- Valera, E.M., Faraone, S.V, Murray, K.E., & Seidman, L.J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *61*, 1361-1369. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.011
- Van Eck, K., Ballard, E., Hart, S., Newcomer, A., Musci, R., & Flory, K. (*in press*). ADHD and Suicidal Ideation: The Roles of Emotion Regulation and Depressive Symptoms Among College Students. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054713518238
- Vandenberg, R., & Lance, C. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Reserch Methods*, *3*, 4-69.
- Villemonteix, T., Purper-Ouakil, D., & Romo, L. (*in press*). [Is emotional dysregulation a component of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)?]. *L'Encephale*. doi:10.1016/j.encep.2013.12.004
- Volk, H.E., & Todd, R.D. (2007). Does the Child Behavior Checklist juvenile bipolar disorder phenotype identify bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, *62*, 115-112.
- Walcott, C.M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *33*, 772-782. doi:10.1207/s15374424jccp3304\_12

- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, *128*, 118-150.
- Webb, T., Miles, P., & Sheeran, E. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, *138*, 775-808.
- Wechsler, D. (2003a). *Wechsler intelligence scale for children—Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio: Author.
- Wechsler, D. (2003b). *WISC-IV. Wechsler intelligence scale for children*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2005). *Manual de aplicación y corrección del WISC-IV*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV. Manual técnico y de interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Weinberg, A., & Klonsky, D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, *21*, 616-621.
- Weiss, N.H., Gratz, K.L., & Lavender, J.M. (*in press*). Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Difficulties in the Regulation of Positive Emotions: The DERS-Positive. *Behavior Modification*. doi:10.1177/0145445514566504
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2006). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, *8*, 162-169.
- Willcutt, E.G., Nigg, J.T., Pennington, B.F., Solanto, M.V, Rohde, L.A., Tannock, R., ... Lahey, B.B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*, 991-1010. doi:10.1037/a0027347

- Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L., & Katusic, S.K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53, 1036-1043. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-816. doi:10.1016/j.paid.2004.06.005
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zeman, J., & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957-973.
- Zeman, J., Shipman, K., & Penza-Clyve, S. (2001). Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25, 187-205.
- Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., Pearlstein, T (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 793-798.

## 8. Anexos

### Anexo A: Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

<b>296.99 (F34.8)</b>
<p><b>A.</b> Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad y duración son desproporcionadas a la situación o provocación.</p> <p><b>B.</b> Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.</p> <p><b>C.</b> Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.</p> <p><b>D.</b> El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por parte de otras personas.</p> <p><b>E.</b> Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A - D.</p> <p><b>F.</b> Los criterios A y D están presentes al menos en dos de los tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con sus pares) y son graves al menos en uno de ellos.</p> <p><b>G.</b> El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.</p> <p><b>H.</b> Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años.</p> <p><b>I.</b> Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como ocurre en el contexto de un acontecimiento altamente positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.</p> <p><b>J.</b> Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno depresivo mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del espectro autista, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno depresivo persistente). Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el Trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente o trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, incluyendo el trastorno depresivo mayor, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta y trastornos de uso de sustancias. Las personas cuyos síntomas cumplen criterios tanto del trastorno por desregulación emocional disruptiva como del trastorno negativista desafiante deben ser únicamente diagnosticadas de trastorno por desregulación emocional disruptiva. Si un individuo ha experimentado un episodio maniaco o hipomanía, el diagnóstico de trastorno por desregulación emocional disruptiva no debe ser realizado.</p> <p><b>K.</b> Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica o neurológica.</p>

## Anexo B: Criterios diagnósticos DSM-5 para el TDAH

314.01 (F90.0)

A: Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requieren un mínimo de cinco síntomas.
  - ✓ Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
  - ✓ Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
  - ✓ Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
  - ✓ Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
  - ✓ Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
  - ✓ Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
  - ✓ Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
  - ✓ Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
  - ✓ Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
2. **Hiperactividad e impulsividad:** seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad) se requiere un mínimo de cinco síntomas.
  - ✓ Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
  - ✓ Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
  - ✓ Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.
  - ✓ Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
  - ✓ Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
  - ✓ Con frecuencia habla excesivamente.
  - ✓ Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
  - ✓ Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
  - ✓ Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

<b>314.01 (F90.0)</b>
<b>B.</b> Algunos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de la edad de 12 años.
<b>C.</b> Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más contextos
<b>D.</b> Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
<b>E.</b> Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental

## Anexo C: Criterios diagnósticos DSM-5 para el TND

<b>313.81 (F91.3)</b>
<p><b>A.</b> Un patrón de enfado /irritabilidad , discusiones /actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea el hermano.</p> <p><i>Estado de ánimo Irritable/enojado</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. A menudo pierde la calma.</li><li>2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.</li><li>3. A menudo está enfadado y resentido.</li></ol> <p><i>Comportamiento argumentativo/ desafiante</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y adolescentes.</li><li>5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.</li><li>6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.</li><li>7. A menudo culpa a otros por sus errores o su mal comportamiento.</li></ol> <p><i>Vengativo</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos 6 meses. Nota: La persistencia y la frecuencia de estos comportamientos deben utilizarse para distinguir un comportamiento que está dentro de los límites normales de un comportamiento que es sintomático. Para niños menores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir en casi todos los días durante un período de al menos 6 meses a menos que se indique lo contrario (criterio A8). Para las personas de 5 años o más, el comportamiento debe ocurrir por lo menos una vez por semana durante al menos 6 meses (como criterio). Mientras que estos criterios de frecuencia proporcionan orientación sobre un nivel mínimo de frecuencia para definir los síntomas, otros factores deben también considerarse, tales como que la frecuencia e intensidad de los comportamientos estén fuera de un rango que es normativo para el nivel de desarrollo de la persona, género y cultura.</li></ol>
<p><b>B.</b> Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (por ejemplo, familia, grupo de pares, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p>
<p><b>C.</b> Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.</p>

**Anexo D: Cuestionario sociodemográfico**

Fecha de administración:	Nº caso:
<b>A CONTINUACIÓN NECESITO QUE CONTESTES A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TI. SÉ SINCERO, RECUERDA QUE ES ANÓNIMO (NO TIENES QUE PONER TU NOMBRE EN NINGÚN LUGAR)</b>	
NOMBRE DEL COLEGIO O INSTITUTO: PÚBLICO <input type="checkbox"/> /PRIVADO <input type="checkbox"/> /CONCERTADO <input type="checkbox"/>	
CURSO:	
SEXO: FEMENINO <input type="checkbox"/> / MASCULINO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año):	
<b>TU</b> HAS NACIDO EN : España <input type="checkbox"/> , Marruecos <input type="checkbox"/> , Pakistán <input type="checkbox"/> , América Latina <input type="checkbox"/> , China <input type="checkbox"/> , Filipinas <input type="checkbox"/> , Otras <input type="checkbox"/> (escríbela):.....	
<b>TU MADRE</b> HA NACIDO EN : España <input type="checkbox"/> , Marruecos <input type="checkbox"/> , Pakistán <input type="checkbox"/> , América Latina <input type="checkbox"/> , China <input type="checkbox"/> , Filipinas <input type="checkbox"/> , Otras <input type="checkbox"/> (Escríbela):.....	
<b>TU MADRE</b> ESTUDIÓ hasta: Primaria <input type="checkbox"/> , Secundaria (BUP o FP) <input type="checkbox"/> , Universidad <input type="checkbox"/>	
<b>TU MADRE</b> TRABAJA? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> . Ahora trabaja como.....	
<b>TU PADRE</b> HA NACIDO EN : España <input type="checkbox"/> , Marruecos <input type="checkbox"/> , Pakistán <input type="checkbox"/> , América Latina <input type="checkbox"/> , China <input type="checkbox"/> , Filipinas <input type="checkbox"/> , Otras <input type="checkbox"/> (escríbela):.....	
<b>TU PADRE</b> ESTUDIÓ hasta: Primaria <input type="checkbox"/> , Secundaria (BUP o FP) <input type="checkbox"/> , Universidad <input type="checkbox"/>	
<b>TU PADRE</b> TRABAJA? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> . Ahora trabaja como.....	
¿TIENES HERMANOS? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> Número de hermanos SI TIENES (sin contarte tú): <input type="text"/>	
¿TUS PADRES ESTÁN SEPARADOS? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	
¿TE CRIA OTRA PERSONA QUE NO ES TU MADRE O PADRE? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	
¿HAS REPETIDO CURSO ALGUNA VEZ? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	
¿HAS IDO A UN PSICÓLOGO ALGUNA VEZ? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>	
¿TOMAS ALGUNA MEDICACIÓN ... Para ayudarte a estar más calmado? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> Para ayudarte a estar más atento? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> Para ayudarte a estar menos triste? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> Por otros motivos? SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> Dime cuál:.....	

**Anexo E: Versión española para adolescentes de la DERS**

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:

1	2	3	4	5
-----	-----	-----	-----	-----
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control					
4. No tengo ni idea de cómo me siento					
5. Me cuesta entender mis sentimientos					
6. Estoy atento a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					
9. Estoy confuso sobre lo que siento					
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control					
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo					
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido					
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente					
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera					
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil					
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera					
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento					
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor					
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo					
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)					
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento					
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa					
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente					
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor					
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)					

**Anexo F: Información escrita sobre el estudio entregada a la directiva de los colegios**

TESIS

Universidad de Psicología.

Universidad Autónoma de Barcelona

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO:**

**Validación española de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en muestra adolescente.**

El presente estudio tiene como objetivo la validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Gratz, 2004) en adolescentes españoles. Es necesario contar en España con instrumentos de medida de la regulación emocional ya que numerosos estudios relacionan la baja regulación emocional con diferentes dificultades de tipo psicológico.

Entendemos como dificultades en la regulación emocional: (a) la falta de conciencia, entendimiento y aceptación de emociones; (b) la falta de acceso a estrategias en la modulación de la intensidad y /o duración de las respuestas emocionales; (c) la falta de voluntad de experimentar angustia emocional como parte de la consecución de objetivos deseados; y (d) la falta de habilidad en el compromiso de comportamientos dirigidos a una meta cuando se experimenta malestar”.

Si podemos medir la regulación emocional podremos detectar cuando esta es baja y podremos diseñar intervenciones en la comunidad de cara a poder tratarla y por tanto quizá podríamos disminuir la aparición de síntomas o dificultades de salud mental.

Para ello, es necesario que un gran número de adolescentes, chicos y chicas de entre 11 y 18 años, puedan responder a los 36 ítems de la escala. La participación que necesitamos por parte de los adolescentes es voluntaria y anónima, únicamente se requiere que respondan a los 36 ítems de la escala de tal forma que valoren si las 36 afirmaciones pueden ser aplicadas a si mismos nunca, alguna vez, bastantes veces o siempre. Al ser anónima, deberán apuntar la edad que tienen, si son mujeres y hombres y si son españoles o de otra nacionalidad, datos que debemos analizar por si existiera una relación entre estos y las puntuaciones obtenidas en la escala.

Isabel Gómez Simón

Psicóloga Clínica infanto-juvenil

Parc de Salut Mar

**Anexo G: Información escrita entregada a los padres o tutores legales de los pacientes atendidos en los CSMIJs de Ciutat Vella y Sant Martí.**

**INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA O TUTOR LEGAL:**

**ESTUDIO REGULACIÓN EMOCIONAL Y TDAH**



**Este escrito tiene la intención de informarle sobre el estudio en regulación emocional y TDAH que se está realizando en este centro y pedir su participación en el mismo.**

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad ha sido descrito como un conjunto de déficits en los aspectos cognitivos (inatención) y comportamentales (hiperactividad/impulsividad), dejando fuera las dificultades emocionales que suelen mostrar las personas que padecen el diagnóstico.

Recientes estudios consideran las dificultades en la regulación emocional como un componente básico del TDAH como lo son la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad.

Entendemos como dificultades en la regulación emocional: (a) la falta de conciencia, entendimiento y aceptación de emociones; (b) la falta de acceso a estrategias en la modulación de la intensidad y /o duración de las respuestas emocionales; (c) la falta de voluntad de experimentar angustia emocional como parte de la consecución de objetivos deseados; y (d) la falta de habilidad en el compromiso de comportamientos dirigidos a una meta cuando se experimenta angustia”.

Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la regulación de emociones en el TDAH estamos administrando un cuestionario (**escala DERS**), a adolescentes de entre 12 y 18 años diagnosticados de TDAH. Es un cuestionario que mide posibles dificultades de la persona para regular sus emociones y consiste en **36 frases** a las que el adolescente deberá responder si le pasan “casi nunca, algunas veces, la mitad del tiempo, la mayoría del tiempo o casi siempre” Por ejemplo, si cuando está molesto sabe reconocer sus emociones o si en esa situación de enfado pierde el control de su comportamiento. La duración estimada para su realización es de **10-15 minutos**.

**La participación es ANÓNIMA** las respuestas de su hijo serán tratadas estadísticamente y de forma conjunta a las del resto de participantes y de acuerdo con la ley 15/99 de protección de datos personales, se mantendrá en todo momento el anonimato de los participantes.

**La participación es VOLUNTARIA**, la negativa a participar no repercutirá de ninguna forma en el tratamiento de su hijo/a.

**Anexo H: Información escrita sobre el estudio que se entrega al paciente**

**INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE:**  
**ESTUDIO REGULACIÓN EMOCIONAL Y TDAH**



**Este escrito tiene la intención de informarte sobre el estudio en regulación emocional y TDAH que se está realizando en este centro y pedir tu participación en el mismo.**

Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la regulación de emociones en el TDAH estamos administrando un cuestionario (**escala DERS**), a adolescentes de entre 12 y 18 años diagnosticados de TDAH. Es un cuestionario que mide posibles dificultades de la persona para regular sus emociones y consiste en **36 frases** a las que deberás responder si te pasan “casi nunca, algunas veces, la mitad del tiempo, la mayoría del tiempo o casi siempre”. Por ejemplo, si cuando estás molesto sabes reconocer tus emociones o si en esa situación de enfado pierdes el control de tu comportamiento. Se tarda entre 10 y 15 minutos en rellenar.

**La participación es ANÓNIMA** tus respuestas serán tratadas estadísticamente y de forma conjunta a las del resto de participantes y de acuerdo con la ley 15/99 de protección de datos personales, se mantendrá en todo momento tu anonimato.

**La participación es VOLUNTARIA**, la negativa a participar no repercutirá de ninguna forma en tu tratamiento.

**Anexo I: Documento de consentimiento informado sobre el estudio para padres o tutores legales del participante**

NH:.....



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente documento certifica que usted entiende los objetivos del estudio “REGULACIÓN EMOCIONAL Y TDAH” y acepta voluntariamente que su hijo/a participe en el mismo.

La Sra./ el Sr. ....manifiesta que  
:

- Ha recibido y comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este estudio.
- Ha tenido la oportunidad de ampliar la información si así lo ha requerido

Firma tutor legal del participante

Firma del clínico que informa

**Barcelona, a.....de .....201...**

**Anexo J: Documento de consentimiento informado sobre el estudio para el participante**

NH:.....



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente documento certifica que entiendes los objetivos del estudio “REGULACIÓN EMOCIONAL Y TDAH” y aceptas voluntariamente participar

(Tu nombre). .....manifiesta que :

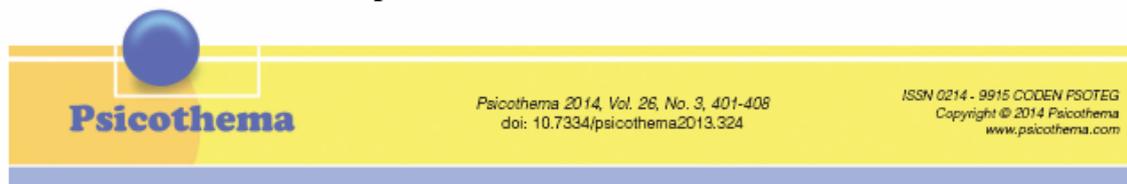
- He recibido y comprendido con claridad la información
- He tenido la oportunidad de ampliar la información si así lo he requerido

Firma del participante

Firma del clínico que informa

**Barcelona, a.....de .....201...**

Anexo K: PDF del artículo publicado



## Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents

Isabel Gómez-Simón, Eva Penelo and Nuria de la Osa  
Universitat Autònoma de Barcelona (Spain)

### Abstract

**Background:** Emotion dysregulation is a unifying dimension of several psychopathological symptoms such as prolonged dysphoria, labile mood, high anger, persistent fear and excessive worry. Deficits in emotion regulation (ER), or emotion dysregulation, appear to be relevant to the development, maintenance, and promising treatment target in a broad range of mental disorders. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) is the most comprehensive measure of emotion dysregulation to date, but the Spanish version has not been validated in adolescents. **Method:** A community sample of 642 Spanish adolescents aged 12-18 responded to the DERS. **Results:** Factor analysis suggested a six-factor solution, and strict measurement invariance across sex was achieved. Internal consistency for the subscales was moderate to satisfactory (.71-.88), except for Awareness ( $\alpha = .62$ ). We found some sex differences on subscale scores, with small effect sizes. **Conclusions:** The results obtained for the Spanish version of the DERS are promising for investigating emotion dysregulation in Spanish adolescents.

**Keywords:** Difficulties in Emotion Regulation Scale; emotional dysregulation; emotion regulation; factor structure; invariance.

### Resumen

**Estructura factorial e invariancia de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en adolescentes españoles.** **Antecedentes:** la disregulación emocional es una dimensión unificadora de varios síntomas psicopatológicos como la disforia prolongada, el humor lábil, la alta ira, el temor persistente o la preocupación excesiva. Los déficits en la regulación de la emoción (RE) o disregulación emocional parecen ser relevantes para el desarrollo, mantenimiento y un destino prometedor de tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales. La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) representa la medida más completa de RE hasta la fecha, pero la versión española no ha sido validada en adolescentes. **Método:** una muestra comunitaria de 642 adolescentes españoles entre 12 y 18 años respondió la DERS. **Resultados:** el análisis factorial sugirió una solución de seis factores y se alcanzó la invariancia estricta en función del sexo. La consistencia interna de las subescalas fue de moderada a satisfactoria (.71-.88), excepto para Conciencia ( $\alpha = .62$ ). Se hallaron algunas diferencias en las puntuaciones de las subescalas respecto al sexo, siendo los tamaños del efecto pequeños. **Conclusiones:** los resultados obtenidos para la versión española de la DERS son prometedores para la investigación de la RE en adolescentes españoles.

**Palabras clave:** Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; estructura factorial; disregulación emocional; invariancia; regulación emocional.

Over the past two decades, there has been a significant growth in the number of studies on the relationship between mental health and emotional regulation (ER) difficulties or emotional dysregulation. Different authors have posited that emotion dysregulation is a predisposing vulnerability factor in the development of most forms of psychopathology (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon, & Gómez, 2003; Bradley, 2000; Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Cole & Deater-Deckard, 2009; Gratz & Roemer, 2004; Keenan, 2000), including internalizing problems such as anxiety (Mennin, Heinberg, Turk, & Fresco, 2002) and mood disorders (Gotlib, Joormann,

Minor, & Cooney, 2006), as well as externalizing problems such as conduct disorder (Beauchine, Gazke-Koop, & Mead, 2007). Adolescence is an important developmental period for the study of associations between emotion dysregulation and psychopathology. During adolescence, both negative emotions (Larson & Lampman-Petrakis, 1989) and the variability of such emotions increases (Larson, Csikszentmihalyi, & Graef, 1980) compared to childhood and adulthood. Furthermore, the prevalence rates of internalizing (i.e., anxiety, depression) and externalizing problems (aggressive and rule-breaking behavior) rises in adolescence (Silk, Steinberg, & Morris, 2003). Nevertheless, compared to studies with children, research into emotion dysregulation in adolescence remains comparatively sparse, and one reason for this may be the limited number of available measures for adolescents (Zeman, Cassano, Perry-Parrish, & Stegall, 2006).

The growth of research in this field has been possible thanks to the desire to reach a consensus on the definition of the ER

Received: November 26, 2013 • Accepted: April 23, 2014

Corresponding author: Isabel Gómez-Simón

Dep. de Psicologia Clínica i de la Salut - Dep. de Psicologia i Metodologia de les Ciències de la Salut  
Universitat Autònoma de Barcelona

08193 Bellaterra - Barcelona (Spain)

e-mail: isabel.gomez@e-campus.uab.cat

construct that went beyond the former partial definitions. For example, some partial definitions alluded to concepts such as the ability to eliminate and avoid negative emotions (Catanzaro & Mearns, 1990) or individual differences in the ability to reflect upon and manage one's emotions (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995). Further studies of stress and coping referred to this concept by analyzing people's ability to use a wide range of coping strategies to decrease their discomfort. The available instruments based on these partial aspects include the Trait Meta Mood Scale (TMMS; Salovey et al., 1995), which has been validated in Spain (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004); The Negative Mood Regulation (NMR; Catanzaro & Mearns, 1990); The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003), which has also been validated in Spain (Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez, & Garrosa, 2006); and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), which only considers the cognitive components involved in ER.

Based on a review of the existing literature on the various conceptualizations and measurements of ER, Gratz and Roemer (2004) proposed a comprehensive definition of the construct. ER may be a multidimensional construct involving the following aspects: (a) awareness and understanding emotions, (b) acceptance of emotions, (c) ability to control impulsive behaviors and engage in goal-directed behaviors when experiencing negative emotions, and (d) ability to use situation-appropriate emotional regulation strategies flexibly to modulate emotional responses. On the basis of their integrative conceptualization of ER, Gratz and Roemer (2004) developed the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), a comprehensive measurement tool that adequately assesses both general and specific aspects of ER difficulties. The DERS is a 36-item self-report questionnaire originally comprising six scales: Awareness (lack of emotion awareness), Clarity (lack of emotional clarity), Impulse (difficulties controlling impulsive behaviors when distressed), Goals (difficulties engaging in goal-directed behaviors when distressed), Non-acceptance (non-acceptance of negative emotional responses), and Strategies (limited access to effective emotional regulation strategies).

Since its construction and subsequent validation for English-speaking adults, the DERS has been translated into several languages and applied to community samples and psychiatric patients. The scale has shown empirical support in adult samples from Korea (Cho, 2007), Germany (Ehring, Fischer, Schnülle, Bøsterling, & Tuschen-Caffier, 2008), Spain (Hervás & Jodar, 2008), Portugal (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2009), Italy (Sighinolfi, Norcini, & Rocco, 2010), Turkey (Ruganci & Gencöz, 2010), and France (Côté, Gosselin, & Dagenais, 2013). In addition, it has been used in adolescent samples from different countries: the USA (Weinberg & Klonsky, 2009), Holland (Neumann, Van Lier, Gratz, & Koot, 2010), Mexico (Marín, Robles, González, & Andrade, 2012), and Colombia (Herrera, Niño, & Caycedo, 2008).

Although the DERS has shown good psychometric properties when measuring both adults' and adolescents' ER difficulties, some doubts remain about its internal structure. Some of the aforementioned studies in European adult samples (Côté et al., 2013; Coutinho et al., 2009; Ehring, et al., 2008; Ruganci & Gencöz, 2010; Sighinolfi et al., 2010) have replicated the original six-factor structure proposed by Gratz and Roemer (2004). However, several studies have mentioned the possibility of

reducing the original six factors to five in Spain (Hervás & Jodar, 2008), the USA (Bardeen, Fergus, & Orcutt, 2012), India (Snow, Ward, Becker, & Raval, 2013), and Korea (Cho & Hong, 2013). The greatest discrepancy between studies is in the Awareness subscale. Cho and Hong (2013) claimed that Awareness and Clarity may actually be a single construct and should be pooled onto a single factor. Bardeen et al. (2012) removed Awareness because it may not represent the same higher-order ER construct as the other five DERS dimensions. Finally, in a Spanish adult sample, Hervás and Jodar (2008) proposed an internal structure based on five factors, maintaining Awareness, but pooling Impulse and Limited Strategies onto a single factor.

In studies with adolescents, confirmatory factor analysis (CFA) showed that the six-factor structure of the DERS fits the data acceptably in a Dutch community sample (Neumann et al., 2010) and in an American community (Pérez, Venta, Garnaat, & Sharp, 2012) and inpatient (Weinberg & Klonsky, 2009) samples, although some items showed factor loadings below .40 or crossloadings. However, Marín et al. (2012) failed to replicate the original six-factor structure in Mexican adolescents using both CFA and principal component analysis (PCA) and instead proposed a shorter four-factor model, in which the Impulse and Strategies items were either integrated into the remaining dimensions or removed. Nevertheless, to our knowledge, there is no published study on the internal structure of DERS among Spanish adolescents to date. Thus, it is important to provide empirical evidence on this issue for the specific population in which the test is going to be used (AERA, APA, & NCME, 1999). Regarding differential item functioning, only Neumann et al. (2010) have evaluated this point across sex and attained full weak measurement invariance (equivalence of all factor loadings), but failed to achieve full strong measurement invariance (non-equivalence of some item intercepts).

The purpose of this study is to provide evidence on factor structure and measurement invariance across sex, internal consistency, and the relationship between DERS scores and sex.

## Method

### Participants

An incidental sample of 653 adolescent students aged 12-18 from six schools from Barcelona (Spain) answered the questionnaire. Eleven were invalidated: seven by altered response patterns, three for students older than 18 and one for a participant with mental retardation. The characteristics of the final sample of 642 adolescents can be seen in Table 1.

### Instruments

*Questionnaire on sociodemographic data.* Respondents filled in an *ad hoc* questionnaire to collect sociodemographic data.

*The Spanish adolescent version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004).* The original DERS is a 36-item self-report questionnaire measuring clinically relevant aspects of ER. As mentioned above, the items were originally grouped into six subscales: Awareness (6 items), Clarity (5 items), Impulse (6 items), Goals (5 items), Non-acceptance (6 items), and Strategies (8 items). The items are scored on a 5-point Likert scale (1: *almost never*, 5: *almost always*). Subscales and

*Table 1*  
Sociodemographics of sample (N = 642)

Adolescent's age (mean; SD)		15.42 (1.69)
Sex (n; %)	Male	293 (45.6%)
	Female	349 (54.4%)
Level of education (n; %)	ESO	420 (65.4%)
	Upper-secondary	222 (34.6%)
Type of school (n, %)	Private	61 (9.5%)
	Public	53 (8.3%)
	Semi public	528 (82.2%)
Place of birth (n, %)	Spain	528 (82.4%)
	Asia	49 (7.6%)
	Latin America	48 (7.5%)
	Morocco	6 (0.9%)
	Others European countries	10 (1.6%)
Family's SES (Hollingshead, 1975) (n, %)	High	205 (33.0%)
	Medium-high	195 (31.4%)
	Medium	88 (14.1%)
	Medium-low	99 (15.9%)
	Low	35 (5.6%)

total scores are obtained by the sum of the corresponding items, after reversed when necessary, and higher scores indicate more difficulties in ER.

The scale's adaptation procedure took place using an iterative method (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013) after obtaining permission from the author. The scale was already translated into Spanish in Spain (Hervás & Jodar, 2008), Mexico (Marín et al., 2012) and Colombia (Herrera, Niño, & Caycedo, 2008), but none of these versions was completely suitable for Spanish adolescents; thus, we drew from them to yield a version adapted to Spanish youth. Two experts in clinical psychology and one psychometrist reviewed all the versions and evaluated their comprehension, as well as their semantic, linguistic, and conceptual equivalence, and after modifying and adjusting the instructions and some items, a consensus was reached. Finally, the scale was administered to a pilot sample of 15 adolescents, who were also interviewed, and opinions concerning their understanding of the instructions and the wording of the items were taken into consideration. Some minor modifications to the Spanish version of the instrument resulted from this initial test (i.e., in some items, a short explanation was added in parentheses). See Table 2.

*Table 2*  
Spanish version of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS)

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:					
1	2	3	4	5	
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)	
				1	2
				3	4
				5	
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...) [Clear about my feelings] 2. Pongo atención a cómo me siento [Pay attention] 3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control [Emotions overwhelming/out of control] 4. No tengo ni idea de cómo me siento [No idea how feeling] 5. Me cuesta entender mis sentimientos [Difficulty making sense] 6. Estoy atento a mis sentimientos [Attentive to feelings] 7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo [Know how feeling] 8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo [Care about feeling] 9. Estoy confuso sobre lo que siento [Confused about feelings] 10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...) [Acknowledge emotions] 11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera [Become angry] 12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera [Become embarrassed] 13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo [Difficulty getting work done] 14. Cuando estoy molesto, pierdo el control [Become out of control] 15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo [Remain upset] 16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido [End up depressed] 17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante [Feelings are valid and important] 18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas [Difficulty focusing] 19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control [Feel out of control] 20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente [Still get things done] 21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera [Feel ashamed] 22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor [Can find a way to feel better] 23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil [Feel weak] 24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento [Remain in control] 25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera [Feel guilty] 26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme [Difficulty concentrating] 27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento [Difficulty controlling] 28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor [Nothing I can do] 29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera [Become irritated] 30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo [Feel bad about self] 31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin) [Can only wallow] 32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento [Lose control] 33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa [Difficulty thinking about anything else] 34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente [Take time to figure out feelings] 35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor [Delayed recovery] 36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos) [Emotions overwhelming]					

### Procedure

The heads of the participating schools and the children's caregivers received a complete description of the study. All students and their parents or legal guardians were informed of the purpose of the study and the voluntary nature of their participation. They were also assured of the confidentiality of their responses and were reminded of the importance of being honest in their responses. The questionnaires were collectively administered at the schools.

### Data analysis

Previously, an analysis of missing values was performed. The item-mean substitution method was used at the scale level (Graham, 2009), rounding off to discrete values due to the low percentage of missing data (0.08%).

As previous research on factor structure of DERS is numerous, CFA was conducted with Mplus7 (Muthén & Muthén, 1998-2010), using weighted least squares means and variance (WLSMV) adjusted for the categorical data method of estimation, which handles floor and ceiling effects. First, five models were analyzed. (a) Model A: the 36-item and 6-factor model proposed by Gratz and Roemer (2004) in adults and replicated by Weinberg and Klonsky (2009) in adolescents, both in USA, using exploratory factor analysis (EFA) with the principal axis factoring method of extraction and oblique promax rotation. Based mainly on scree plot, they retained either 6 or 7 factors and concluded that the 6-factor solution was more conceptually interpretable. However, Weinberg and Klonsky (2009) found 9 items showing cross-loading, such as Item 30 (Strategies) also loading on Non-acceptance, Item 1 and 7 (Clarity) with cross-loadings on Awareness, and Item 3 (Impulse) and Item 23 (Non-acceptance) with higher or cross-loadings on Strategies. (b) Model B: proposed by Neumann et al., (2010) in Dutch adolescents using CFA; it differs from the expected Model A in that it also assumes that Item 33 (Goals) loads onto two factors (also on Strategies). (c) Model C: the 24-item and 4-factor model proposed by Marín et al. (2012) in Mexican adolescents, where the Strategies items were integrated into Non-acceptance, the Impulse items were mainly integrated into Goals, and two previous Clarity items (Item 1 and 7) were allocated on Awareness (the later aligned with Weinberg's cross-loadings results). This model was

derived from PCA and varimax orthogonal rotation; the authors firstly considered 35 items and 7 components (without mentioning extraction criteria), and after removing 11 items with low or cross-loadings, they finally retained 4 components and 24 items (non-salient loadings not shown). (d) Model D: the 28-item and 5-factor model proposed by Hervás and Jodar (2008) in Spanish adults, in which Impulse and Strategies were integrated onto a single factor labeled "Lack of control" and Item 30 was included in Non-acceptance (instead of Strategies), attending also to its content. These authors used PCA and oblique promax rotation and after failing to replicate the original 36-item and 6-factor structure, they removed 8 items with low or cross-loadings and finally retained 5 components and 28 items (loadings <.40 not shown). (e) Finally, Model E is a 28-item and 6-factor model which retains the 28 items from Hervás' Spanish adult version (Model D) but considering the original 6 factors (as in Models A and B), Impulse and Strategies remaining as separate dimensions.

Goodness-of-fit was assessed with the common fit indices (Jackson, Gillaspay, & Purc-Stephenson, 2009): Chi-square ( $\chi^2$ ), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), and root mean square error of approximation (RMSEA). The following thresholds were considered: excellent fit for CFI and TLI > .95 and RMSEA <.05 (Hu & Bentler, 1999) and moderate fit for CFI and TLI >.90 and RMSEA <.08 (Marsh, Hau, & Wen, 2004). In addition to these cutoff criteria, fit comparison among non-nested models like ours was based on  $\chi^2/df$  (Marsh, Hau, & Grayson, 2005), the smaller the better model fit.

Secondly, for the best-fitting model, measurement invariance across sex was evaluated following the common sequence (Vandenberg & Lance, 2000), as in Neumann et al. (2010). For comparisons between nested models, we considered a decrease in CFI greater than .01 as an indicator of a meaningful decrement in fit (Cheung & Rensvold, 2002).

Internal consistency of the derived scores was measured with Cronbach's alpha and mean inter-item correlation. Sex differences in scale scores were valued with Cohen's *d*.

### Results

Item mean (and standard deviation) values ranged from 1.59 to 3.98 (0.92-1.40). Median (in absolute value) of skewness was 0.87 and median of kurtosis was 0.62.

Table 3  
Goodness-of-fit indices and comparison of CFA and ESEM models

Model	Goodness-of-fit indices					Comparison	
	$\chi^2$ (df)	$\chi^2/df$	CFI	TLI	RMSEA (CI 90%)	Models	$\Delta CFI$
Multigroup baseline models (equal form across sex)							
Model A (Weinberg): CFA 36-item and 6-factor	2613.3 (1158)	2.26	.886	.875	.063 (.059; .066)		
Model B (Neumann): CFA 36-item and 6-factor	2609.9 (1156)	2.26	.886	.875	.063 (.059; .066)		
Model C (Marín): CFA 24-item and 4-factor	1492.3 (492)	3.03	.876	.860	.080 (.075; .084)		
Model D (Hervás): CFA 28-item and 5-factor	1856.0 (680)	2.73	.895	.884	.073 (.069; .077)		
Model E (Hervás modified): CFA 28-item and 6-factor	1431.4 (670)	2.14	.932	.923	.060 (.055; .064)		
Model F (Weinberg): ESEM 36-item and 6-factor	1271.3 (858)	–	.967	.952	.039 (.034; .043)		
Measurement invariance across sex for model F (ESEM)							
Model F2: F plus equal factor loadings (weak invariance)	1417.0 (1038)	–	.970	.964	.034 (.029; .038)	F2 vs. F	.003
Model F 3: F2 plus equal thresholds (strong invariance)	1520.9 (1140)	–	.970	.967	.032 (.028; .036)	F3 vs. F2	.000
Model F 4: F3 plus equal uniquenesses (strict invariance)	1584.6 (1176)	–	.968	.966	.033 (.029; .037)	F4 vs. F3	-.002

Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents

None of the five configural models evaluated with CFA across sex showed excellent fit (Table 3, top). Despite Model E fitted slightly better (CFI and TLI >.90; lowest  $\chi^2/df$ ), confidence interval for RMSEA showed overlap with respect to Model A and B, which are more complex models, meaning they all worked

similarly. Thus, we then conducted an Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM; Asparouhov & Muthén, 2009) of the 36 initial items with MPlus7 using WLSMV method of estimation and oblique geomin rotation. In so doing, we allowed the initial estimation of the factor loadings of all items in all the factors. Fit

Table 4  
Final ESEM model: Standardized factor loadings and factor correlations for girls (left) and boys (right)

Factor loadings <sup>a</sup>	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>Awareness</b>						
02. Pay attention (R)	<b>.70/.71</b>	-.13/-.12	-.01/-.01	-.06/-.04	.03/.04	.26/.26
06. Attentive to feelings (R)	<b>.70/.73</b>	-.02/-.02	-.08/-.07	.09/.07	-.05/-.05	.15/.15
08. Care about feelings (R)	<b>.58/.59</b>	-.08/-.08	-.00/-.00	.22/.17	.02/.02	-.01/-.01
10. Acknowledge emotions (R)	<b>.36/.38</b>	.01/.01	-.04/-.04	.18/.14	-.18/-.20	-.12/-.13
17. Feelings valid and important (R)	<b>.33/.34</b>	-.06/-.06	.04/.04	.19/.15	-.05/-.06	.22/.22
34. Take time to figure out feelings (R)	<b>.29/.30</b>	-.04/-.04	.08/.08	.11/.09	.05/.06	.09/.09
<b>Impulse</b>						
03. Emotions overwhelming/out of control	.02/.02	<b>.25/.25</b>	.05/.05	-.04/-.03	.15/.17	<b>.38/.38</b>
14. Become out of control	.01/.01	<b>.89/.89</b>	-.01/-.01	.02/.02	.03/.03	-.01/-.01
19. Feel out of control	-.05/-.06	<b>.73/.75</b>	.03/.03	.18/.15	-.07/-.09	-.00/-.00
24. Remain in control (R)	.20/.21	<b>-.44/-.44</b>	.16/.15	.02/.02	.03/.03	-.11/-.11
27. Difficulty controlling	.01/.02	<b>.73/.73</b>	-.03/-.03	.02/.02	.01/.01	.18/.19
32. Lose control	-.02/-.02	<b>.85/.85</b>	.02/.02	-.01/-.01	-.00/-.00	.08/.09
<b>Non-acceptance</b>						
11. Become angry	-.04/-.05	-.18/-.20	<b>.82/.81</b>	.10/.09	-.17/-.21	.04/.05
12. Become embarrassed	.01/.01	.06/.06	<b>.82/.77</b>	-.17/-.14	.05/.06	-.09/-.10
21. Feel ashamed	.02/.02	.04/.04	<b>.94/.88</b>	-.21/-.17	.01/.02	-.03/-.03
23. Feel weak	-.05/-.05	-.15/-.15	<b>.30/.29</b>	.23/.20	.08/.09	.31/.34
25. Feel guilty	-.03/-.03	-.05/-.06	<b>.81/.78</b>	-.09/-.01	-.07/-.09	.05/.06
29. Become irritated	.05/.06	.06/.06	<b>.71/.68</b>	.01/.01	-.13/-.15	.16/.17
30. Feel bad about self	.00/.00	-.05/-.05	<b>.65/.60</b>	.02/.01	.04/.05	.24/.26
<b>Goals</b>						
13. Difficulty getting work done	-.04/-.05	.02/.02	.17/.17	<b>.71/.66</b>	.00/.01	-.17/-.20
18. Difficulty focusing	.06/.08	.02/.02	.01/.09	<b>.80/.73</b>	-.01/-.01	.01/.01
20. Still get things done (R)	.34/.40	.03/.03	.02/.02	<b>-.58/-.52</b>	.20/.25	-.05/-.06
26. Difficulty concentrating	.01/.06	.06/.07	.01/.01	<b>.81/.74</b>	.08/.10	-.06/-.07
33. Difficulty thinking about anything else	.08/.10	.10/.11	-.01/-.01	<b>.70/.62</b>	.02/.03	.08/.09
<b>Clarity</b>						
01. Clear about feelings (R)	<b>.52/.55</b>	.02/.02	-.02/-.02	.07/.06	<b>-.40/-.45</b>	.06/.06
04. No idea how feeling	-.39/-.42	.06/.06	-.00/-.00	.03/.02	<b>.55/.63</b>	.02/.02
05. Difficulty making sense	-.28/-.31	.03/.03	.18/.17	.05/.04	<b>.42/.49</b>	.08/.09
07. Know how feeling (R)	<b>.60/.64</b>	.08/.08	.02/.02	-.05/-.04	<b>-.38/-.43</b>	-.04/-.04
09. Confused about feelings	-.23/-.25	-.06/-.06	.18/.17	.04/.03	<b>.40/.45</b>	.12/.12
<b>Strategies</b>						
15. Remain upset	-.00/-.00	.10/.11	-.02/-.02	.19/.16	-.01/-.01	<b>.50/.52</b>
16. End up depressed	.02/.02	.03/.03	.15/.13	-.01/-.01	.15/.16	<b>.58/.58</b>
22. Can find a way to feel better (R)	<b>.30/.32</b>	-.00/-.00	.12/.11	.02/.02	.15/.17	<b>-.52/-.54</b>
28. Nothing I can do	-.04/-.04	.10/.10	.07/.06	.09/.07	-.18/-.21	<b>.62/.66</b>
31. Can only wallow	.06/.06	.10/.10	.15/.13	.01/.01	.18/.20	<b>.29/.29</b>
35. Delayed recovery	-.07/-.08	.14/.15	.05/.05	.28/.24	.03/.04	<b>.34/.37</b>
36. Emotions overwhelming	-.00/-.00	.23/.23	.04/.04	.22/.19	.17/.20	<b>.33/.34</b>
<b>Factor correlations<sup>b</sup></b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>
F1 (Awareness)	1					
F2 (Impulse)	-.21*/.02	1				
F3 (Non-acceptance)	-.21/.25	.44**/.26**	1			
F4 (Goals)	-.19/.14	.46**/.44**	.48**/.25**	1		
F5 (Clarity)	-.02/.17	.12/.05	.40**/.42**	.21/.22*	1	
F6 (Strategies)	-.29*/-.11	.34**/.31	.52**/.58**	.50**/.33**	.21*/.36**	1

Note: Items with (R) are inverse.  
<sup>a</sup>Salient loadings are in bold; second highest loadings  $\geq .30$  onto another scale than expected are in italics when the difference with the primary expected loading is above .10. Shaded cells indicate the factor in which the scale was assigned, taken into account the content.  
<sup>b</sup>For factor correlations: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

indices for this 36-item and 6-factor ESEM model (Model F) were satisfactory (CFI and TLI > .95; RMSEA < .05).

Therefore, we selected this 36-item and 6-factor ESEM model, and weak ( $\Delta CFI = .003$ ), strong ( $\Delta CFI = .000$ ), and strict ( $\Delta CFI = -.002$ ) measurement invariance was achieved (Table 3, bottom). Fit for this final fully invariant model (Model F4 in Table 3) was satisfactory: CFI = .968; TLI = .966; RMSEA = .033.

Standardized parameters are shown in Table 4. The pattern of salient factor loadings is mostly coherent with expectations and their sign is consistent with the wording of the items. Thirty items showed factor loadings higher than .30 on their intended factors and two more items (31 and 34) almost reached this criterion (.29). Item 3 (Impulse) and Item 23 (Non-acceptance) showed cross-loadings on Strategies and Item 1 and 7 (Clarity) showed higher loadings on Awareness than in their expected factor, but all values were above .30. Finally, attending to its wording, salient loading, and contribution to internal consistency, we allocated Item 30 to Non-acceptance, like Hervás and Jodar (2008). Consistent with prior studies, Awareness tended to share small intercorrelations with the other DERS factors ( $r$ s ranging from  $-.29$  to  $.25$ ), whereas the greatest factor correlation was between Non-acceptance and Strategies ( $r = .58$  for males and  $r = .52$  for females).

All DERS scale scores also had adequate internal consistency (Table 5, left), except Awareness ( $\alpha = .62$ ; mean inter-item  $r = .22$ ). No sex differences were found for Awareness, Impulse, Non-acceptance, Goals, and the total score, whereas females reported slightly higher levels of lack of Clarity and limited Strategies, although effect sizes were small (Cohen's  $d \leq 0.23$ ) (Table 5, right).

#### Discussion

Findings from CFAs revealed that our proposal to keep the 28 items from the Spanish adult version by Hervás and Jodar (2008) but allocating them into the six original factors, as in previous adolescent samples (Neumann et al., 2010; Weinberg & Klonsky, 2009), showed slightly better but insufficient fit than the other models analyzed. Thus, we switched to an exploratory approach using ESEM and we obtained six highly interpretable factors, as most of the items loaded clearly on their expected factors. The four most problematic items worked similarly in Weinberg and Klonsky's EFA results. And even Marín et al. (2012) allocated two of them (Clarity items 1 and 7) to a different component (Awareness) based on PCA. However, we decided to maintain them in their original factor (Gratz & Roemer, 2004), because they both

also loaded above .30 and contributed to the internal consistency of their expected scale ( $\alpha$  if item removed would drop to  $<.70$ ).

Our findings also suggest that Impulse and Strategies are distinguishable dimensions, since factor correlation was moderate ( $r = .31$  for males and  $r = .34$  for females), in contrast to the proposal by Hervás and Jodar (2008), who unified both into a single factor labeled "Loss of control". Likewise, in contrast to the proposal by Cho and Hong (2013), who pooled Awareness and Clarity, the factor correlation between both was very low ( $r \leq .177$ ), indicating that there is no single underlying construct.

In relation to the proposal by Bardem et al. (2012), who removed Awareness because it may not represent the same higher-order ER construct as the other five DERS dimensions, we believe that this construct has a longstanding tradition in the literature, and there are even questionnaires dedicated specifically to it (i.e., Emotional Awareness Questionnaire; Rieffe et al., 2007, "Lack of Emotional Awareness" scale of the Emotion Expression Scale for Children; Penza-Clyve, & Zeman, 2002). However, this scale score showed low internal consistency, whereas the remaining scale scores were adequately reliable, as previously found in adults (Gratz & Roemer, 2004; Marín et al., 2012) and adolescents (Neumann et al., 2010; Weinberg & Klonsky, 2009).

Furthermore, strict factorial invariance across sex was found. To date, only one study has analyzed it in a sample of adolescents (Neumann et al., 2010), achieving full strong invariance for only three of the six subscales: Clarity, Impulse, and Strategies. Evidence of measurement invariance suggests that sex differences in mean levels can be attributed to true differences in self-reports of ER difficulties. There were no differences between males and females on the overall DERS scores, whereas differences for some subscales were found, effect sizes being small or almost null. Previous studies reporting sex differences on DERS scores (Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jodar, 2008; Neumann et al., 2010; Weinberg & Klonsky, 2009) also found small effect sizes (Cohen's  $d < 0.50$  in absolute value).

Although emotion dysregulation has predominantly been researched with adults, recent studies have begun to demonstrate the utility of these measures with younger samples (Marín et al., 2012; Neumann et al., 2010; Weinberg & Klonsky, 2009). The reason behind the low number of studies on the subject in Spain compared to, for example, the United States especially might be the lack of a suitable measuring instrument. However, our study does have some limitations: we used an incidental sample; thus, further studies in Spain should assess the adequacy of our proposal

Table 5  
Internal consistency and means (and standard deviations) for DERS scale scores among females ( $n = 349$ ) and males ( $n = 293$ )

Scale	Cronbach's $\alpha$ (mean inter-item correlation)	No. items (minimum + maximum)	Overall	Females	Males	Comparison (Cohen's $d$ effect size)
Awareness	.62 (.22)	6 (6 + 30)	16.07 (4.39)	15.84 (4.27)	16.34 (4.52)	-0.12
Impulse	.81 (.42)	6 (6 + 30)	12.80 (5.35)	12.43 (5.23)	13.24 (5.47)	-0.15
Non-acceptance	.84 (.44)	7 (7 + 35)	14.02 (6.18)	14.12 (6.26)	13.90 (6.10)	0.04
Goals	.80 (.44)	5 (5 + 25)	14.91 (5.05)	15.03 (5.25)	14.76 (4.81)	0.05
Clarity	.71 (.34)	5 (5 + 25)	9.98 (3.68)	10.37 (3.89)*	9.52 (3.37)*	0.23
Strategies	.77 (.32)	7 (7 + 35)	14.94 (5.59)	15.45 (5.72)*	14.32 (5.37)*	0.20
Total score	.88 (.17)	36 (36 + 180)	82.72 (19.40)	83.23 (20.66)	82.10 (17.78)	0.06

\*  $p < .05$  between means for male and female participants

in random samples; further research is also needed to analyze the relationship between DERS and other measures (convergent validity). Nevertheless, to our knowledge, this is the first study conducted in Spain using the DERS to assess ER in an adolescent sample.

Our results are added to those already published about the DERS. With our study, we hope to provide promising data about the feasibility of using the instrument with adolescents in our country and thus contribute to a better understanding of the ER construct and its relationship with different mental disorders. From the treatment standpoint, an appropriate instrument to measure

ER could help to identify groups at high risk for preventive interventions and to develop preventive strategies for Spanish adolescents.

#### Acknowledgments

We thank the participating schools and students. Appreciation is also expressed to Dr. C. Viladrich.

This work is part of I. Gómez-Simón PhD thesis at the Universitat Autònoma de Barcelona, within the program Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut.

#### References

- AERA (American Educational Research Association), APA (American Psychological Association), & NCME (National Council on Measurement in Education) (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: AERA.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling, 16*, 397-438.
- Bardeen, J., Fergus, T., & Orcutt, H. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*, 382-392.
- Beauchine, T.P., Gazke-Koop, L., & Mead, H.K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology, 74*, 174-184.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H., Vernon, L.L., & Gómez, J.J. (2003). A taxonomy of mental disturbances. *Clinical Psychology: Sciences and Practice, 10*, 206-226.
- Bradley, S.J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford.
- Catanzaro S.J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment, 54*, 546-563.
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 9*, 233-255.
- Cho, Y. (2007). Assessing emotion dysregulation: Psychometric properties of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Korean Journal of Clinical Psychology, 26*, 1015-1038.
- Cho, Y., & Hong, S. (2013). The new factor structure of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (K-DERS) incorporating method factor. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 46*, 192-201.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., & Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*, 1-10.
- Cole, P.M., & Deater-Deckard, K. (2009). Emotion regulation, risk, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 1327-1330.
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale [Psychometric properties of a French version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 23*, 63-72.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2009). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*, 145-151.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences, 44*, 1574-1584.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.
- Gamefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Gotlib, I.H., Joormann, J., Minor, K.M., & Cooney, R.E. (2006). Cognitive and biological functioning in children at risk for depression. In T. Canli (Ed.), *Biology of personality and individual differences* (pp. 353-382). New York: Guilford.
- Graham, J.W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology, 60*, 549-576.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 2348-2362.
- Herrera, Y., Niño, M., & Caycedo, C. (2008). *Validación de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)* [Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)]. Unpublished Doctoral Thesis. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Hervás, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [The Spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Clínica y Salud, 19*, 139-156.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Jackson, D.L., Gillaspay, J.A., & Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychological Methods, 14*, 6-23.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Sciences and Practice, 7*, 418-434.
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R. (1980). Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 9*, 469-490.
- Larson, R., & Lampman-Petrakis, C. (1989). Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Development, 60*, 1250-1260.
- Marsh, H.W., Hau, K.-T., & Grayson, D. (2005). Goodness of fit in structural equation models. In A. Maydeu-Olivares & J.J. McArdle (Eds.), *Contemporary psychometrics*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Marsh, H.W., Hau, K.T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values

- for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, *11*, 320-341.
- Marín, M., Robles, R., González, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos [Psychometric properties of the scale "Difficulties in Emotion Regulation" in Spanish (DERS-E) for Mexican adolescents]. *Salud Mental*, *35*, 521-526.
- Mennin, D.S., Heinberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2002). Applying an emotion regulation frameworks to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 85-90.
- Muliz, J., Elosua, P., & Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: Second edition]. *Psicothema*, *25*, 151-157.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (1998-2010). *Mplus User's Guide*. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Neumann, A., Van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, *17*, 138-149.
- Penza-Clyve, S., & Zeman, J. (2002). Initial validation of the Emotion Expression Scale for Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 540-547.
- Rérez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The difficulties in emotion regulation scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescents inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*, 393-404.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K.V., Cowan, C., Miers, A.C., & Toland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, *43*, 95-105.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de Regulación Emocional. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross & John, 2003)* [Emotional Regulation Questionnaire. Spanish version. Authorized by the authors of the original English version (Gross & John, 2003)]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ruganci, R., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 442-455.
- Sakovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Sighinolfi, C., Norcini, A., & Rocco, L. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): The Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale*, *16*, 141-170.
- Silk, J.S., Steinberg, L., & Morris, A.S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behaviour. *Child Development*, *74*, 1869-1880.
- Snow, N.L., Ward, R.M., Becker, S.P., & Raval, V.V. (2013). Measurement invariance of the Difficulties in Emotion Regulation Scale in India and the United States. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, *3*, 147-157.
- Vandenberg, R., & Lance, C. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, *3*, 4-69.
- Weinberg, A., & Klonsky, D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, *21*, 616-621.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C.M.A., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *27*, 155-168.

