

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Intervención Basada en Entrenamiento Mindfulness como  
Tratamiento Psicológico para el Trastorno por Déficit de  
Atención con Hiperactividad en Adolescentes  
Proyecto de Investigación**

**Ivana Cristina Carrión Silva**

**Psicología Clínica**

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

Quito, 13 de diciembre de 2017

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Intervención Basada en Entrenamiento Mindfulness como Tratamiento  
Psicológico para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en  
Adolescentes**

**Ivana Cristina Carrión Silva**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

---

María Gabriela Romo Barriga, PhD

Firma del profesor

---

Quito, 13 de diciembre de 2017

### **Derechos de Autor**

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

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

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Ivana Cristina Carrión Silva

Código: 00107226

Cédula de Identidad: 1717416406

Lugar y fecha: Quito, 13 de diciembre de 2017

## RESUMEN

**Antecedentes:** El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que presenta problemas de comportamiento, resultando en patrones de hiperactividad, impulsividad e inatención. Su prevalencia a nivel mundial es entre el 3 y 10% en la población general (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015). Es uno de los desórdenes más frecuentes en la infancia, con alteración en la regulación emocional y en las funciones ejecutivas. Afecta al individuo en su funcionamiento social, ocupacional, y académico. Es por ello por lo que se buscó una alternativa de terapia que acuda a las necesidades de manera integral, siendo el entrenamiento *mindfulness* una opción ideal para conseguir la meta requerida. Pocos estudios han investigado a terapias que involucran al *mindfulness* con el TDAH y en el Ecuador no se han realizado investigaciones. **Metodología:** Se utilizó una muestra compuesta por 20 estudiantes de colegio en Quito, entre 11 y 15 años, y los dos padres de cada estudiante (40 padres en total), con un total de 60 participantes. Se aplicó *mindfulness* al grupo de adolescentes en un programa de 8 semanas. Al mismo tiempo, “*mindful parenting*” fue aplicado al grupo de padres. **Resultados:** Los resultados se basaron en la revisión de la bibliografía y el análisis comprehensivo de los resultados del experimento. **Conclusiones:** Después del programa de ocho semanas, en cada participante adolescente y sus padres se espera una reducción significativa de los síntomas del TDAH, mejora en las funciones ejecutivas, atención y alerta *mindful*. Por tanto, se reducen los riesgos que conllevan el TDAH y consecuencias a largo plazo, comprobando que el *mindfulness* tiene efectos positivos para el TDAH (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Atención, Hiperactividad, TDAH, *Mindfulness*, Adolescentes

## ABSTRACT

**Background:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that presents behavioral problems, resulting in patterns of hyperactivity, impulsivity and inattention. Its prevalence worldwide is found between 3 and 10% of the general population (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015). It is one of the most frequent disorders in childhood, with deficits in emotional regulation and in executive functions, affecting the individual in their social, occupational, and academic functioning. The present study sought an alternative therapy that meets the needs of the individual in an integral way, *mindfulness* training being an ideal option to achieve the required goal. Few studies have investigated therapies that involve *mindfulness* with ADHD and in Ecuador there have been no investigations. **Methodology:** A sample composed of 20 high school students was used in Quito, between 11 and 15 years old, and both parents of each student (40 parents in total), with a total of 60 participants. *Mindfulness* was applied to the group of adolescents in an eight-week program. At the same time “*mindful parenting*” was applied to the group of parents. **Results:** The results were based on the literature review and comprehensive analysis of the results of the study. **Conclusions:** After the eight-week program, a significant reduction of ADHD symptoms, improvement in executive functions, *mindful* alertness and attention is expected in each adolescent participant and their parents, therefore, the risks associated with ADHD are reduced and long-term consequences, proving that *mindfulness* has positive effects for ADHD (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

**Keywords:** Attention Deficit Hiperactivity Disorder, Attention, Hyperactivity, ADHD, *Mindfulness*, Adolescents

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Revisión de la literatura.....</b>	<b>12</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>35</b>
<b>Resultados esperados.....</b>	<b>40</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>44</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....</b>	<b>58</b>

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que consiste en patrones de inatención, hiperactividad e impulsividad, que interfieren con el desarrollo o funcionamiento, según el Manual de Diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-V, 2013). Es de los trastornos más frecuentes en la infancia, también se observa en la adolescencia y comúnmente persiste en la adultez. En pacientes se presentan déficits en las funciones ejecutivas y regulación emocional, por lo que afecta el individuo en su funcionamiento social, académico y ocupacional (Barkley, 2015).

El TDAH es muy común en la actualidad y se diagnostica con frecuencia alrededor del mundo (Attention-Deficit, S. O., 2011). Los datos de la Asociación de Psiquiatría y otras investigaciones indican que “entre el 3 y 10% de la población general presenta este trastorno” (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015). Según un estudio reciente realizado en la ciudad de Quito en estudiantes adolescentes entre 14 y 18 años con TDAH, la prevalencia fue de 7.3% para el trastorno de tipo combinado, 6.5% para el subtipo inatento y 2.85% en el subtipo hiperactivo-impulsivo (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015).

En la última década, se han realizado estudios e investigaciones acerca de posibles tratamientos para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Barkley & Mashley, 2017). Algunos modelos de terapia han demostrado eficacia para el tratamiento del trastorno, como el tratamiento farmacológico acompañado de la terapia cognitiva conductual (Barkley, 2015). Este estudio se enfoca en encontrar una alternativa de terapia que ayude a mejorar en los síntomas predominantes del TDAH como las deficiencias en las funciones ejecutivas y desregulación emocional en adolescentes con el apoyo de sus padres. Uno de los enfoques de terapia que Russell Barkley y algunos autores sugieren para el tratamiento del TDAH son las

intervenciones basadas en “*Mindfulness*” (atención plena), considerándolo un método que se puede emerger con la terapia cognitiva conductual (Barkley, 2015, Forcadell, 2016). El *mindfulness* se relaciona con la atención y la conciencia al momento presente, y puede desarrollarse a través de la meditación, según el creador John Kabat-Zinn. Él lo define como “la conciencia que emerge mediante prestar atención a propósito, en el momento presente, y libre de juicios a al desdoble de la experiencia momento a momento” (Kabat- Zinn, 2003).

Estudios han descubierto que intervenciones relacionadas al *mindfulness* pueden obtener resultados positivos en tratamientos del TDAH debido a su efecto a nivel cognitivo sobre las funciones ejecutivas tales como la memoria de trabajo, la atención y la inhibición (Forcadell, 2016). Adicionalmente, la terapia *mindfulness* se ha mostrado eficaz en el tratamiento de ansiedad y depresión, ayudando a la regulación emocional, lo cual necesitan los individuos que sufren del trastorno (Hoffmann, 2010).

La razón que da uno de los estudios para aplicar esta terapia al TDAH en adolescentes incluye la necesidad de tratar los síntomas de inatención e impulsividad que afectan al comportamiento, asociados con déficits neurocognitivos de inhibición y atención, y dificultades que resultan en estrés, depresión y ansiedad (Zylowska, 2008). Además de aplicar entrenamiento *mindfulness* en niños y adolescentes, estudios han incluido a los padres en el tratamiento con la intervención *Mindful Parenting*, la cual puede ayudar a los padres a prestar atención a sus hijos y a su forma de crianza de una forma diferente, libre de juicios, aumentando la conciencia al momento presente y reduciendo las reacciones negativas hacia ellos, mejorando así los síntomas del TDAH (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin & Bögels, 2012).

A continuación, se presentarán los antecedentes que conducen al desarrollo del estudio, incluyendo la historia del trastorno, el problema, la pregunta de investigación, y el propósito del estudio. Seguido de esto, se detallará la revisión de la literatura sobre los temas relevantes, la metodología para realizar la investigación, y las discusiones y conclusiones pertinentes al estudio.

## **Antecedentes**

### **La historia del TDAH: Una breve reseña.**

A través de la historia, se han propuesto varias teorías explicando el TDAH y evidenciando investigaciones, de las cuales algunas muy importantes fueron en el siglo pasado. Estos descubrimientos marcaron la historia del TDAH ya que fue evolucionando durante su trayectoria, siendo una condición altamente estudiada hasta la actualidad. Comenzando con evidencia literaria de individuos con problemas de atención, síntomas de hiperactividad y poco control de impulsos, Shakespeare hizo una “referencia a una dama de atención en su obra Enrique VIII” (Mash & Barkley, 2003). En 1902, Still propone el “defecto de control moral”, el cual lo caracteriza como un desorden de pobre control inhibitorio, agresividad, actividad excesiva, inatención, comportamiento desafiante, entre otros (González & Villamizar, 2010). Más adelante, Douglas (1972) plantea su teoría de atención deficiente, además de una falta de inhibición, e hiperactividad, con una perspectiva hacia el TDAH como un déficit “sensible a refuerzos o a conducta regida por reglas” (Mash & Barkley, 2003). Tras las investigaciones de Douglas, en los años 80 el “Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” llegó a la Asociación Americana de Psiquiatría al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III y fue el comienzo de su trayecto en las diferentes versiones hasta la actualidad, en el

DSM-V (González & Villamisar, 2010). Con el paso del tiempo, Quay (1997) propuso que el TDAH está relacionado a un déficit en el sistema de inhibición del comportamiento del cerebro (Mash & Barkley, 2003). En los años 90, Barkley realizó extensas investigaciones y publicaciones acerca del TDAH en adultos y niños, lo cual ha continuado hasta la actualidad, entre las cuales está su teoría sobre las funciones ejecutivas y como estas se afectan en el trastorno. A pesar de haber diversos autores dentro del marco histórico del TDAH, varios concuerdan en que es un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas varían en el transcurso del tiempo y se mantienen en la adultez. Más adelante, se detallará la historia del TDAH desde sus inicios (González & Villamisar, 2010).

### **Pregunta de Investigación**

¿Cómo y hasta qué punto una intervención psicológica basada en *Mindfulness* influye en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en adolescentes?

### **Propósito del Estudio**

El objetivo del estudio es comprobar la eficacia de una intervención basada en *mindfulness* como un tratamiento alternativo para contrarrestar los síntomas del TDAH en adolescentes en una población ecuatoriana. El propósito de investigar esta propuesta es encontrar resultados de mejoría para los síntomas reflejados en el TDAH, lo cual ha sido levemente investigado en Los Estados Unidos con resultados prometedores, impulsando la necesidad de realizar investigaciones con muestras más amplias y resultados efectivos (Forcadell, 2016).

### **El significado del estudio**

Hasta la actualidad, no se han realizado estudios en el Ecuador utilizando al *mindfulness* como parte del tratamiento para el TDAH y existen pocas investigaciones con una población adolescente a nivel mundial. Se considera que esto podría ser útil para ámbitos terapéuticos, escolares y familiares, en vista de que hay una falta de tratamiento para adolescentes que padecen este trastorno y deben ser atendidos. Adicional a esto, se considera que la intervención basada en *mindfulness* es práctica y de una duración relativamente corta, lo cual es conveniente para obtener resultados de manera más rápida y efectiva.

A continuación, se presenta la Revisión de la Literatura dividida en tres temas principales: el TDAH y su historia, pruebas de diagnóstico y criterio del DSM-V; el Mindfulness, su historia, tratamientos y aplicaciones; y por último las investigaciones que han relacionado al mindfulness con el TDAH en niños y adolescentes. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, y las conclusiones y discusión.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Fuentes**

La información que se utilizará proviene de libros populares, revistas indexadas (peer review journals), artículos académicos y trabajos de investigación. Se accedió a la información a través de bases de datos como EBSCO y Google Académico y ResearchGate. Las palabras clave que se utilizaron fueron: trastorno por déficit de atención, TDAH, historia, pruebas de diagnóstico, tratamientos psicológicos para el TDAH, entrenamiento para padres, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva conductual, mindfulness, efectividad de mindfulness.

### **Formato de la Revisión de la Literatura**

La revisión de la literatura se realizará por temas, comenzando por la historia del TDAH, el criterio diagnóstico según el DSM-V, las pruebas de diagnóstico, los tratamientos psicológicos para el TDAH que han demostrado mayor eficacia, la historia del mindfulness, sus aplicaciones, y finalmente se revisará el mindfulness aplicado en el TDAH en niños, adolescentes y adultos.

### **TDAH**

#### **Historia del TDAH**

El concepto del TDAH evolucionó de forma gradual, y continúa siendo un diagnóstico que se presenta en niños y adultos con problemas de atención, impulsividad y actividad excesiva (Barkley, 2015). Los orígenes de la historia del trastorno inician a finales de 1700. Ahora se visualiza en 1775 la primera descripción de desórdenes de atención en el libro de medicina de Melchior Adam Weikard en Alemania. El autor describía niños y

adultos distraídos, inatentos, muy activos e impulsivos, rasgos similares a lo que hoy en día se conoce como el TDAH (Barkley, 2015). Weikard atribuía una predisposición biológica a estos problemas, y recomendaba como tratamiento extractos de plantas y equitación. A esta publicación le siguió otro libro médico de Alexander Crichton en Escocia en 1798, con descripciones más detalladas de este tipo de comportamientos, al hablar del caso de un niño que, por su descontrol, necesitó de cuatro adultos para detener su conducta pocos días después de su nacimiento (Taylor, 2011). El autor describió dos tipos de trastorno relacionados a la atención. El primero era descrito como desorden de distracción, e inconstancia o cambios en la atención y síntomas que se caracterizan con el déficit de atención. El segundo trastorno descrito no tuvo una descripción tan detallada, el autor lo mencionó que se caracterizaba por una falta de energía física que afectaba a la atención, relacionada con la debilidad corporal que afecta a la atención y resulta en individuos con dificultades en la socialización (Barkley, 2015).

La historia continuó en 1809 con John Haslam, quien presentó el caso de un niño de diez años travieso, impulsivo y sin control, que se resistía al castigo y tenía una atención limitada, al que llamaban “el terror de la familia” (Taylor, 2011). Tres años después, el médico clínico americano Benjamin Rush contribuyó con la idea de la falta o deficiencia de control en 1812, al discutir tres casos a los que de extrema travesura, que incluían una discapacidad de concentración. A este le siguió el médico y después psiquiatra Heinrich Hoffman en 1845, introduciendo su libro de poemas “Struwwelpeter”, que trata sobre niños con conductas disfuncionales que observaba en su práctica clínica. Entre ellos, describió personajes como “Fidgety Phil” que no podía quedarse quieto, hacía desastres en casa y causaba molestia a sus padres, y también a “Johnny Head-in-Air”, un niño con una alta

inatención (Taylor, 2011). Dos años después en Inglaterra (1867), Henry Maudsley publicó un reporte sobre un infante que actuaba por impulsividad además de ser “destrutivo”.

Más adelante en Estados Unidos, William James denotó un carácter al que llamó “voluntad explosiva”, que puede reflejar las dificultades de individuos con TDAH hoy en día. En Francia, el concepto del TDAH pudo haber iniciado entre 1885-1895 con la noción de “inestabilidad mental”, que apareció en la literatura de medicina en un hospital de Paris, en donde Désiré Magloire Bourneville observó niños y adolescentes con problemas de atención y de comportamiento que ubicaban en instituciones médicas. Según el autor, uno de sus estudiantes, Charles Baker, escribió una descripción clínica de síntomas de impulsividad e hiperactividad de 4 niños en su tesis (Barkley, 2015).

A continuación, aparece George Frederick Still caracterizando al TDAH como un problema de comportamiento. En el año 1902, Still, el primer pediatra en Inglaterra describió por primera vez la condición de niños con conductas que se caracterizaban por la falta de atención, impulsividad y agresividad, aunque no les dio tanta importancia a dichas atribuciones, ya que considera que se trata de un “defecto del control moral” (Pérez, 2009). Sin embargo, el médico atribuía los problemas de conducta a condiciones médicas, más no a fenómenos psicológicos. En sus conferencias, describía a niños con una falta de control moral con conductas agresivas, emocionalidad excesiva, y una alta resistencia a la disciplina. Los niños mencionados tenían problemas con atención sostenida y poca inhibición, considerando el origen del comportamiento disruptivo (Taylor, 2011).

En 1917 apareció una epidemia de encefalitis, originada por una pandemia de influenza en los soldados de la segunda guerra mundial que fue afectando a toda la población. Esto provocó discapacidades psiquiátricas en los niños, y lo atribuyeron a alteraciones

cerebrales (Pérez, 2009, Taylor, 2011). Los infantes que sobrevivieron a esta enfermedad tuvieron como consecuencia síndromes neurológicos que provocaron secuelas en su comportamiento, como conductas impulsivas e inestabilidad emocional (Pérez, 2009, Taylor, 2011). Varios artículos describieron dichas secuelas, e incluían en la descripción de los casos características que en la actualidad se conocen como parte del TDAH. La asociación entre enfermedades del cerebro y patologías de la conducta condujeron a más estudios sobre las potenciales causas de daño cerebral en niños y su manifestación en el comportamiento. Entre ellos, se estudiaron traumas de nacimiento y otras infecciones además de encefalitis como sarampión, intoxicaciones, epilepsia, traumatismo craneal, entre otros. Todas las investigaciones fueron asociadas a disfunciones cognitivas y conductuales, incluyendo los síntomas predominantes en el TDAH (Barkley, 2015).

En 1938, Levin utilizó estudios de las similitudes entre la hiperactividad en niños y características de primates con lesión en los lóbulos frontales. El investigador usó las semejanzas para proponer que la inquietud en niños puede ser el resultado de defectos patológicos en estructuras cerebrales. Por otra parte, en la época, la hiperactividad se atribuía a causas psicológicas como “engreír” a los hijos durante la crianza. La idea de que una crianza pobre es la causa del TDAH volvió en 1970, y se mantiene aún en las críticas hacia el TDAH. Durante la siguiente década, se consideraba que los niños en instituciones psiquiátricas con síntomas del trastorno habían sufrido de algún tipo de daño cerebral. El concepto de “niño con lesión cerebral” nació en esta época, y se la aplicaba a infantes con las características de conducta mencionadas, de los cuales la mayoría no mostraban evidencia suficiente de una patología cerebral real. En 1950 surge la idea del “Minimal brain damage”, que enfatiza los procesos cognitivos y causas físicas del trastorno del neurodesarrollo

encontrado en niños en ambientes escolares. Comienzan a resaltar las dificultades de atención y concentración de estos niños, la falta de control en actividades y conducta, con dificultades las diferentes áreas de aprendizaje (Barkley, 2015). Sin embargo, más adelante concluyeron que no existían daños cerebrales en los niños, por lo cual descartaron el síndrome, considerando las implicaciones psicológicas en la conducta (Taylor, 2011).

Otros artículos relacionados al tratamiento del TDAH surgieron entre 1937 y 1941 marcando el comienzo del tratamiento farmacológico, en particular medicamentos estimulantes (Barkley, 2015). Estos se administraban a niños con problemas de comportamiento. El consumo de medicamentos como anfetaminas resultaba en una mejoría significativa de las dificultades conductuales y académicas que presentaban. Los autores de dichos artículos fueron Bradley, Cutler, et al., Bender y Cottingham, Knobel, Eisenberg, et al., entre otros (Taylor, 2011). En los años 50, investigaciones acerca de los mencionados problemas de comportamiento llevaron a un importante estudio que descubrió el trastorno impulsivo hiperactivo. Su explicación se centraba en la existencia de un déficit del sistema nervioso central, mostrando un menor umbral de estimulación que se originaba en el área talámica. Aunque no se replicó el estudio, esto llevó a comprender a la hiperactividad como un síndrome que afecta al cerebro, aunque no existan lesiones ni daños en el mismo (Barkley, 2015).

En 1960 fue cuando el concepto de “Minimal brain damage” fue descartado por las investigaciones y críticas que este tuvo, y se comenzaron a comprender términos como dislexia, dificultades de aprendizaje, y la hiperactividad (Barkley, 2015). Ahí fue cuando comenzó a ejercer importancia el concepto de hiperactividad. Chess (1960), publicó un artículo sobre la hiperactividad, describiendo que el niño con esta característica es aquel que

desarrolla sus actividades en “una velocidad más alta de lo normal, o siempre están en movimiento, o ambas” (Barkley, 2015). El investigador consideraba que la hiperactividad también podía asociarse con retardo mental, daño cerebral orgánico o incluso otros trastornos psicológicos severos.

En 1972, Virginia Douglas continuó con las investigaciones, argumentando acerca del déficit principal en niños hiperactivos, siendo este la dificultad en atención sostenida y la impulsividad (Pérez, 2009). Ella y otros investigadores estudiaron la naturaleza de los síntomas de hiperactividad y argumentaron que en la mayoría de los casos se resuelve en la adolescencia. Es así como la hiperactividad fue vista en América del Norte como un síndrome del comportamiento caracterizado por altos niveles de actividad, predominante en la infancia, sin relación necesaria a daños cerebrales o retardo mental, y variaría según el temperamento del niño. Más adelante, Douglas elaboró un modelo de déficits en la atención e hiperactividad, en el cual sostuvo 4 déficits prevalentes en el TDAH: organización y mantenimiento de atención y esfuerzo, inhibición en el control de impulsos, modulación en los niveles de estimulación para alcanzar con demandas situacionales, y una inclinación moderada a conseguir refuerzo inmediato. El artículo de Douglas y las investigaciones subsecuentes influyeron a que el trastorno de déficit de atención se publique por primera vez en el DSM-III (Barkley, 2015).

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad apareció por primera vez en el Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos mentales (DSM-III) en 1980 (Lange, et al., 2010). En 1987, esto fue revisado y modificado en el siguiente manual (DSM-III-TR) quitando el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad por el término “trastorno por déficit de atención indiferenciado” (Lange, et al., 2010). En 1994, el siguiente manual se

identificaron tres subtipos para el trastorno: tipo predominantemente inatento, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, tipo combinado. Con síntomas en los dos subtipos, se logró categorizar al trastorno en las dos importantes dimensiones (Lange, et al., 2010). Se presentaron algunos cambios en el DSM-V, sin embargo, se mantienen las definiciones propuestas anteriormente.

En los años 80, se realizaron avances en las investigaciones del TDAH para determinar la etiología, su naturaleza y curso del trastorno (Taylor, 2011). A finales de la década, el TDAH era visto como una condición de naturaleza genética, con predisposición hereditaria, y con impacto negativo en las áreas de funcionamiento académico y social en la mayoría de los niños. El desarrollo de la historia del TDAH creció en 1990, donde realizaron estudios sobre las afectaciones neurológicas y genéticas, además de estudios neuropsicológicos que mostraron déficits en el desempeño de las funciones ejecutivas y del lóbulo frontal. Uno de ellos lo ejecutó en 1990 Alan Zametkin y sus colegas en el National Institute of Mental Health (NIMH) estudiando la actividad metabólica cerebral de 25 adultos con el trastorno, encontrando una actividad reducida. Fue desde esta década donde comenzaron a estudiar el desorden en adultos y sus implicaciones. Otro estudio en la época realizado por el NIMH investigó la eficacia de varios tipos de tratamiento para los subtipos del TDAH (Barkley, 2015).

Con el paso del tiempo, fueron descubriendo también la comorbidad con otros trastornos tanto en niños como en adultos. El reconocimiento del TDAH creció rápidamente desde el año 2000, cuando se crearon grupos de apoyo para padres, aumentaron las investigaciones en el tema, y se crearon sociedades profesionales dedicadas al mismo, como el Eunythydis en Europa y la Federación Mundial del TDAH, junto con la aprobación de

medicamentos como el Ritalin y la Strattera (Pérez, 2009). Las teorías y conceptos continuaron evolucionando, junto con estudios e intervenciones, entre estas las teorías de Russell Barkley, que sostiene la idea del TDAH como un desorden de autorregulación y deficiencias en las funciones ejecutivas, observado como un fenotipo extendido. Hoy en día, se mantiene como un trastorno del neurodesarrollo, entre los más estudiados de la infancia (Barkley, 2015).

### **Pruebas de Diagnóstico para TDAH**

Existen algunas pruebas de diagnóstico para el TDAH, que facilitan el reconocimiento de síntomas que se identifican en el menor que padece del trastorno (Félix Mateo, 2006).

#### *Child Behavior Checklist (CBCL) y Youth Self-Report (YSR)*

La Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenback es un reporte para padres, uno de los instrumentos utilizados para medir los problemas emocionales y conductuales en niños y sus competencias. El CBCL se ha utilizado en escuelas, y dentro del área médica y psicológica. Las preguntas del cuestionario se relacionan a problemas en diferentes categorías, siendo estas 8: “Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, Somatic Complaints, Social Problems, Thought Problems, Attention Problems, Rule-Breaking Behavior y la de Aggressive Behavior” (Mazefsky, Anderson, Conner, & Minshew, 2011). El CBCL también tiene una escala creada para asociar los puntajes con los trastornos del DSM-IV-TR, tales como: escala de ansiedad, trastorno desafiante oposicional, problemas de comportamiento, problemas somáticos, problemas afectivos, y déficit de atención. Varios estudios han demostrado una alta confiabilidad de las escalas de la prueba relacionada a los diagnósticos psicológicos (Mazefsky, Anderson, Conner, & Minshew, 2011).

Por otra parte, el Youth Self-Report (YSR) es un auto informe que también fue creado por Achenbach, con el fin de obtener información de niños y adolescentes entre 11 y 18 años respecto a sus competencias y problemas de comportamiento (Lemos Giráldez, Vallejo Seco, & Sandoval Mena, 2002). Este test junto con el Teacher's Report Form forma parte del sistema de evaluación multiaxial del autor, al cual llamó "Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)". El YSR se conforma de dos partes, de las cuales la primera evalúa las habilidades académicas, sociales y deportivas. La segunda parte contiene 112 ítems, de los cuales un porcentaje pequeño evalúa la frecuencia de comportamientos adaptativos, y el resto que es su mayoría evalúa los problemas conductuales (Lemos Giráldez, Vallejo Seco, & Sandoval Mena, 2002). Es por ello que esta prueba puede formar parte del conjunto de herramientas de psicodiagnóstico para la evaluación del TDAH.

### Conners 3

La escala Conners 3rd edition o Conners 3 (una revisión del Conners Rating Scales Revised). Este es un test utilizado para el diagnóstico del TDAH, trastornos comórbidos y problemas relacionados (Gallant, 2007). Esta evaluación es útil para identificar el trastorno en niños y adolescentes, y se puede usar para el plan de tratamiento (Gallant, 2007). Existen tres versiones, donde se encuentra la evaluación adaptada para padres, profesores y niños (Gallant, 2007). Las escalas de evaluación las realizan los padres y profesores, completando dos cuestionarios de diez ítems que diferencian a niños normales de niños con TDAH para detectar el desorden (Kao & Thomas, 2010). Los niños de 8 a 18 años pueden completar un auto reporte. El Conners 3 incluye escalas de contenido que miden inatención, impulsividad, hiperactividad, funciones ejecutivas, problemas de aprendizaje, agresión, relaciones entre compañeros, y relaciones familiares (Kao & Thomas, 2010). El test incluye en sus escalas los

síntomas de DSM-V, de trastornos como el TDAH, el tipo Inatento, el tipo Hiperactivo-Impulsivo, el tipo combinado, también del desorden de conducta, y del trastorno desafiante oposicional. Adicionalmente mide depresión, ansiedad, entre otros (Kao & Thomas, 2010).

### *Brown ADD Scales*

Otra herramienta importante para el diagnóstico del TDAH es el test Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Brown ADD Scales) son escalas de evaluación en forma de auto reporte, con el objetivo de medir los síntomas para el TDAH (Davenport & Davis, 2011). Las escalas se crearon para cuatro grupos de edad: preescolar de 3 a 7 años, escolar de 8 a 12 años, adolescentes de 12 a 18 años, y adultos a partir de 18 años en adelante. Las escalas están disponibles para padres, profesores, y auto reporte de 8 años en adelante (Davenport & Davis, 2011). Esta evaluación no ayuda solo a diagnosticar a niños, sino a individuos a través de su vida, en las diferentes etapas de desarrollo (Davenport & Davis, 2011).

### *BASC-2*

La siguiente prueba de diagnóstico para TDAH es el Behavior Assessment System for Children Second Edition (BASC-2), desarrollado como un sistema multidimensional y multi método para evaluar el comportamiento y las autopercepciones de niños y adultos jóvenes de 2 a 25 años (Reynolds & Kamphaus, 2004). En general, el BASC fue diseñado para detectar los diferentes aspectos de la conducta, tanto adaptativa como des adaptativa para las personas con trastornos mentales (Tan, 2007). El BASC-2 se compone de 5 escalas para medir la conducta: la escala de valoración de profesores, escala de valoración de padres, el auto reporte de personalidad, historial de desarrollo estructurado, y el sistema de observación estudiantil (Tan, 2007). La escala de valoración de profesores incluye problemas escolares

como problemas de aprendizaje y problemas atencionales. Adicionalmente, la escala de auto reporte de personalidad mide inatención e hiperactividad, entre otros problemas del comportamiento o emocionales, por lo que funciona para el diagnóstico del TDAH junto con la escala anterior (Tan, 2007).

#### *ADHD Rating Scale-IV*

Otro test importante para diagnosticar TDAH es el ADHD Rating Scale-IV, una lista de verificación normada que mide los síntomas del TDAH, según los criterios del DSM-IV (Pappas, 2006). La prueba incluye dos factores por separado para medir inatención e hiperactividad-impulsividad. El ADHD Rating Scale fue diseñado con el propósito de brindar a los psicólogos clínicos un medio para recopilar información de parte de los padres y profesores acerca de la frecuencia de ciertos comportamientos en los niños. La información que se recolecta puede ser utilizada para evaluar, diagnosticar, y evaluar la necesidad de tratamiento para el TDAH (Pappas, 2006). El test consiste en un cuestionario de 18 preguntas y dura aproximadamente cinco minutos, para ser completado por el padre y el maestro independientemente, quienes reportan la frecuencia de la conducta del niño. Después de estudios realizados, investigadores aseveran que el test tiene la confiabilidad y validez adecuada, a pesar de la limitación de su muestra, siendo una minoría en grupos étnicos (Pappas, 2006).

#### *Quotient ADHD System*

Por último, se considera el Quotient ADHD System, otra de las herramientas más actuales para el diagnóstico del TDAH (Sumner, 2010). Es una prueba basada en oficina “desarrollada para brindar medidas objetivas de las capacidades del control neural de un paciente para mantener estabilidad posicional en espacio, para concentrarse en atención

sostenida, y para inhibir respuestas impulsivas” (Sumner, 2010). Tiene una duración de 15 minutos para jóvenes de 6 a 14 años, y 20 minutos para individuos de 15 a 55 años. Al ser de tecnología, los psicólogos pueden obtener información confiable en minutos, sobre las funciones cerebrales y su correlación con la presencia de síntomas para el diagnóstico del TDAH. El test mide factores objetivos como atención sostenida, la habilidad de controlar la actividad motora, entre otros. Además, la prueba evalúa las áreas de la triada de síntomas del TDAH: inatención, hiperactividad e impulsividad (Sumner, 2010).

Estas solo fueron solo siete de muchas escalas que funcionan para diagnosticar TDAH. Se seleccionaron las pruebas mencionadas ya que son las más recientes y actualizadas que han demostrado su eficacia para el diagnóstico del trastorno. Es importante recalcar que el diagnóstico se realiza de manera integral, y son el psiquiatra infantil, el neuropediatra o el neuropsicólogo, quienes puede otorgar al niño o adolescente dicho diagnóstico, en ocasiones acompañados de un psicopedagogo (Félix Mateo, 2006).

#### *Escala Efeco para Funciones Ejecutivas*

Esta escala mide específicamente funciones ejecutivas y es un auto reporte de 67 ítems. Tiene un método de observación diferida, que consiste en evaluar el desempeño de las funciones ejecutivas, por lo que los ítems valoran las habilidades cognitivas (Galarza, Guerrero, Gómez, & Paredes, 2016). Es una “adaptación de la escala de valoración de las funciones ejecutivas desarrollada por García-Gómez (2015) para padres y profesores, en un formato de auto-reporte para adolescentes del contexto educativo de Ecuador” (Galarza, Guerrero, Gómez, & Paredes, 2016). Para realizar esta versión, hicieron primero una revisión lingüística de cada pregunta del auto reporte relacionándose al “contexto lingüístico de Ecuador”, revisión de expertos en la evaluación de las funciones ejecutivas, estudio piloto

con estudiantes adolescentes que dieron su criterio sobre el test, y la elaboración de la propuesta para el examen deseado (Galarza, Guerrero, Gómez, & Paredes, 2016).

### **Criterio Diagnóstico DSM-V**

Según el Manual de diagnóstico de trastornos mentales en su última versión DSM-V, el criterio para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el siguiente:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza 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 (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. 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 (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
  - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
  - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
  - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
  - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
  - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
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.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.  
(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos (American Psychiatric Association, 2013).

## **Mindfulness**

### **Historia**

El concepto del término “mindfulness” se ha utilizado para referirse a un estado psicológico de conciencia y alerta, después de haber procesado información (Davis, & Hayes, 2011). El mindfulness es un constructo que se puede caracterizar por atención plena al momento presente, en una experiencia libre de juicio. Es una práctica que promueve actividades como la meditación, el silencio y la respiración (Davis, & Hayes, 2011). El pionero en incorporar el mindfulness a la medicina fue Jon Kabat-Zinn, mencionado antes, con la terapia mindfulness-based stress reduction (MBSR), siendo en 1979 cuando llegó al centro médico de la Universidad de Massachussetts, adaptándose a la medicina y ciencia

(Williams, & Kabat-Zinn, 2011). El creador del mindfulness origina la terapia en base a prácticas y perspectivas de la meditación budista. Es de las prácticas meditativas budistas de donde traen características que corresponden al mindfulness, como el cultivar la claridad, la compasión, el balance emocional, y la importancia a la atención al momento (Williams, & Kabat-Zinn, 2011). Entre 1980 y 1990 las investigaciones en mindfulness aumentaron significativamente, comenzando los estudios en medicina del comportamiento y aumentando sus aplicaciones en diversas áreas como la psicología, terapia cognitiva, y distintas áreas dentro de medicina (Williams, & Kabat-Zinn, 2011).

### **Tratamientos**

Varias investigaciones han reconocido la eficacia del mindfulness como tratamiento a diferentes trastornos psicológicos. Respecto a las terapias psicológicas que han incorporado la técnica mindfulness como parte del tratamiento, se reconocen tres importantes terapias revolucionarias: Terapia de Aceptación y Compromiso/Acceptance and commitment therapy (ACT), Terapia Dialéctica Conductual/Dialectical Behavioural Therapy (DBT), Terapia Cognitiva basada en Mindfulness/Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012). La terapia ACT evidencia la psicopatología en procesos como la evitación experiencial, el apego para conceptualizar el yo y el pasado de forma verbal, falta de valores o confusión de metas con valores, y la ausencia de conducta comprometida que se mueve en dirección a los valores escogidos. El tratamiento contiene psicoeducación sobre los mecanismos importantes, ejercicios de mindfulness y difusión cognitiva (observar y notar los pensamientos, dejarlos venir e irse sin aferrarse) (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012). La terapia DBT fue creada para pacientes con trastorno de la personalidad limítrofe, y asume que

los trastornos psicológicos provienen de la desregulación emocional (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012). Sus cuatro pilares son la tolerancia al malestar, la regulación emocional, la efectividad interpersonal, y el mindfulness. La terapia ha demostrado resultados positivos y su eficacia se ha mostrado en “factores intrapsíquicos y de personalidad, no solo reducción de síntomas”. finalmente, la terapia MBCT se generó en base a experiencias aplicando técnicas de la meditación mindfulness a la medicina (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012). La MBCT usa psicoeducación y motiva a sus clientes a practicar la meditación mindfulness, con el objetivo de desarrollar una conciencia metacognitiva, la habilidad de experimentar emociones y cogniciones como eventos mentales que pasan por la mente y pueden o no estar relacionadas con a la realidad externa. La terapia no se enfoca en cambiar los pensamientos disfuncionales, sino que busca aprender a experimentarlos como eventos internos separados del self (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012).

### **Aplicaciones**

Algunas publicaciones acerca de mindfulness han señalado sus beneficios frente a la salud mental de las personas. Uno de los mayores impactos es la reducción de estrés que esta práctica produce, comprobando que reduce síntomas psicológicos negativos (Davis, & Hayes, 2011). Asimismo, se ha visto que el mindfulness ayuda a mejorar trastornos del estado de ánimo y sus síntomas, como la depresión y la ansiedad. Esto conduce a uno de sus mayores beneficios: la regulación emocional (Davis, & Hayes, 2011). El mindfulness ha demostrado vasta evidencia de como mejora la regulación emocional en el cerebro, mejora el estado de alerta-conciencia metacognitiva, disminuye la rumiación, y mejora la atención por medio de la memoria de trabajo. También se ha encontrado que las personas que realizan mindfulness

tienen menor reactividad en sus respuestas, y promueve la auto observación. Se ha encontrado también correlaciones entre realizar meditación mindfulness y flexibilidad cognitiva y funcionamiento atencional. Por último, se ha reconocido que en los terapeutas que aplican mindfulness se desarrolla la empatía y la compasión, componentes necesarios para psicoterapia (Davis, & Hayes, 2011). Ahora se hablará del mindfulness como tratamiento para el TDAH.

## **TDAH y Mindfulness**

### **Niños y Adolescentes**

El primer estudio clínico que demostró una intervención con mindfulness para niños fue realizado en el 2005, por los autores Napoli, Krech & Holley (Barkley, 2015). Los autores investigaron la efectividad del mindfulness incorporado a una intervención escolar (llamada “Attention Academy program”, o programa académico de atención), el cual se desarrolló para mejorar la atención a través de prácticas con mindfulness (Napoli, Krech, & Holley, 2005). Los niños en el grupo de mindfulness recibieron 24 semanas de entrenamiento que se enfocaba en enseñarles a controlar su respiración y movimientos corporales, y desarrollar alerta en el área sensoriomotora, mejorando así su atención libre de juicio y de la misma forma observar sus experiencias (Napoli, Krech, & Holley, 2005). Tuvieron sesiones de 45 minutos, dos veces al mes. En los resultados, los investigadores reportaron una mejoría moderada en habilidades sociales (tamaño del efecto=0.46), ansiedad (tamaño del efecto=0.39), y medidas de atención (tamaño del efecto = 0.49-0.60), sin embargo, no hubo significancia en atención sostenida. El estudio presento una limitación en la muestra de participantes, ya que los niños no eran descritos como sujetos con problemas atencionales

desarrollados, y esto pudo influenciar en la mejora del grupo, además de que no hubo un contraste con un grupo control pasivo (Napoli, Krech, & Holley, 2005, Barkley, 2015).

Seguido de ese estudio, se han publicado dos intervenciones relevantes al área de psicología clínica que utilicen un tratamiento con mindfulness aplicado en niños y adolescentes, sin contar un estudio que se mencionará posteriormente que se aplicó a adolescentes y adultos. El primero, tuvo como finalidad evaluar la efectividad del entrenamiento mindfulness en problemas del comportamiento y funcionamiento atencional en adolescentes (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). El programa tuvo una duración de 8 semanas (1 hora y media semanal) y se aplicó en adolescentes entre 11 y 15 años con TDAH, evaluando al mismo tiempo a sus padres para aplicarles *Mindful Parenting*. Se aplicó un protocolo basado en versiones adaptables de MBCT y MBSR. La muestra fue conformada por 10 niños y sus padres. Los padres y sus hijos completaron el Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS) y dos actividades de la batería de pruebas Amsterdam Neuropsychological Tasks para evaluar los efectos “cerca de transferencia” relacionados con el entrenamiento mindfulness (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). El MAAS consiste en una escala de 15 ítems que evalúan que tanto una persona funciona o no en “piloto automático”, es decir, no estando consciente o alerta de la experiencia actual o presente. Los ítems son calificados en una escala de Likert del 1 al 6, donde 1 es casi siempre y 6 es casi nunca. Un ejemplo de ítem es “Tiendo a caminar rápidamente a donde voy sin prestar atención a lo que experimento en el camino” (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). También se utilizó el BRIEF, un cuestionario de 86 preguntas que mide dos aspectos: metacognición y regulación del comportamiento. Un ejemplo de ítem en metacognición es “tiene dificultades

con la planeación de actividades para obtener una meta” (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). En los resultados, encontraron que en los adolescentes los problemas de atención y comportamiento se redujeron, mejoraron sus funciones ejecutivas, reportado por auto reporte y los reportes de padres y profesores. Además, mejoró el rendimiento de los adolescentes en los tests de atención después del entrenamiento mindfulness (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). Para medir los síntomas en los padres, se utilizaron el Parenting Stress Index- versión corta (PSI) y el Parenting Style. El PSI mide el estrés parental en padres venido de la crianza a sus hijos en una escala de 25 ítems, y el PS tiene 30 ítems y mide estilos de crianza disfuncionales en tres escalas, entre ellas la sobre reactividad, la cual fue la única que se utilizó (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). Los padres reportaron menor estrés de crianza. Las madres reportaron que redujo la crianza sobre reactiva, aunque los padres dicen que aumentó. No hubo efectos en la alerta. El estudio demostró que el entrenamiento mindfulness es efectivo, pero se necesitan estrategias de mantenimiento y para garantizar eficacia a largo plazo (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

El segundo estudio en niños fue similar al anterior, verificando la eficacia del entrenamiento mindfulness en niños con TDAH. El estudio fue casi idéntico al anterior, de 8 semanas (1 hora y media semanal) con una muestra de 18 niños y sus padres, usando el mismo programa que Van de Weijer-Bergsma y sus colegas en el 2012 (Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012). No se utilizaron medidas cerca de la transferencia, pero si lejanas a la transferencia como calificaciones a ciegas de padres y profesores en “Disruptive Behavior Disorders Rating Scale Subscales” (Barkley, 2015). Los padres fueron 22 y completaron cuestionarios en los síntomas de TDAH trastorno desafiante oposicional (TDO)

de sus hijos, y sus propios síntomas de TDAH, estrés parental, sobre reactividad parental, permisividad, alerta mindful antes, y alerta mindful después de las 8 semanas y un seguimiento luego de 8 semanas. Los padres reportaron en el TDAH y TDO. El entrenamiento fue en formato grupal y utilizaron lista de espera. Para controlar los efectos del tiempo y medida repetida. No hubo efectos significativos entre la lista de espera y la pre prueba, pero aumento el reporte de TDO reportado por profesores. Hubo reducción significativa del TDAH reportada por los padres, de ellos mismos y sus hijos desde el pre prueba hasta la post prueba. Aumentó significativamente la “alerta mindfulness” entre el pre prueba y la post prueba, y se redujo el estrés parental y la sobre reactividad desde la pre prueba hasta el seguimiento (Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012). Los autores refuerzan la evidencia de la eficacia del mindfulness, pero mencionan que a falta de reportes de profesores no pueden asegurar que la mejora se debe al tratamiento en específico (Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012).

En el 2008, Zylowska y sus colegas condujeron un estudio de factibilidad de entrenamiento en meditación mindfulness, para adultos y adolescentes con TDAH. El programa duró 8 semanas, con 24 adultos y 8 adolescentes (Zylowska, et. al, 2008). Su hipótesis fue que los participantes iban a mejorar su atención, funciones ejecutivas, y regulación emocional (Barkley, 2015; Zylowska, et. al, 2008). La mayoría de participantes reportaron satisfacción después del tratamiento. Se notaron mejoras con medidas pre post de auto reporte en síntomas de TDAH, y rendimiento, midiendo atención e inhibición cognitiva. Mejoras en síntomas de ansiedad y depresión se notaron en los participantes (Zylowska, et. al, 2008). Los que completaron el estudio indicaron que los síntomas después del tratamiento se redujeron significativamente ( $d=0.80$ ) (Zylowska, et. al, 2008; Barkley, 2015). El estudio

concluyó que el entrenamiento mindfulness es una intervención factible en adultos y adolescentes con TDAH y puede mejorar déficits cognitivos y del comportamiento (Zylowska, et. al, 2008).

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

La pregunta de investigación planteada es ¿Cómo y hasta qué punto una intervención psicológica basada en *Mindfulness* influye en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en adolescentes? Para responder esta pregunta, se ha seleccionado la metodología cuantitativa en un diseño no experimental.

La investigación cuantitativa consiste en comprobar una teoría, mediante la proposición de preguntas o una hipótesis, midiendo variables para encontrar resultados, con análisis estadísticos para obtener la información que dará dichos resultados (Creswell, 2014). Las dos variables de la presente investigación son: intervención basada en *mindfulness* (variable independiente) y adolescentes con diagnóstico de TDAH (variable dependiente). Para medir las variables se utilizarán seis medidas: El Youth Self Report (YSR), Child Behavior Checklist (CBCL), para medir síntomas de TDAH; la escala Efeco para evaluar las funciones ejecutivas, en auto reporte; la escala Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) para medir la alerta hacia el presente; el Parenting Stress Index- versión corta (PSI) que mide estrés parental; el Parenting Scale (PS) para medir estilos de crianza; (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). Para comprobar la mejoría en los pacientes con TDAH, se necesita medir los síntomas después de la intervención, para determinar si hubo una reducción en la intensidad de los síntomas del TDAH, por lo que se evaluará al grupo pre y post tratamiento.

## **Participantes**

La muestra del estudio se realizará con 60 participantes, de los cuales 20 serán adolescentes y 40 serán sus padres. Los criterios de inclusión son los siguientes: que los adolescentes se encuentren en el rango de edad entre 11 y 15 años, que tengan un diagnóstico médico de TDAH, sean estudiantes de colegios en Quito, y que ambos padres accedan a recibir el tratamiento al mismo tiempo; deben ser de clase socioeconómica media-alta. Se incluirán los participantes que estén bajo un tratamiento farmacológico actual. Los participantes van a ser 10 adolescentes del género femenino y 10 del género masculino. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluirán a los adolescentes que estén fuera del rango de edad (entre 11 y 15 años), y que tengan un criterio diagnóstico de TDAH con algún tipo de trastorno comórbido. Adicionalmente, se excluirán a adolescentes con padres divorciados o que no vivan con ellos, por los fines del estudio.

## **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Las herramientas que se utilizarán en el estudio son: para medir los síntomas del TDAH en adolescentes, se utilizarán el YSR (síntomas reportados de los adolescentes), y CBCL (síntomas reportados de los padres). Se incluyen 8 escalas del desorden de TDAH: “Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, Somatic Complaints, Social Problems, Thought Problems, Attention Problems, Rule-Breaking Behavior y la de Aggressive Behavior” (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). De estas escalas, se utilizarán 3 escalas que pueden medir problemas de internalización y externalización, y problemas totales, además de la escala de problemas de atención. En cuanto a la confiabilidad de las pruebas, varía entre el rango de  $\alpha = 0.80$  a  $0.95$  para el YSR, y CBCL, y la

confiabilidad del test-retest está en el rango de  $r = 0.82$  a  $0.94$  (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). La escala Efeco ha sido utilizada y adaptada a una población ecuatoriana para evaluar a las funciones cognitivas y ha presentado confiabilidad y validez adecuadas.

En cuanto a los padres, se utilizarán tres medidas: el MAAS que fue explicado anteriormente, el PSI, y el PS. El PSI- versión corta usa la escala de Likert, y se utilizará para medir el estrés parental. El PSI tiene la consistencia interna dentro del rango  $0.92$  y  $0.95$ . en distintas muestras con padres y madres. La escala PS evalúa disciplina o crianza disfuncional usando 3 escalas, de las cuales solo se utilizará la escala de “sobre reactividad”. La PS tiene la adecuada confiabilidad test-retest ( $r=0.84$ ), y consistencia interna (sobre reactividad- $r=0.82$ ) (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015).

### **Reclutamiento de los participantes**

Para reclutar a los participantes, se contactará al rector de los colegios William Shakespeare y Menor, solicitando una reunión con las psicólogas del departamento DECE. La reunión con las psicólogas del DECE consistirá en pedirles que envíen por correo electrónico una carta redactada por la investigadora del presente estudio, invitando a los estudiantes entre 11 y 15 años con TDAH a participar con sus padres, indicando los parámetros del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, y el absoluto anonimato, y el requerimiento del consentimiento informado. Se explicará que el estudio es un tratamiento para el TDAH, que la participación es voluntaria, que la información que se obtenga será confidencial, y que los resultados serán utilizados con fines de investigación. Se les dará toda la información necesaria sobre el estudio y sus objetivos a través del correo electrónico, y el consentimiento informado

lo tendrán las psicólogas del DECE, quienes lo enviarán a los padres que estén de acuerdo con que sus hijos participen en el estudio, ya que solo se realizará el estudio con la aprobación de los padres, tras recibir el consentimiento.

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

El tratamiento consistirá en realizar el entrenamiento Mindfulness a dos grupos de 10 adolescentes cada grupo (20 adolescentes en total) y al mismo tiempo a cuatro distintos grupos con 10 padres por cada grupo (20 padres y 20 madres= 40 en total). Los 20 adolescentes con sus padres que se contacten por medio de las psicólogas del DECE serán seleccionados para el estudio. El entrenamiento se dará por parte de seis estudiantes de psicología clínica de último semestre de la Universidad San Francisco de Quito, uno/a para cada grupo, quienes recibirán entrenamiento para aplicar el tratamiento en niños o adultos. Los estudiantes tendrán una hora de supervisión a la semana, para tener un monitoreo guiado en la intervención.

### **Procedimiento**

Se explicará a los participantes que el estudio es un tratamiento para el TDAH, que la participación es voluntaria, que la información que se obtenga será confidencial, y que los resultados serán utilizados con fines de investigación. Se les dará toda la información necesaria sobre el estudio y sus objetivos a través del correo electrónico, y el consentimiento informado lo tendrán las psicólogas del DECE, quienes lo enviarán los padres que estén de acuerdo con que sus hijos participen en el estudio, ya que solo se realizará el estudio con la aprobación de los padres, tras recibir el consentimiento.

Para el entrenamiento mindfulness en adolescentes, se conducen dos grupos de 10 adolescentes durante 8 semanas, con una sesión semanal de 1 hora y media. Ocho semanas después del tratamiento, se junta a los padres y a sus hijos para una sesión de refuerzo. El tratamiento fue diseñado para niños con TDAH y sus padres, inspirado también en el “Mindfulness in Schools Project”, de Huppert y Johnson en el 2010 (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). Previo al tratamiento, los participantes se reunirán con los entrenadores para discutir los problemas que presentan, dificultades en la crianza, hablar de los beneficios de la meditación, expectativas del tratamiento, motivación, y la necesidad de hacer deberes, lo que promoverá la obediencia de los niños (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015).

### **Consideraciones Éticas**

Se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. Todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a la participación en la investigación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que la participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones negativas para quienes opten por no participar o decidan retirarse en cualquier momento del estudio. El consentimiento informado debe ser firmado por los padres de los menores de edad. Se mantendrá el anonimato en todo momento, cambiando el nombre de los participantes durante el estudio, de tal manera que los entrenadores no sabrán su verdadera identidad. Los documentos generados en la investigación se destruirán cuando esta concluya.

## RESULTADOS ESPERADOS

En base a la revisión de la literatura y a la metodología seleccionada, se espera que la intervención basada en entrenamiento mindfulness en la muestra de adolescentes y sus padres sea efectiva para manejar y mejorar los síntomas de TDAH en adolescentes. Los adolescentes aprenderán a concentrarse y manejar su atención, alerta y autocontrol mediante ejercicios de mindfulness y deberes para el hogar. Se alternarán ejercicios regulares de mindfulness (body scan, medicación sentada, espacio de respiración), con ejercicios que sean dirigidos especialmente para los adolescentes con TDAH. En dichos ejercicios se enfocarán los síntomas de distracción, hiperactividad e impulsividad, usando también el espacio de respiración (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). El entrenamiento será acomodado para las necesidades de los adolescentes con TDAH, con sesiones estructuradas. Siempre se iniciará y finalizará la sesión con una meditación corta en base a respiración. Después de cada sesión, se les dará hojas informativas describiendo el tema, las instrucciones para la práctica, y los deberes a completar (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015).

Para el mindfulness para padres, se utilizará el *Mindful Parenting* (MP), el cual se realizará al mismo tiempo que el entrenamiento a los adolescentes, con duración de 8 semanas (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). Al inicio del entrenamiento, se les dará a los padres un CD con ejercicios de mindfulness para practicar en casa. Con el MP, los padres aprenderán a “estar totalmente presentes en el aquí y el ahora con su hijo/a adolescentes en una forma libre juicio; cuidarse a sí mismos, como premisa para la crianza; aceptar las dificultades de su hijo adolescente; y responder en vez de reaccionar de

manera negativa ante la conducta difícil de su hijo/a” (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015). El entrenamiento es una modificación del manual descrito por Bögels et al. (2008, 2010) para trabajar problemas específicos de ser padres de adolescentes con TDAH. Los problemas pueden ser: conducta oposicional, inatención, e hiperactividad, y alerta de la reacción automática de su hijo/a, utilizando para esta ocasión el espacio de respiración, para modificar la reacción automática, con juicio, inatención o impulsividad de los padres por respuestas “mindful” o alerta al presente (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015) . Estos ejercicios también les brindarán oportunidad a los padres que sufran de síntomas de TDAH, como falta de estructura, inquietud, además de los síntomas predominantes. Se les indicara como puede ayudar a la crianza y al funcionamiento familiar el mindfulness. La medicación les podría ayudar a los padres a calmarse en medio de una situación caótica familiar. Otro ejemplo que los niños necesitan guía, pero también autonomía, y el tratamiento les ayudara a los padres a brindar esto a sus hijos. El MP tiene el beneficio de monitorear y apoyar, además de no aferrarse a sus hijos. Se les transmitirá la importancia del mindfulness para guiar a sus hijos, ser modelos a seguir, y preocuparse por su propio bienestar y posibles propios síntomas del TDAH. Después de cada sesión, los padres recibirán una hoja con el tema, instrucciones para practicar en el hogar y deberes, en hojas de completar (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012; Barkley, 2015).

Los efectos del entrenamiento mindfulness se medirán mediante los puntajes de las escalas de evaluación, siendo estas: CBCL, YSR, escala Efeco, MAAS, PSI y PS. Según la investigación, se esperaría que en cuanto a los síntomas del TDAH medidos en el CBCL y YSR mejoren los problemas de atención en los adolescentes, padres y madres luego de

completar el programa de 8 semanas. En cuanto a los problemas externalizantes, se espera también que los padres reporten una disminución, más no necesariamente se reporta por parte de los adolescentes (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

Después de la escala Efeco, se espera que las funciones ejecutivas respecto a los problemas de metacognición mejoren en los adolescentes. De la regulación del comportamiento, se espera que los problemas relacionados a la misma se reduzcan significativamente y sea reportado por los padres. Luego de completar el MAAS siendo la prueba que analiza los efectos del Mindfulness, se espera que tanto adolescentes como sus padres y madres reporten una mejora en su atención y alerta mindfulness (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

En cuanto al PSI, se espera una reducción significativa del estrés parental luego del programa en entrenamiento mindfulness de 8 semanas. El sobre reactividad de la crianza se medirá con el PS, esperando que resulte una reducción de esta conducta reportada por las madres, y variando la respuesta positiva o negativa en padres (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

Se espera que los cambios en la conducta y la atención mencionados se visualicen en la mayoría de los participantes. Esto puede ser influenciado por su situación familiar y su respuesta ante el tratamiento, teniendo en cuenta los visibles riesgos del estudio con los cambios en el estilo de crianza, evaluando la sobre reactividad.

El objetivo del estudio ha sido evaluar y comprobar la eficacia de una intervención basada en entrenamiento mindfulness como un tratamiento alternativo para contrarrestar los síntomas del TDAH en adolescentes en una población ecuatoriana. El propósito de investigar esta propuesta fue encontrar resultados de mejoría para los síntomas reflejados en el TDAH

posterior a un programa de 8 semanas de tratamiento. La literatura no se ha mostrado suficiente en cuanto las intervenciones que utilizan mindfulness para el TDAH, y sus estudios han contado con varias limitaciones, pero al mismo tiempo con recomendaciones para futuros estudios, lo cual se discutirá a continuación (Forcadell, 2016).

## DISCUSIÓN

El presente estudio buscó demostrar los efectos de una intervención basada en entrenamiento mindfulness como alternativa de terapia psicológica en adolescentes con TDAH y sus padres para mejorar los síntomas que el trastorno presenta. El objetivo de la investigación fue de observar como el entrenamiento mindfulness y sus ejercicios de relajación, respiración, etc., guiados, podrían impactar al funcionamiento de los adolescentes con TDAH involucrando a sus padres en el proceso, dándoles una nueva herramienta de afrontamiento frente a las adversidades que el TDAH presenta a nivel emocional, social, y conductual, incluso desde el núcleo familiar, por lo que se consideraron también el estilo de crianza y el estrés parental. Después del programa de ocho semanas, en cada participante adolescente y sus padres se veía una reducción significativa de los síntomas del TDAH, y mejora en las funciones ejecutivas, atención y alerta mindful, por tanto, se reducen los riesgos que conllevan el TDAH y consecuencias a largo plazo (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

La literatura investigada demostró que no existe suficiente investigación respecto a los tratamientos que utilizan el entrenamiento mindfulness como intervención para tratar al TDAH en adolescentes, y que la información con la que se cuenta sugiere resultados prometedores. Asimismo, las intervenciones que utilizan mindfulness e involucran a sus padres son limitadas, ya que se encontraron solo dos de ellas (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

Los niños y adolescentes son el futuro de la sociedad y necesitan que se les preste la atención que necesitan, dado a que comúnmente los síntomas de trastornos como el TDAH son ignorados mal diagnosticados o desapercibidos. Sin embargo, eso no deja de afectarles en

su funcionamiento cotidiano, en el área social, educativa, y profesional a lo largo de la vida. La tasa de incidencia del TDAH en la población en general según la Asociación de Psiquiatría ha demostrado y apoyado la preocupante de que el TDAH es altamente común en la actualidad y se diagnostica con frecuencia, encontrado en un 3 a 10% de la población general (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015). En la ciudad de Quito, un estudio encontró una prevalencia de 7.3% de adolescentes con TDAH (Ramos, Bolaños, Ramos, 2015).

El mindfulness ha demostrado ser un tratamiento integral para tratar diversos tipos de padecimientos, desde el estrés hasta trastornos del estado de ánimo como son la depresión y ansiedad, que también se encuentra en el TDAH, e incluso ha llegado a formar parte de terapias para trastornos de personalidad. Esta es otra de las razones por las cuales no se pone en duda sus grandes alcances, su forma de beneficiar a la conducta, a la atención, a la alerta, a través de los sentidos, tratando a cada trastorno de manera completa, sin dejar de lado lo que el paciente siente o piensa (Davis, & Hayes, 2011).

Se espera que el programa propuesto se pueda extender a más poblaciones alrededor del Ecuador y de Latinoamérica, donde los niños y adolescentes carecen de la atención y asistencia necesaria. Esta investigación puede significar el comienzo de la investigación del Mindfulness aplicado al TDAH en Ecuador en adolescentes y a futuro ver exitosos resultados también en adultos, lo cual tampoco ha sido investigado en amplitud.

### **Limitaciones del Estudio**

Durante el estudio se encontraron limitaciones que se deben tomar en consideración. Una de las posibles limitaciones del estudio fue el número de participantes en la muestra seleccionada, ya que fueron 20 adolescentes y sus padres, siendo 60 participantes en total.

Esto podría volver difícil de generalizar los resultados, ya que con una muestra más amplia de participantes se podría generalizar con mayor certeza los efectos del mindfulness en el TDAH adolescente. Por ello, sería ideal que la muestra sea más amplia para la generalización de los resultados, lo cual no se seleccionó en este estudio porque era necesario empezar a investigar con una muestra de menor cantidad para ver la aceptación de los padres y adolescentes, considerando que el reclutamiento fue en colegios. Adicionalmente, se considera que el rango de edad pudo haber sido otra limitante, ya que los adolescentes entran desde aproximadamente los 13 hasta los 18 años, y se utilizó en los participantes una edad adentro del rango de 11 a 15 (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

Otra posible limitación en la presente investigación es que no se realizaron evaluaciones de reporte a los profesores respecto a los adolescentes, lo cual han realizado otros estudios. Esto no se consideró debido a las dificultades que se presentan de recolectar esta información con profesores en el Ecuador, sin embargo, se podría tomar en cuenta en futuras investigaciones para tener una evaluación más amplia del cambio y mejora de síntomas del TDAH. También se considera como limitación el hecho de que no se realizó un seguimiento al tratamiento de 8 semanas, lo cual es una limitación porque no se puede asegurar que la mejora de los síntomas se mantenga a través del tiempo (Van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012).

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Para futuras investigaciones, se recomienda considerar la necesidad de evaluar a profesores para tener una visión más amplia en cuanto al cambio en los síntomas de los adolescentes y la conducta. Se recomienda utilizara un modelo que contenga un tipo de

seguimiento para garantizar la mantención de los síntomas a través del tiempo y que la intervención basada en entrenamiento Mindfulness pueda mostrarse eficaz a largo plazo. Adicionalmente, se sugiere utilizar muestras más amplias en número y niveles socio económicos para poder comprobar su eficacia en la población del Ecuador y generalizar así los datos. Adicionalmente, se recomienda evaluar la necesidad de incluir otros tipos de TDAH y trastornos comórbidos, considerando su comunalidad en la población ecuatoriana y a nivel mundial. Por último, se recomienda considerar los diferentes estilos de crianza en padres y diferencias en el género en cuanto a la crianza (padres y madres) para que el mindfulness tenga efectos más significativos.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1991). Youth Self-report and Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnold, D. S., O'leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological assessment*, 5(2), 137.
- ATTENTION-DEFICIT, S. O. (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, peds-2011.
- Barkley, R. A. (2012). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale--Children and Adolescents (BDEFS-CA)*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, USA: Guildford Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage Publications.
- Davenport, T. L., & Davis, A. S. (2011). Brown Attention-Deficit Disorder Scales. In *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 302-303). Springer US.

- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198.
- Félix Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades.
- Galarza, C. R., Guerrero, J. J., Gómez, A. G., & Paredes, L. (2016). Propuesta de la escala EFECO para evaluar las funciones ejecutivas en formato de auto-reporte. *Revista CienciAmérica, 5*(1), 104-109.
- Gallant, S. (2007, May). Psychometric Properties of the Conners 3rd Edition. In Poster presented at the annual meeting of the American Psychological Association.
- González, M. N., & Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología, 31*(4), 23-36.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(2), 169.
- Johnson, C. J., Wiebe, J. S., & Morera, O. F. (2014).
- Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness- based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 144-156.

- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kao, G. S., & Thomas, H. M. (2010). Test Review: C. Keith Conners Conners 3rd Edition Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems, 2008. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(6), 598-602
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255.
- Lemos Giráldez, S., Vallejo Seco, G., & Sandoval Mena, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14(4).
- Lopez, E. F. (2016). Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): una Revisión Descriptiva. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 203-213.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology*. New York, USA: Guildford Press.
- Mash, E. J., Barkley, R. A. (2017). *Treatment of Childhood Disorders, Third Edition*. New York, USA: Guildford Publications.
- Mazefsky, C. A., Anderson, R., Conner, C. M., & Minshew, N. (2011). Child behavior checklist scores for school-aged children with autism: preliminary evidence of patterns suggesting the need for referral. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(1), 31-37.

- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2017). A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *Journal of attention disorders, 21*(13), 1105-1120.
- Napoli, M., Krech, P. R., & Holley, L. C. (2005). Mindfulness training for elementary school students: The attention academy. *Journal of Applied School Psychology, 21*(1), 99-125.
- Ortiz, J. D. P., De la Peña Olvera, F., & Pérez, E. B. (2010). Declaración de Cartagena para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): un compromiso para todos. *Rev Med Hondur, 78*(3).
- Pappas, D. (2006). ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. *Journal of psychoeducational assessment, 24*(2), 172-178.
- Pérez, C. M. (2009). Diagnóstico Diferencial en el TDAH. *Psicología Educativa, 15*(2).
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, 2*(1).
- Ramos, C., Bolaños, M., Ramos, D. (2015). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes ecuatorianos. *Revista Científica y Tecnológica UPSE, 3*(1), 13-19.
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión

sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.

Sumner, C. R. (2010). New tool for objective assessments of ADHD: The quotient™ ADHD system. *ADHD Report, The*, 18(5), 6-9.

Tan, C. S. (2007). Test Review: Reynolds, CR, & Kamphaus, RW (2004). Behavior assessment system for children. Circle Pines, MN: American Guidance Service. *Assessment for Effective Intervention*, 32(2), 121-124.

Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 69-75.

Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.

Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of child and family studies*, 21(5), 775-787.

Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., McKelvey, L., Faldowski, R. A., Hart, A., & Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a short form of the Parenting Stress Index. *Parenting: Science and Practice*, 7(1), 26-56.

Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 1-18.

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746.

## **ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una problemática que afecta a niños y adolescentes a diario en nuestro medio, causándoles problemas a nivel social, emocional, psicológico y académico. Estamos en busca de nuevas soluciones para mejorar el bienestar de los niños y adolescentes.

Queridos padres de familia,

Las psicólogas del departamento del DECE les comunicamos que la Universidad San Francisco de Quito está interesada en la salud mental de la población de estudiantes adolescentes y su bienestar general, por lo que está realizando una investigación sobre el TDAH y un tratamiento psicológico alternativo basado en la terapia Mindfulness, enfocada en la “atención al momento presente”, para mejorar los síntomas de este padecimiento. La investigación es confidencial y toda la información recolectada será con fines investigativos.

Si sus hijos están padeciendo de esta condición, los invitamos a esta nueva oportunidad de que mejora a nivel integral, una experiencia que vivirán ustedes junto a sus hijos.

Si están interesados, respondan el presente correo y les reenviaremos el consentimiento informado de investigación.

Condiciones:

Adolescente debe ser hombre o mujer

Adolescente entre 11 y 15 años

Tener TDAH sin otro trastorno

Que ambos padres vivan juntos y puedan participar en el estudio

Saludos Cordiales,

Departamento DECE

**ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

**Formulario Consentimiento Informado**

Título de la investigación: Intervención Basada en Entrenamiento Mindfulness como Tratamiento Psicológico para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Adolescentes

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Ivana Cristina Carrión Silva*

Datos de localización del investigador principal 2391333/0992563800, ivana\_carrión@hotmail.com

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

**Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el déficit de atención con hiperactividad, utilizando a la terapia “Mindfulness” enfocada en la atención plena al momento presente, como un tratamiento alternativo para mejorar los síntomas que se presentan en adolescentes.

**Propósito del estudio**

El estudio consistirá en reclutar a 20 estudiantes entre 11 y 15 años en un programa de terapia psicológica junto con sus padres. En el estudio participaría el padre y la madre. El objetivo es reducir los síntomas del déficit de atención y así mejorar el bienestar del adolescente. El programa es totalmente confidencial y anónimo.

**Descripción de los procedimientos**

Si estás de acuerdo con que tu hijo/a participe en este estudio, después de leer todo lo descrito, debes firmar este documento y reenviarlo por correo y al departamento del DECE. Seguido de esto, se te contactará para confirmar los pasos a seguir. El programa consiste en entrenamiento “Mindfulness” durante 8 semanas, por una hora y media a la semana en un grupo los padres, y en un grupo aparte los hijos, de forma simultánea. Se tomarán pruebas psicológicas para medir los síntomas en los adolescentes y en los padres respecto al TDAH, al Mindfulness y a la crianza. Ocho semanas después, se hará una sesión compartida entre los padres y sus hijos.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los riesgos implicados podrían ser que el tratamiento no sea adecuado para la persona que lo realiza, y que esto no le ayude en lo que necesita. En cuanto a los beneficios, se considera que el entrenamiento en

Mindfulness puede brindarles a padres e hijos beneficios en cuanto a los síntomas del TDAH y manejo parental.

#### **Confidencialidad de los datos**

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Sus nombres no serán mencionados en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

#### **Derechos y opciones del participante**

Ustedes pueden decidir no participar y si deciden no participar solo deben decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decidan participar pueden retirarse del estudio cuando lo deseen, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Ustedes no recibirán ningún pago ni tendrán que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992563800 que pertenece a Ivana Carrión, o envíe un correo electrónico a [ivana\\_carrión@hotmail.com](mailto:ivana_carrión@hotmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	

Firma del investigador	Fecha
------------------------	-------

**ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN  
(CBCL)**



Por favor utilice letra  
de imprenta/maide

### CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(NIÑAS) DE 6-18 AÑOS

NÚMERO  
ID#

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____		TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando. (For favor especifique — por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas/trabajos informales, jornalero, vendedor(a) ambulante, profesional.)	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EDAD _____	RAZA _____	
FECHA DE HOY Día _____ Mes _____ Año _____		FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
GRADO ESCOLAR _____	Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piensa que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee en la página 2.		ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre 1 o Padre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Padre 2 o Madre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Otra persona (Nombre y relación con el/a niño(a)) _____
No va a la escuela: <input type="checkbox"/>			

<p>I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)? Por ejemplo: natación, fútbol/baloncesto, patinaje, bicicleta, baloncesto, karate, balonmano, pescar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estos deportes?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>II. ¿Cuáles son las actividades, los juegos o los pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes? Por ejemplo: video juegos, cartas, juegos de armar, jugar con muñecos(as), leer, tocar música, cantar, etc. (No incluya escuchar radio o ver televisión).</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>III. ¿Cuáles son las organizaciones, los equipos, los clubes o los grupos a los que pertenece su hijo(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿qué tan activo(a) es en cada uno de los grupos?							
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<p>IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)? Por ejemplo: cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, hacer mandados, lavar los platos, etc. (Incluya tareas o trabajos pagados y no pagados).</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?							
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor utilizar letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tiene su hijo(a)? (No incluya a sus hermanos o hermanas.)  
 Ninguno  1  2 ó 3  4 o más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa su hijo(a) en actividades con sus amigos(as)?  Menos de 1  1 ó 2  3 o más

VI. En comparación con otros niños o niñas de la misma edad, ¿cómo . . .

Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás

- a. se lleva con sus hermanos y hermanas?     No tiene hermanos o hermanas  
 b. se lleva con otros niños y niñas?     
 c. se comporta con su papá y mamá?     
 d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)?

VII. 1. Desempeño escolar.  Si su hijo(a) no está en la escuela, por favor escriba la razón. \_\_\_\_\_

Marque una respuesta para cada materia.	Fue reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras materias, como por ejemplo, Idiomas, cursos de computadoras, comercio, etc. b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Está su hijo(a) en una clase o escuela especial o recibe servicios especiales?  
 No  Sí - ¿En qué tipo de clase o escuela especial está? (Especifique): \_\_\_\_\_

3. ¿Ha repetido algún año?  No  Sí - ¿Qué año o años y por qué? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico u otros problemas en la escuela?  No  Sí - por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron estos problemas? \_\_\_\_\_  
 ¿Han terminado estos problemas?  No  Sí - ¿Cuándo terminaron? \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad, discapacidad física o mental?  No  Sí - por favor describa el problema: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo mejor que ve en su hijo(a)? Por favor describa: \_\_\_\_\_

**Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) *ahora o durante los últimos seis meses*, haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) *muy cierto o cierto con frecuencia*. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) *en cierta manera, algunas veces*. Haga un círculo en el 0 si la frase describe a su hijo(a) *no es cierto (que sepa usted)*. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto con frecuencia
0 1 2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
0 1 2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0 1 2 32. Siente que tiene que ser perfecto(a)
0 1 2	3. Discute mucho	0 1 2 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere
0 1 2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0 1 2 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar
0 1 2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2	6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados	0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes
0 1 2	7. Es engreído(a), presumido(a)	0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0 1 2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0 1 2 41. Impulsivo(a); actúa sin pensar
0 1 2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0 1 2 42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas
0 1 2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
0 1 2	14. Llora mucho	0 1 2 44. Se come/muerde las uñas
0 1 2	15. Es cruel con los animales	0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)
0 1 2	16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás	0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0 1 2	17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	0 1 2 47. Pesadillas
0 1 2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0 1 2 48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0 1 2	19. Exige mucha atención	0 1 2 49. Padece de estreñimiento
0 1 2	20. Destruye sus propias cosas	0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0 1 2 51. Se siente mareado(a)
0 1 2	22. Desobedece en casa	0 1 2 52. Se siente demasiado culpable
0 1 2	23. Desobedece en la escuela	0 1 2 53. Come demasiado
0 1 2	24. No come bien	0 1 2 54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0 1 2 55. Tiene sobrepeso
0 1 2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0 1 2 56. Problemas físicos <i>sin causa médica conocida</i> :
0 1 2	27. Se pone celoso(a) fácilmente	0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2	28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0 1 2 b. Dolores de cabeza
0 1 2	29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____	0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
0 1 2	30. Le da miedo ir a la escuela	0 1 2 d. Problemas con los ojos ( <i>no incluya si se corrigió con gafas/lentes/espejuelos</i> ) (describa): _____
		0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel
		0 1 2 f. Dolores de estómago
		0 1 2 g. Vómitos
		0 1 2 h. Otros (describa): _____

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto con frecuencia	
0 1 2	57. Ataca/agrede físicamente a otras personas	0 1 2	84. Comportamiento raro (describa): _____
0 1 2	58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____	0 1 2	85. Ideas raras (describa): _____
0 1 2	59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público	0 1 2	86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
0 1 2	60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales	0 1 2	87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0 1 2	61. Tiene bajo rendimiento en la escuela	0 1 2	88. Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia
0 1 2	62. Mala coordinación o torpeza	0 1 2	89. Desconfiado(a), celoso(a)
0 1 2	63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella	0 1 2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0 1 2	64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella	0 1 2	91. Habla de querer matarse
0 1 2	65. Se rehusa a hablar	0 1 2	92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
0 1 2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez: compulsiones (describa): _____	0 1 2	93. Habla demasiado
0 1 2	67. Se fuga de la casa	0 1 2	94. Se burla mucho de los demás
0 1 2	68. Grita mucho	0 1 2	95. Le dan rabieta o tiene mal genio
0 1 2	69. Reservado(a); se calla todo	0 1 2	96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales
0 1 2	70. Ve cosas que no existen (describa): _____	0 1 2	97. Amenaza a otros
0 1 2	71. Se cohíbe y se avergüenza con facilidad	0 1 2	98. Se chupa el dedo
0 1 2	72. Prende fuegos/inicia incendios	0 1 2	99. Fuma, masca o inhala tabaco
0 1 2	73. Problemas sexuales (describa): _____	0 1 2	100. No duerme bien (describa): _____
0 1 2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)	0 1 2	101. Falta a la escuela sin motivo
0 1 2	75. Demasiado tímido(a)	0 1 2	102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0 1 2	76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes	0 1 2	103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
0 1 2	77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____	0 1 2	104. Más ruidoso(a) de lo común
0 1 2	78. No presta atención o se distrae fácilmente	0 1 2	105. Usa drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa): _____
0 1 2	79. Problemas con el habla (describa): _____	0 1 2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0 1 2	80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío	0 1 2	107. Se orina en la ropa durante el día
0 1 2	81. Roba en casa	0 1 2	108. Se orina en la cama
0 1 2	82. Roba fuera de casa	0 1 2	109. Se queja mucho
0 1 2	83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____	0 1 2	110. Desea ser del sexo opuesto
		0 1 2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás
		0 1 2	112. Se preocupa mucho
		0 1 2	113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista: _____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)

## YSR

 <b>Por favor utilizar letra de molde</b>				<b>AUTO REPORTE DE JÓVENES ENTRE 11 Y 18 AÑOS (YSR/11-18)</b>			Para completar en la oficina O 9		
<b>TU NOMBRE COMPLETO</b> Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____			<b>TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando.</b> (Por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas/trabajos informales, jornalero, vendedor(a), profesional).						
<b>TU SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>TU EDAD</b> _____	<b>TU GRUPO ÉTNICO O RAZA</b> _____		<b>PADRE 1</b> (o Padre): _____				
<b>FECHA DE HOY</b> Día _____ Mes _____ Año _____			<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> Día _____ Mes _____ Año _____		<b>PADRE 2</b> (o Madre): _____				
<b>GRADO ESCOLAR:</b> _____ No voy a la escuela: <input type="checkbox"/>		<b>Si estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo haces?</b> _____		<b>Por favor completa esta forma con tu opinión sobre tu conducta, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. Si tienes comentarios adicionales escríbelos al final de la pregunta en el espacio que se provee.</b>					
<b>I. Anota por favor los deportes que más te gustan.</b> Por ejemplo: natación, beisbol, patinaje, montar bicicleta, baloncesto, pesca, etc.				<b>En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?</b>		<b>En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estos deportes?</b>			
<input type="checkbox"/> Ninguno				Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Anota por favor tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos además de los deportes.</b> Por ejemplo: video juegos, cartas, juegos de amar, jugar con muñecos(as), leer, tocar música, cantar, etc. (No incluyas escuchar radio o ver televisión).				<b>En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada una de estas actividades?</b>		<b>En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo eres en estas actividades?</b>			
<input type="checkbox"/> Ninguno				Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces.</b>				<b>En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿qué tan activa es tu participación en cada uno de los grupos?</b>					
<input type="checkbox"/> Ninguno				Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás			
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>IV. Anota por favor los trabajos que tienes que hacer.</b> Por ejemplo: cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, hacer mandados, lavar los platos, etc. (Incluye tareas o trabajos pagados y no pagados).				<b>En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo llevas a cabo estas tareas o trabajos?</b>					
<input type="checkbox"/> Ninguno				Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás			
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

Por favor escribe en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tienes?  
(No incluyas a tus hermanos o hermanas).  Ninguno  1  2 ó 3  4 o más

2. Sin contar las horas en que estás en la escuela,  
¿cuántas veces a la semana participas en actividades  
con tus amigos(as)?  Menos de 1  1 ó 2  3 o más

VI. En comparación con otros jóvenes de tu edad,  
¿cómo...

	¿Peor que los demás?	¿Igual que los demás?	¿Mejor que los demás?	
a. te llevas con tus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tengo hermanos o hermanas
b. te llevas con otros jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. te comportas con tus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. haces cosas por ti mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempeño escolar.  No voy a la escuela porque \_\_\_\_\_

Marca una respuesta para cada materia.

	Reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias, como por ejemplo, idiomas, cursos de computadoras, comercio, etc.  
No incluyas cursos como educación física, artes industriales, etc., u otras materias no académicas

¿Padeces de alguna enfermedad, problema físico o mental?  No  Sí—describe el problema:

En el espacio que sigue, explica qué es lo que más te preocupa de la escuela:

Por favor describe otras preocupaciones que tengas:

Por favor describe lo mejor de ti:

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor escribe en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

A continuación hay una lista de frases que describe jóvenes. Si la frase te describe a ti *ahora o durante los últimos seis meses*, haz un círculo en el número 2 si te describe *muy cierto o cierto con frecuencia*. Haz un círculo en el número 1 si sólo te describe *en cierta manera o algunas veces*. Si la frase no te describe a ti en los últimos seis meses, haz un círculo en el 0.

0 = No es cierto			1 = En cierta manera, algunas veces			2 = Muy cierto o cierto con frecuencia			
0	1	2	1.	Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0	1	2	32.	Me siento como que tengo que ser perfecto(a)
0	1	2	2.	Bebo alcohol sin permiso de mis padres (describe): _____	0	1	2	33.	Me siento como que nadie me quiere
0	1	2	3.	Discuto mucho	0	1	2	34.	Me siento como que los demás quieren perjudicarme
0	1	2	4.	Dejo sin terminar lo que empiezo	0	1	2	35.	Me siento inferior o creo que no valgo nada
0	1	2	5.	Disfruto de muy pocas cosas	0	1	2	36.	Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia
0	1	2	6.	Me gustan los animales	0	1	2	37.	Peleo mucho
0	1	2	7.	Soy engreído(a), presumido(a)	0	1	2	38.	Los demás se burlan de mí a menudo
0	1	2	8.	No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	39.	Me junto con jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	9.	No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____	0	1	2	40.	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____
0	1	2	10.	No puedo estar quieto(a)	0	1	2	41.	Actúo sin pensar
0	1	2	11.	Dependo demasiado de algunos adultos	0	1	2	42.	Me gusta más estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	12.	Me siento muy solo(a)	0	1	2	43.	Digo mentiras o engaño a los demás
0	1	2	13.	Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes	0	1	2	44.	Me como/muerdo las uñas
0	1	2	14.	Lloro mucho	0	1	2	45.	Soy nervioso(a), tenso(a)
0	1	2	15.	Soy bastante honesto(a)	0	1	2	46.	Partes de mi cuerpo se fuerzan o tienen movimientos involuntarios (describe): _____
0	1	2	16.	Soy malo(a) con los demás	0	1	2	47.	Tengo pesadillas
0	1	2	17.	Sueño despierto(a) a menudo	0	1	2	48.	No les caigo bien a otros(as) jóvenes
0	1	2	18.	Me hago daño a mí mismo(a) deliberadamente o he intentado suicidarme	0	1	2	49.	Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros(as) jóvenes
0	1	2	19.	Trato de atraer mucha atención	0	1	2	50.	Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	20.	Destruyo mis cosas	0	1	2	51.	Me siento mareado(a)
0	1	2	21.	Destruyo las cosas de otras personas	0	1	2	52.	Me siento demasiado culpable
0	1	2	22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2	53.	Como demasiado
0	1	2	23.	Desobedezco en la escuela	0	1	2	54.	Me siento demasiado cansado(a) sin ninguna buena razón
0	1	2	24.	No como tan bien como debería	0	1	2	55.	Peso demasiado
0	1	2	25.	No me llevo bien con otros jóvenes	0	1	2	56.	Tengo problemas físicos <i>sin causa médica</i> :
0	1	2	26.	No me siento culpable después de haber hecho algo que no debo	0	1	2	a.	Dolores o molestias ( <i>sin</i> que sean del estómago o dolores de cabeza)
0	1	2	27.	Tengo celos de otras personas	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	28.	Rompo las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2	c.	Náuseas, me siento mal
0	1	2	29.	Tengo miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluyas la escuela) (describe): _____	0	1	2	d.	Problemas con los ojos ( <i>no</i> incluya se corrigió con gafas/lentes/espejuelos)(describe): _____
0	1	2	30.	Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2	e.	Me da salpullido o irritación en la piel
0	1	2	31.	Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	f.	Dolores de estómago
					0	1	2	g.	Vómitos
					0	1	2	h.	Otros (describe): _____

Por favor escribe en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto con frecuencia	
0 1 2	57. Ataco físicamente a otras personas	0 1 2	84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe): _____
0 1 2	58. Me araña la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____	0 1 2	85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe): _____
0 1 2	59. Puedo ser bastante amigable	0 1 2	86. Soy testarudo(a)
0 1 2	60. Me gusta tratar cosas nuevas	0 1 2	87. Mi estado de ánimo o sentimientos cambian de repente
0 1 2	61. Mi desempeño escolar es bajo	0 1 2	88. Me gusta estar con otras personas
0 1 2	62. Soy torpe; no tengo mucha coordinación	0 1 2	89. Soy desconfiado(a)
0 1 2	63. Prefiero estar con jóvenes mayores que yo	0 1 2	90. Digo groserías o uso lenguaje obsceno
0 1 2	64. Prefiero estar con jóvenes menores que yo	0 1 2	91. Pienso en matarme
0 1 2	65. Me rehúso a hablar	0 1 2	92. Me gusta hacer reír a los demás
0 1 2	66. Repito ciertas acciones una y otra vez (describe): _____	0 1 2	93. Hablo demasiado
0 1 2	67. Me fugo de la casa	0 1 2	94. Me burlo mucho de los demás
0 1 2	68. Grito mucho	0 1 2	95. Me enfado con facilidad
0 1 2	69. Soy muy reservado(a); me callo todo	0 1 2	96. Pienso demasiado en el sexo
0 1 2	70. Veo cosas que otros creen que no existen (describe): _____	0 1 2	97. Amenazo con lastimar a otras personas
0 1 2	71. Me cohibo, me avergüenzo con facilidad	0 1 2	98. Me gusta ayudar a otras personas
0 1 2	72. Prendo fuegos/inicio incendias	0 1 2	99. Fumo, mastico, o inhalo tabaco
0 1 2	73. Puedo trabajar bien con mis manos	0 1 2	100. No duermo bien (describe): _____
0 1 2	74. Me gusta llamar la atención o hacerme el(la) gracioso(a)	0 1 2	101. Falto a clases o a la escuela
0 1 2	75. Soy demasiado tímido(a)	0 1 2	102. Tengo poca energía
0 1 2	76. Duermo menos que la mayoría de los jóvenes	0 1 2	103. Me siento infeliz, triste, o deprimido(a)
0 1 2	77. Duermo más que la mayoría de los jóvenes durante el día y/o la noche (describe): _____	0 1 2	104. So más ruidoso(a) que otros(as) jóvenes
0 1 2	78. No presto atención o me distraigo facilmente	0 1 2	105. Uso drogas sin razón médica (no incluyas aqui el uso de alcohol o tabaco (describe): _____
0 1 2	79. Tengo problemas con el habla (describe): _____	0 1 2	106. Trato de ser justo(a) con los demás
0 1 2	80. Defiendo mis derechos	0 1 2	107. Me gusta un buen chiste
0 1 2	81. Robo en casa	0 1 2	108. Me gusta llevar las cosas con calma
0 1 2	82. Robo fuera de casa	0 1 2	109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo
0 1 2	83. Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe): _____	0 1 2	110. Desearía ser del sexo opuesto
		0 1 2	111. Evito relacionarme con los demás
		0 1 2	112. Me preocupo mucho

Por favor asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor escribe cualquier otra cosa que describa tus sentimientos, comportamientos o intereses:



### Appendix. Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS-SP)

#### Experiencias Diarias

Instrucciones: Enseguida encontrará una serie de declaraciones sobre su experiencia diaria. Usando la escala 1–6 que aparece enseguida, por favor indique con qué frecuencia tiene, en la actualidad, cada una de las experiencias. Por favor responda de acuerdo lo que realmente refleja su experiencia, en lugar de responder lo que usted piensa que su experiencia debería ser. Por favor trate cada oración por separado, independiente de las demás.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Con mucha frecuencia	Con algo de frecuencia	Con poca frecuencia	Con muy poca frecuencia	Casi nunca
1. Podría estar experimentando alguna emoción y no estar consciente de ello hasta cierto tiempo después.					
2. Rompo o se me caen las cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.					
3. Me resulta difícil mantenerme enfocado en lo que está pasando en el presente.					
4. Tiendo a caminar rápido para llegar adonde voy sin poner atención a lo que voy experimentando en el camino.					
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones físicas de tensión o incomodidad hasta que realmente se apoderan de mi atención.					
6. Se me olvida el nombre de una persona tan pronto como me lo dicen por primera vez.					
7. Pareciera que funciono “en automático”, sin estar muy consciente de lo que estoy haciendo.					
8. Realizo actividades de prisa sin ponerles realmente atención.					
9. Me enfoco tanto en una meta que quiero alcanzar, que pierdo la noción de lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.					
10. Hago trabajos automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.					
11. Me doy cuenta de que escucho a alguien con un oído, mientras hago algo más al mismo tiempo.					
12. Manejo en ‘piloto automático’ y después de llegar a un lugar me pregunto por qué llegue allí.					
13. Me doy cuenta de que me preocupo del futuro o del pasado.					

14. Me doy cuenta de que hago las cosas sin poner atención.

15. Como entre comidas sin darme cuenta de que estoy comiendo.

(Johnson, Wiebe, & Morera, 2014).

<b>Escala Efecó Para Evaluar las Funciones Ejecutivas en Formato de Auto-Reporte</b>
1 Tengo dificultades para recoger y dejar ordenadas mis cosas cuando se me pide que lo haga.
2 Necesito tener alguien cerca para que me ayude a terminar una tarea cuando es muy larga.
3 Actúo sin pensar, haciendo lo primero que pasa por mi mente.
4 Tengo dificultad para admitir mis errores.
5 Me cuesta atender a las instrucciones que se me indican.
6 Cometo errores por descuido.
7 Me enfado por cosas insignificantes.
8 Tengo dificultades para tomar decisiones en forma independiente.
9 Dejo tiradas mis cosas por todas partes.
10 Tengo dificultades para encontrar rápidamente mis materiales al buscarlos en mi cuarto o escritorio.
11 Me cuesta realizar las tareas sin ayuda de los demás.
12 Soy lento/a en la realización de mis tareas educativas y del hogar.
13 Me cuesta concentrarme.
14 Tengo dificultades para esperar tranquilamente a que llegue mi turno.
15 Estoy moviéndome constantemente, no puedo estar quieto/a.
16 Hago mal mis tareas porque no sigo las instrucciones que se me dan.
17 Me cuesta hacer buenas propuestas para resolver problemas.
18 Tengo dificultad para escuchar atentamente.
19 Cuando me enfado tengo dificultad para calmarme con facilidad.
20 Parece que tengo ganas de hacer cosas pero enseguida me olvido de ellas.
21 Interfiero o interrumpo las actividades de los demás.
22 Me resulta difícil pensar o planificar las cosas con antelación.
23 Me cuesta cambiar de una tarea a otra.
24 Me cuesta mantener la atención en una actividad.
25 Necesito de alguien que me supervise para realizar mis trabajos.
26 Tengo dificultades para cuidar mis pertenencias.
27 Me perturban los cambios de planes.
28 Hago mis tareas de forma apresurada.
29 Tengo dificultad para hacer todos mis deberes sin detenerme.
30 Me cuesta trabajo encontrar mis cosas cuando las necesito.
31 Me resulta difícil comportarme adecuadamente en las reuniones sociales.
32 Me resulta difícil dejar de hacer algo cuando se me pide que no lo haga más.
33 Interrumpo a los demás cuando están hablando.
34 Me cuesta anticipar las consecuencias de mis actos.

35 Necesito de la ayuda de un adulto para terminar las tareas.
36 Necesito que me animen constantemente para comenzar a hacer mis tareas educativas y del hogar.
37 Protesto cuando no se me deja hacer lo que quiero.
38 Me resulta difícil concentrarme en el desarrollo de todo tipo de juegos (p. ej. Juegos de mesa).
39 Olvido revisar las tareas después de terminarlas.
40 Tengo dificultades para tomar decisiones, incluso ante las cosas más sencillas.
41 Me resulta difícil centrarme en algo.
42 Puedo llegar a decir cosas inadecuadas a otras personas.
43 Tengo dificultades para realizar apropiadamente actividades o tareas que tienen más de un paso.
44 Me es difícil regresar a una tarea después de tomar un descanso.
45 Olvido revisar mi cartera o mochila antes de ir al colegio.
46 Me levanto de la silla o abandono mi lugar cuando no debo hacerlo.
47 Necesito que se me diga que comience una tarea aunque tenga ganas de hacerla.
48 Me altero o pierdo el control cuando extravío algo.
49 Tengo dificultades para adaptarme a los cambios en mis rutinas, a nuevos profesores o a cambios en los planes familiares.
50 Me decepciono fácilmente.
51 Parece que voy dejando todo desordenado por donde paso.
52 Me distraigo fácilmente.
53 Debo esforzarme incluso en las asignaturas que me gustan.
54 Olvido llevar a casa las tareas, avisos o asignaciones educativas.
55 Me molesto fácilmente.
56 Me cuesta estar dispuesto/a a iniciar las tareas con sólo proponérmelas.
57 Tengo problemas para concentrarme en la realización de tareas educativas y del hogar.
58 Me quedo en los detalles de la tarea y pierdo el objetivo principal.
59 Me resisto a resolver de forma diferente tareas educativas, juegos con amigos, tareas del hogar, etc.
60 Mi desorden tiene que ser recogido por otros.
61 Tengo dificultad para terminar mis deberes a tiempo.
62 Me cuesta tener buenos hábitos de estudio.
63 Tengo cambios de ánimo de forma sorpresiva.
64 Me cuesta tener iniciativa para comenzar actividades, juegos o tareas educativas.
65 Me cuesta tener muchas ideas.
66 Me olvido de las cosas.
67 Pierdo el control de mis emociones (hago rabietas).

**Parenting Stress Index Short Form**

1. Cannot handle things
2. Give up life
3. Trapped by parenting responsibilities
4. Can't do new things
5. Can't do thing I like
6. Unhappy with purchase
7. A lot of things bother me
8. Problems with men
9. Feel alone
10. Bad time at party
11. Less interested in people
12. Enjoy things less
13. Rarely make me feel good
14. Child does not like me
15. Smiles less at you
16. No appreciated
17. Rarely giggles
18. Learn slow
19. Smile less
20. Do less
21. New things hard

22. I feel that I am very good— not very good at being a parent.

23. Expected closer/warmer

24. Bothers me to be mean

(Whiteside-Mansell, Ayoub, McKelvey, Faldowski, Hart, & Shears, 2007).

## APA-USFQ Niveles de títulos del trabajo de titulación

Nivel 1	<b>CENTRADO, EN NEGRILLA, TODAS LAS PALABRAS EN MAYÚSCULAS</b>
Nivel 2	<b>Alineado a la izquierda, en negrilla, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra</b>
Nivel 3	<b>Con sangría de párrafo, negrilla, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</b>
Nivel 4	<i>Con sangría de párrafo, negrilla, cursiva, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</i>
Nivel 5	<i>Con sangría de párrafo, cursiva, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</i>

## APA 6ª EDICIÓN

Nivel 1	<b>Centrado, en Negrilla, Comienzan en Mayúscula Todas las Palabras Principales</b>
Nivel 2	<b>Alineado a la Izquierda, en Negrilla, Mayúscula Todas las Palabras Importantes</b>
Nivel 3	<b>Con sangría de párrafo, negrilla, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</b>

Nivel 4	<i>Con sangría de párrafo, negrilla, cursiva, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</i>
Nivel 5	<i>Con sangría de párrafo, cursiva, mayúscula solo la primera letra de la primera palabra y terminado en punto.</i>