

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**¿Como y hasta qué punto las estrategias de Mindfulness
podrían ayudar a niños con Trastorno por Déficit de
Atención e Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno
Desafiante por Oposición y a sus padres?**

Proyecto de Investigación

María Luisa Gómez Echavarría

Psicología Clínica

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

Quito, 2 de mayo de 2019

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

¿Como y hasta qué punto las estrategias de Mindfulness podría ayudar a niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición y a sus padres?

María Luisa Gómez Echavarría

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Mariel Paz y Miño, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 2 de mayo de 2019

Derechos de Autor

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

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

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Luisa Gómez Echavarría

Código: 00112762

Cédula de Identidad: 1719403741

Lugar y fecha: Quito, 2 de mayo de 2019

RESUMEN

Introducción: La comorbilidad más común en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es el Trastorno Desafiante por Oposición. Este diagnóstico se manifiesta en varias áreas del niño como es sus relaciones interpersonales, desempeño académico, regulación emocional y funciones ejecutivas. Estos síntomas son el resultado de una mezcla de predisposición genética y factores ambientales. Varios estudios han encontrado que esta comorbilidad es un gran predictor para un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Antisocial. El objetivo de este estudio es establecer el uso de estrategias de mindfulness como un tratamiento efectivo para esta comorbilidad. Este tratamiento aborda tanto a el contexto individual como el contexto familiar. **Método:** la muestra para este estudio serán 20 niños con esta comorbilidad y uno de sus cuidadores o padres, divididos en grupo de tratamiento y grupo control. Se aplicarán el Conners 3, BRIEF II y Escala de Estrés Parental pre y post tratamiento. El tratamiento consistirá de terapia basada en mindfulness para reducción de estrés enfocada en los padres y terapia cognitiva basada en mindfulness enfocada en los niños. **Resultados:** se espera una reducción de síntomas en los niños y aprendizaje de herramientas útiles en los padres. **Conclusiones:** La terapia basada en mindfulness es un tratamiento efectivo para la comorbilidad entre TDAH y TDO.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Desafiante por Oposición, comorbilidad, terapia basada en mindfulness para reducción de estrés y terapia cognitiva basada en mindfulness para niños.

ABSTRACT

Introduction: The most common comorbidity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Oppositional Defiant Disorder. This diagnosis is manifested in various areas of the child such as interpersonal relationships, academic performance, emotional regulation and executive functions. These symptoms are the result of a mixture of genetic predisposition and environmental factors. Several studies have found that this comorbidity is a great predictor for a diagnosis of Antisocial Personality Disorder. The objective of this study is to establish the use of mindfulness strategies as an effective treatment for this comorbidity. This treatment addresses both the individual context and the family context. **Method:** the sample for this study will be 20 children with this comorbidity and one of their caregivers or parents, divided into a treatment group and a control group. The Conners 3, BRIEF II and Parental Stress Scale will be applied before and after treatment. The treatment will consist of mindfulness-based therapy for stress reduction focused on parents and cognitive therapy based on mindfulness focused on children. **Results:** a reduction of symptoms in children is expected and learning of useful tools in parents. **Conclusions:** Mindfulness-based therapy is an effective treatment for comorbidity between ADHD and ODD.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, comorbidity, mindfulness-based therapy for stress reduction and cognitive therapy based on mindfulness for children.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
Antecedentes	8
Problema	12
Pregunta de Investigación	12
Propósito del Estudio	12
El Significado del Estudio	13
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
Fuentes	14
Formato de la Revisión de la Literatura.....	14
1. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad	14
2. Trastorno Desafiante por Oposición	19
3. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición.....	22
4. Mindfulness	23
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada.....	29
Participantes	29
Herramientas de Investigación Utilizadas	29
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos.....	31
Consideraciones Éticas	34
RESULTADOS ESPERADOS.....	35
DISCUSIÓN	39
Conclusiones	39

Limitaciones del Estudio.....	39
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	47
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	48
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	50

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad más común en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el Trastorno Desafiante por Oposición (TDO). La prevalencia reportada de TDAH y TDO concurrentes varía, sin embargo los datos sugieren que entre el 54 y el 67 por ciento de los niños con TDAH cumplen los criterios para TDO a los 7 años o más (Mash & Barkley, 2002). Esta combinación está asociada a una mayor severidad de los síntomas.

Los patrones cognitivos y de comportamiento característicos del TDAH son fuertemente hereditarios; cuando ocurren en combinación con la oposición temprana y la agresión, tienden a ser el inicio de un patrón dañino de aumento de la coerción en el hogar, fracaso académico y rechazo de compañeros, lo cual predice la continuación de patrones de comportamiento de externalización (Campbell, en prensa; Hinshaw, 1992, 1999; Parker & Asher, 1987; Patterson et al., 1992 en Mash & Barkley, 2002).

Antecedentes

Es normal que los niños sean activos, energéticos, e incluso impulsivos en ciertas ocasiones. Se presenta un problema cuando esto empieza a afectar la funcionalidad en una o varias áreas. El TDAH, es un trastorno neurológico del desarrollo que incluye patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Se estima que la prevalencia de este trastorno es 3 a 7 por ciento en niños (American Psychiatric Association, 2000). La inatención incluye inhabilidad para mantener la atención o persistir en actividades, recordar o seguir instrucciones y reglas, y resistir distractores. La hiperactividad/impulsividad se refiere a la dificultad que presentan estos niños con altos niveles de actividad, para mantenerse sentados cuando es necesario, esperar en fila o tomar turnos. Corren, trepan, son bullosos, impulsivos e interrumpen las actividades de otros (Mash & Barkley, 2002).

El TDO es caracterizado por “dificultades emocionales y regulación del comportamiento que con frecuencia lleva a el niño a tener conflicto con figuras de autoridad” (Adis medical Writers, 2015). Este trastorno usualmente se encuentra en niños de 8 años en adelante (Luiselli, 2007). Los niños con TDO presentan un patrón de enojo e irritabilidad, comportamiento desafiantes y argumentativos. Se ha reportado una prevalencia de 2 a 16 por ciento (American Psychiatric Association, 2000). Según Barkley (1997) se reconocen tres categorías en este trastorno. Primero los niños no hacen caso a las solicitudes de un adulto. Pueden responder a la solicitud de forma apropiada pero posteriormente no se presenta la conducta solicitada. Por último, se presenta un fracaso por parte de los niños a seguir las reglas de conducta.

La primera línea de tratamiento tanto para el TDAH y TDO incluye Terapia Cognitiva Conductual y psicofarmacología. En TDAH se han investigado el uso de otro tipo de terapias como es Neurofeedback y Mindfulness.

El tratamiento para TDAH incluye medicación y terapia conductual. La primera línea de medicamentos es de estimulantes como metilfenidato y anfetaminas. Los estimulantes reducen la sintomatología presentada en niños con TDAH como es; la capacidad del niño para seguir reglas y la reactividad emocional. Esto lleva a que los niños puedan establecer mejores relaciones tanto con sus padres como con sus pares (American Academy of Pediatrics, 2001). “Aproximadamente 65 a 75 por ciento de niños responden al tratamiento inicial con estimulantes” (Adis Medical Writers, 2015, p. 106). La terapia conductual también es un tratamiento para TDAH. “La terapia conductual representa un amplio conjunto de intervenciones específicas que tienen el objetivo común de modificar el entorno físico y social para alterar o cambiar el comportamiento” (American Academy of Pediatrics, 2001, p. 1039). Esta terapia incluye diferentes técnicas que modelan gradualmente el comportamiento de niño, incluyendo a los padres y maestros como facilitadores.

Por otro lado para el TDO el tratamiento incluye programas de capacitación para padres, programas escolares, terapia familiar o medicamentos.

El tratamiento debe comenzar con la capacitación de los padres para el manejo y entrenamiento de habilidades de solución de problemas, y debe ser altamente individualizado, en el cual la edad y las comorbilidades son los factores más importantes a considerar. La terapia con medicamentos se debe utilizar como un complemento si no se observa una mejora (Steiner, Rensing, & Grupo de Trabajo, 2007, p. 136).

Los medicamentos incluyen estabilizadores de ánimo, antipsicóticos y estimulantes que pueden ayudar a controlar la agresión. Existe poca evidencia sobre el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para los trastorno de estado de ánimo (Liu, Shah, Kubilis, Xu, Bussing & Winterstein, 2015).

La asociación de TDO y TDAH parece conferir pobres pronóstico. Los jóvenes con TDO y TDAH tienden a ser más agresivos, mostrar un mayor rango y persistencia. de problemas de comportamiento, son rechazados por sus compañeros, y presentan bajo rendimiento académico. Se presume que el TDAH facilita la aparición de TDO y acelera la transición a un Trastorno de Conducta (TC) (Steiner., et al, 2007, p. 129).

Estos tratamiento varían es su eficacia, es por esto que se plantea el uso de estrategias de mindfulness como tratamiento para la comorbilidad de TDAH y TDO.

Mindfulness es una forma de meditación basada en la tradición Budista, que ha sido utilizada en las últimas dos décadas para tratar diferentes problemas de salud mental (Bögels, Lehtonen & Restifo, 2010). Se describe como el acto de autorregular la atención sin juzgar el momento presente (Zylowska, Ackerman, Yang, Futrell, Horton, Hale, Pataki & Smalley, 2008). El entrenamiento Mindfulness tiene la intención de aumentar la conciencia de un individuo y lograr la aceptación de experiencias internas, incluyendo pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas, así como conciencia y aceptación de eventos externos a

la persona. La práctica de mindfulness puede presentar beneficios en los niños y padres construyendo o mejorando las fortalezas de cada miembro de familia.

La terapia basada en mindfulness incluye diferentes variaciones entre ellas una dirigida a reducir el estrés y dolor crónico y una combinación con la terapia cognitiva. Se utilizará un programa psicoeducativo de 8 semanas que consiste en clases semanales de 2.5 horas de meditación guiada y 45 a 60 minutos de práctica en casa todos los días; esto será exclusivo para los padres. De igual manera se les enseñará a los niños y sus padres; técnicas de meditación, como la respiración mental y el escaneo corporal, además de la conciencia plena, una habilidad que puede aplicarse a tareas de la vida diaria como conducir, comer e interactuar con otros (Salmon, Sephton, Weissbecker, Hoover, Ulmer, & Studts, 2004). La principal diferencia entre la terapia basada en mindfulness para la reducción de estrés (MBSR) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), es que MBCT se enfocan en pensamientos negativos al principio del programa para que los participantes puedan aprender a identificar y responder a estos pensamientos (Cairncross & Miller, 2016) . Esta es un herramienta útil para los niños con TDAH y TDO y sus padres ya que al poder identificar los pensamientos negativos se puede trabajar en ellos.

Se han realizado varios estudios que documentan los efectos de la práctica de Mindfulness en niños con el diagnóstico de TDAH. Según el estudio de Lo, et al. (2017) donde se enseñó y practicó Mindfulness con niños de 5 a 7 años con TDAH y sus padres, esta práctica reduce los síntomas de inatención, hiperactividad-impulsividad y mejora los problemas de comportamiento. Podría llevar a la reducción de los problemas de internalización y externalización de los niños. El programa para padres duraba 6 semanas con sesiones de una hora y media, mientras que el programa para los niños duraba 6 días con sesiones de una hora. En la cuarta y sexta sesión de los padres se incorporan a los niños para ayudar a las familias a practicar Mindfulness juntos (Lo, Wong, Wong, Yeung, Snel &

Wong, 2017). De igual manera, un meta análisis realizado sobre la efectividad de la terapia Mindfulness en niños con TDAH, encontró que esta práctica reduce tanto la sintomatología de inatención como la sintomatología de hiperactividad-impulsividad que se presenta en este trastorno (Cairncross & Miller, 2016). Sin embargo, no se encuentra ningún estudio que haya usado esta práctica de Mindfulness como tratamiento de TDAH con TDO.

Problema

El problema que plantea este trabajo es la falta de investigación que existe sobre tratamientos especializados para niños que presentan TDAH y TDO. Se propone una investigación que analice los beneficios de la práctica Mindfulness en la sintomatología presentada en la comorbilidad de TDAH y TDO, con el fin de evitar que el curso de estos trastornos avance a un TC o Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA) (Mash & Barkley, 2002).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la práctica Mindfulness podría ayudar a niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición y a sus padres?

Propósito del Estudio

El propósito de este estudio es encontrar otra línea de tratamiento para niños que presentan TDAH y TDO. Este tratamiento puede ayudar tanto a los niños como a sus padres a regularse con todo lo que trae este diagnóstico. De esta manera se podría evitar la continuación de patrones de comportamiento de externalización presentados a esta temprana edad.

El Significado del Estudio

Como mencionado anteriormente un 54 a 67 por ciento de niños con TDAH tienen comorbilidad con TDO y no existe mucha investigación sobre tratamientos que puedan presentar una reducción de los síntomas y conductas de externalización presentadas en este diagnóstico doble. Se busca realizar una investigación sobre los efectos de la práctica Mindfulness en niños con este diagnóstico y sus padres. Con el fin de reducir la sintomatología presentada en los niños y las conductas coercitivas que presentan los padres.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información presentada a continuación fue adquirida de diferentes libros, artículos académicos y trabajos de investigación. Fue obtenida principalmente de Journal of Attention Disorders, Springer Link, Google Scholar, Science Direct y Ebsco. Las palabras claves utilizadas fueron Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Desafiante por Oposicional, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Oposicional Desafiante, Mindfulness, Terapia basada en Mindfulness para reducir el estrés, farmacología y otros tratamientos para TDAH, farmacología y otros tratamientos para TDO y TDAH en comorbilidad con TDO.

Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura en este trabajo se realizará por temas, empezando con el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, se continuará con el Trastorno Desafiante por Oposición, después TDAH en comorbilidad con TDO y se terminará con Mindfulness y las estrategias que pueden ayudar a niños diagnosticados con TDAH en comorbilidad con TDO y a sus padres.

1. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

En 1968 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) introduce el término *Reacción hiperkinética de la infancia* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales II (DSM), haciendo referencia a la hiperactividad que presentan los niños. En 1970 Douglas propone que la autorregulación es la clave para la inatención e impulsividad. En 1980 la APA introduce en el DSM III el término *déficit de atención con y sin hiperactividad*. En 1992 la Organización Mundial de la salud (OMS) propone el término *Trastorno hiperkinético*. En el DSM IV en 1994 se introducen tres subtipos, presencia predominante de

inatención, presencia predominante de hiperactividad/ impulsividad o la combinación de las dos (Espina & Ortego, 2006).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), para cumplir con un diagnóstico de TDAH se deben cumplir seis o más criterios de desatención, seis o más criterios de hiperactividad, estos síntomas de hiperactividad e inatención causaban malestar y están presentes antes de los 7 años, se presentan problemas por estos síntomas en dos o más ambientes, se presentan pruebas de un deterioro social, académico o laboral y los síntomas no son mejor explicados por otro trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas de inatención, como la distracción o tendencia a cometer errores por descuido, a frecuencia impiden mantener la atención en el colegio, completar las tareas y organizar el tiempo de manera apropiada. Los síntomas hiperactivos/ impulsividad, como inquietud y habla excesiva, a menudo causan dificultad en las interacciones sociales y en la regulación emocional en las diferentes tareas (Silabis, Milligan, Pun, McKeough, Schmidt & Segalowitz, 2017).

“Niños con TDAH pueden experimentar problemas funcionales significativos, como dificultades en el colegio, bajo rendimiento académico, relaciones interpersonales problemáticas con familiares y compañeros, y baja autoestima” (Noorbala & Akhondzadeh, 2006, p.374).

La prevalencia del TDAH según el APA (2000) es de 3 a 7 por ciento de la población. Sin embargo la prevalencia según padres y maestros varía y puede llegar hasta un 20 por ciento. Por otro lado hay más niños que niñas diagnosticadas con una proporción de cuatro a nueve niños por cada niña (American Psychiatric Association, 2000).

La etología de TDAH es desconocida y es un trastorno heterogéneo. Se han encontrado factores neuroquímicos, neuroanatómicos, genéticos y ambientales.

El sistema central de neurotransmisión catecolaminérgica está involucrado en la fisiopatología de el TDAH. “Existe menos dopamina, noradrenalina, serotonina y GABA en la sinapsis” (Espina & Ortego, 2006). Es por esto que tratamientos efectivos modulan neurotransmisiones dopaminérgicas y noradrenérgicas en la corteza prefrontal (Noorbala & Akhondzadeh, 2006).

Estudios de imágenes cerebrales muestran diferencias entre los cerebros de personas con TDAH y personas sin TDAH. Se usó Imágenes de Resonancia Magnética y Imágenes de Tensor de Difusión en 15 sujetos. Estas mostraron que los cerebros de aquellos con TDAH tenían adelgazamiento en las regiones frontales bilaterales y la corteza cingulada derecha, de igual manera se encontró una disminución significativa en el esplenio del cuerpo caloso y los ganglios basales bilaterales. También se observó una conectividad funcional significativamente menor en la corteza cingulada anterior, la corteza cingulada posterior, la corteza prefrontal lateral, la precuña izquierda y el tálamo (Ming-Gou, Zhang, Qi-yu & Guang-jiu, 2010).

Los estudios genéticos muestra que existe una tendencia a padecer este trastorno si un familiar en primer grado cumple con el diagnóstico, de 5 a 6 veces más frecuente. De igual manera existe una concordancia en gemelos dicigóticos de 29 a 33 por ciento y en gemelos monocigóticos de 51 a 86 por ciento (Cornejo, Cuartas, Gómez-Uribe & Carrizosa, 2004).

Se han asociado lesiones cerebrales traumáticas a el TDAH en bajos porcentajes. Factores ambientales como la exposición a tabaco o alcohol en el periodo fetal y la exposición al plomo en los primeros años también se han asociado a el TDAH. Por último, existe poca evidencia para sustentar que el azúcar refinado y aditivos a las comidas son responsables de el TDAH (Noorbala & Akhondzadeh, 2006).

Los problemas de atención en el TDAH se manifiestan de diferentes formas. Los padres reportan que sus hijos pasan de una tarea a otra rápidamente, no escuchan órdenes

directas y los profesores se quejan de falta o poca concentración en las tareas e instrucciones que se dan. Sin embargo, esta conducta no siempre es la regla para estos niños. En ocasiones pueden concentrarse en tareas que les agradan o les interesan, sugiriendo que la falta de atención se presenta en “situaciones, monótonas, aburrida y rutinarias”(Wicks- Nelson & Israel, 1997).

Con el fin de identificar qué dimensión de atención se ve afectada en este trastorno se realizaron algunos estudios en diferentes dimensiones. La atención selectiva, que se refiere a atender a un estímulo importante ignorando los demás estímulos alrededor, los estudios no indican un déficit de atención selectiva en niños con TDAH. También se ha estudiado la atención mantenida, que se refiere a presentar atención a una tarea por un período de tiempo prolongado. En el estudio se realizaba una tarea que consistía de la proyección de diferentes palabras en una pantalla, se buscaba que el participante aplastara un botón cuando detectara un estímulo. Se clasificaron dos errores; no aplastar el botón en presencia de un estímulo y aplastarlo sin el estímulo presente. Las personas con TDAH que participaron de este estudio tendieron a cometer estos dos errores con más frecuencia que el resto de la población participante. A pesar de que esto indica un problema este no puede ser clasificado como un trastorno de la atención mantenida. Un trastorno en la atención mantenida se presenta cuando hay un deterioro en el rendimiento a medida que aumenta la duración de la tarea (Wicks- Nelson & Israel, 1997).

La hiperactividad es usualmente descrita como movimiento constante, excesivo y en ocasiones inoportunos. La impulsividad se refiere a la incapacidad de pensar y actuar después (Espina & Ortego, 2006). Estos niños suelen caerse, golpearse contra objetos, tropezarse y en algunos casos sufrir accidentes que causan daños corporales más graves (Wicks- Nelson & Israel, 1997).

Porrino, et al. (1983) realizó un estudio donde se midió la actividad motora de niños con hiperactividad y un grupo control. Se midió la actividad por una semana con el uso de monitores. Los resultados mostraron que aquellos niños con hiperactividad tenían un nivel más alto de actividad motora que el control, sin importar la hora del día. Esto también se pudo observar en las horas de sueño y los fines de semana. Durante las actividades escolares estructuradas también presentaron mayor actividad motora.

Actualmente el tratamiento para el TDAH se ha enfocado en el tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico con el uso de la terapia conductual.

Varios estudios apoyan la eficacia a corto plazo de los medicamentos estimulantes para reducir los síntomas centrales y mejorar algunas funciones de el TDAH. Estos tienen un mayor efecto en el comportamiento social de los niños como la hiperactividad e impulsividad. Se utiliza el metilfenidato y anfetaminas que aumentan la dopamina y noradrenalina en la sinapsis (Espina & Ortego, 2006). Los síntomas que reducen estos medicamentos son la falta de atención, hiperactividad, impulsividad, agresividad y estado de alerta. Existen varias presentaciones para estos medicamentos; de acción corta, de acción intermedia y liberación prolongada (Adis Medical Writers, 2016).

Por otro lado, la terapia conductual busca modificar el ambiente físico y social para crear un cambio en el comportamiento. Esta terapia va de la mano de varios cambios en la casa y el colegio que incluyen más estructura, más atención personalizada y limitación de estímulos que pueden causar distracción. Esta terapia usualmente trabaja con la técnica de refuerzos positivos cuando se presenta la conducta deseada del sujeto. La repetición eventualmente modela el comportamiento deseado. Esta terapia puede incluir un entrenamiento a los padres y manejo de la clase que busca incrementar la estructura de algunas actividades (American Academy of Pediatrics, 2001).

2. Trastorno Desafiante por Oposición

El diagnóstico de TDO se introdujo por primer vez en el DSM III en 1987. Desde ese entonces permanece la duración y la presencia de los síntomas por 6 o más meses. Se han realizado algunos cambios a este diagnóstico desde entonces. En el DSM IV se eliminó un criterio que incluía el uso de lenguaje obsceno. Se agregó la subcategorización de los criterios: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativo, en el DSM V. Por último, se realizaron modificaciones en la manera en la que expresaban los criterios a un lenguaje más médico (Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

El diagnóstico de TDO refleja una manifestación persistente de negatividad y comportamiento de oposición. Está compuesto por la pérdida de control, irritabilidad discutir, desafiar, molestar a otros, culpar a otros, estar susceptible, enfadarse y ser vengativo (Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

El TDO tiene una influencia negativa general en varios aspectos del desarrollo entre ellos están las interacciones con familiares, pares y otras relaciones interpersonales, el desarrollo de otra psicopatología como TC o TPA y el funcionamiento en varios contextos (Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

El TDO tiene una prevalencia de 2 a 16 por ciento según el APA (2000). Sin embargo un análisis de varios estudios muestra una prevalencia de 3.3 por ciento, donde se encontró que las diferencias radican en la metodología más no en diferencias culturales (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). El comportamiento oposicional es transitorio y común en preescolares y adolescentes, es por esto que se debe tener precaución al realizar un diagnóstico, especialmente en estas etapas de desarrollo. El número de síntomas en este desorden aumentan con la edad. Existe una prevalencia mayor de hombres antes de la pubertad, pero los números parecen igualarse entre hombres y mujeres en la pubertad. Los síntomas son similares para ambos géneros, excepto que los hombres suelen ser más

comportamientos de confrontación, con sintomatología más persistente. El TDO se encuentra más comúnmente en familias en donde por lo menos uno de los padres presenta una historia de trastornos de estado de ánimo, TDO, TC, TDAH, desorden de personalidad antisocial o una desorden relacionado al consumo de sustancias. De igual manera la presencia de TDO es más común en familias con discordia marital. (American Psychiatric Association, 2000).

“La opinión más frecuente es que el TDO surge de una compleja combinación de factores de riesgo y de protección que se originan en la constelación biopsicosocial de un individuo” (Steiner., et al, 2007, p. 127).

Estudios recientes presentan evidencia que demuestra una influencia genética en el TDO, se puede identificar temprano en la infancia y que persiste hasta al menos la adultez temprana (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). Estos estudios han encontrado evidencia de responsabilidad genética en el TDO de por lo menos 40 a 60 por ciento. Se encontró que cuando el TDO concurre con irritabilidad, depresión y ansiedad se asocia con un factor genético. Mientras que la parte conductual del TDO tiene vinculación genética con la delincuencia. Esto sugiere que algunos factores genéticos están asociados a la conducta en TDO y otros a la parte interiorizada del TDO (Dick et al., 2005; Lahey, Van Hulle, Singh, Waldman, & Rathouz, 2011; Rowe et al., 2008, citado en Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

Factores biológicos, tales como la exposición a nicotina y alcohol en el útero, toxina y malnutrición parecen tener un efecto, sin embargo los resultados son inconsistentes (Raine, 2002, citado en Steiner., et al, 2007).

Por otro lado, estudios han encontrado una alteración en los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos dopaminérgicos y noradrenérgicos, anormalidades en la corteza prefrontal, bajos niveles de cortisol y altos niveles de testosterona (Connor, 2002; Raine, 2002, citado en Steiner., et al, 2007).

Factores ambientales asociados al TDO incluyen pobreza, falta de estructura, violencia en la comunidad, falta de supervisión por parte de los padres, falta de involucramiento positivo de los padres, prácticas inconsistentes de disciplina y abuso (Steiner., et al, 2007).

“Los expertos coinciden en que cualquier intervención dramática, de una sola vez, por tiempo limitado o a corto plazo generalmente no tiene éxito para reducir los síntomas de el TDO” (Burke, Loeber & Birmaher, 2002).

Las intervenciones preventivas se consideran un elemento clave para el tratamiento de el TDO y el TC. Estas intervenciones se pueden dar en colegios, clínicas y comunidades. De igual manera, visitas a casas de niños con alto riesgo como medida de prevención han mostrado tener buenos resultados. Existen paquetes preventivos dirigidos a habilidades sociales, resolución de conflictos y manejo de la ira (Steiner., et al, 2007).

Intervenciones individuales no se han clasificado como un tratamiento superior efectivo. Sin embargo, su eficacia puede mejorar como parte de un tratamiento más amplio. Programas de capacitación en resolución de problemas y de desarrollo moral han tenido buenos resultados reduciendo los síntomas de TDO y construyendo habilidades sociales (Burke., et al, 2002).

El Entrenamiento de Manejo de Padres se encuentran entre los tratamientos más efectivos para el TDO, con mejoras en los entornos y en el tiempo. Sin embargo, algunos estudios han mostrado que a pesar de mejorar alguna sintomatología presente en el TDO la mejoría no es tanta para sacar a los niños del rango de funcionamiento clínicamente deteriorado. Otro tratamiento es el Entrenamiento de Interacción entre Padres e Hijos, que tiene resultados bastante positivos. Este entrenamiento se enfoca en mejorar las habilidades de los padres para dar instrucciones claras, elogiar el cumplimiento y dar un time out para el incumplimiento (Burke., et al, 2002).

El tratamiento farmacológico incluye estabilizadores de ánimo, antipsicóticos típicos y atípicos, clonidina y estimulantes. Sin embargo, muchos estudios reportan su falta de eficacia si estos no son acompañados de otro tipo de tratamiento (Burke., et al, 2002).

3. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición

La comorbilidad más común del TDAH es el TDO. Esta comorbilidad tiene una prevalencia de 45 a 84 por ciento. Es una combinación que está asociada a mayor gravedad de los síntomas y deterioro diario, así como un pronóstico más pobre de los dos diagnósticos por sí solos (Adis Medical Writers, 2015). De igual manera está asociada a más altos niveles de agresión física y relacional (Babinski & McQuade, 2018). Es común encontrar más dificultades y desafíos en niños con TDAH y TDO especialmente en el área de regulación emocional. La detección de esta comorbilidad a una temprana edad se asocia con la persistencia del TDAH en la adolescencia y adultez temprana, y predice tasas más altas de ansiedad y depresión (Adis Medical Writers, 2015).

Estos niños presentan múltiples factores de riesgo individuales y contextuales que los puede llevar a un desarrollo desfavorable de la personalidad (Steiner, Remsing, & Grupo de Trabajo, 2007). Se ha encontrado que esta comorbilidad es un de los predictores más confiables del Trastorno de Personalidad Antisocial. De igual manera niños con esta comorbilidad y el pasar de los años tiene un mayor riesgo de empezar a consumir sustancias como alcohol o drogas recreativas (Mash & Barkley, 2002).

Estudios en gemelos mostraron que existe un contribuyente genético para estos trastornos en especial entre TDAH y TDO (Mash & Barkley, 2002). Estos trastornos externalizantes comparten factores genéticos comunes (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). Otras investigaciones reportan que diferentes factores ambientales también llevan a esta

comorbilidad, este factor de riesgo probablemente sea adversidad familiar específicamente problemas en la crianza (Mash & Barkley, 2002).

Múltiples evaluaciones y entrevistas a padres, maestros y auto reportes pueden facilitar la toma de decisión clínica. Se deberían realizar varias escalas de medición para asegurar la presencia de los dos trastornos, estas escalas incluyen Child Behaviour Checklist, Conners 3 Rating Scale Long Form, Swanson, Nolan and Pelham-IV Rating scale, entre otras. Después se deben realizar entrevistas a el niño, padres y niño y padres juntos. Con un diagnóstico de los dos trastornos se debe analizar los síntomas presentes y la severidad de los mismos. Las técnicas de tratamiento incluyen terapia psicosocial que incluye a toda la familia y tratamiento farmacológico. La terapia psicosocial incluye un plan de tratamiento; terapia psicosocial involucrando a toda la familia, enfocada en el sistema del paciente; intervenciones en el colegio; psicoeducación, esta contiene explicaciones sobre la naturaleza del diagnóstico, pronóstico con y sin tratamiento y los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento disponibles; y entrenamiento de manejo de padres dirigido a interrumpir las prácticas de crianza disfuncionales (Adis Medical Writers, 2015).

4. Mindfulness

Mindfulness ha sido llamado el corazón de la práctica Budista, floreciendo en diferentes países de Asia en los últimos 2500 años. Esta práctica se ha expandido a todo el mundo en los últimos años. Se basa en una forma particular de poner atención, mirar profundamente dentro del ser con el ánimo de investigar y entender. Hoy en día mindfulness es reconocido como una técnica para el entendimiento propio y sanación. Esta práctica no depende de ninguna creencia o religión lo que se presenta como un gran beneficio ya que es accesible para todos (Kabat-Zinn, 2005).

Mindfulness es una forma de dirigir la atención. En términos generales Mindfulness es descrito como un enfoque de la atención en el presente aceptando y sin juzgar. La práctica

de Mindfulness se basa en la creencia de que el sufrimiento humano existe ya que se tiende a no apreciar y aceptar la impermanencia de las experiencias. Se presenta una predisposición a intentar extender aquellas experiencias placenteras y a querer minimizar o detener aquellas experiencias desagradables. Las tradiciones Budistas encontraron que el alivio se da cuando se presenta aceptación del presente. Mindfulness incluye una postura de compasión, interés y amabilidad hacia la experiencia observada en el presente, sin importar cuán placentero o desagradable pueda ser (Baer & Krietemeyer, 2006). La cultivación de esta práctica ayuda a “reducir dolor, depresión, ansiedad, mejora las funciones ejecutivas, produce cambios en la densidad de la materia gris en áreas del cerebro relacionadas con el aprendizaje, memoria, regulación emocional y autoconsciencia” (Harris, 2014, p.69).

El ser humano gasta enormes cantidades de energía reaccionando automática e inconscientemente a diferentes situaciones internas y externas. Con el uso de mindfulness se encuentra una manera de usar y enfocar esta energía desperdiciada, que como resultado da una imagen más clara de la manera en la que se está viviendo. Esto ayuda a encontrar donde se deben realizar cambios para mejorar la salud y calidad de vida (Kabat-Zinn, 2005) .

“Los cuatro fundamentos del mindfulness son el cuerpo: la respiración, postura y actividades, los sentimientos: agradables, desagradables o neutras, la mente: estado anímico y actitud, y los objetos en la mente” (Harris, 2014, p.70).

Mindfulness como disciplina terapéutica fue introducida en 1979 por Jon Kabat-Zinn con el programa de Reducción de Estrés basada en Mindfulness (MBSR) en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Este tipo de terapia le ofrece al paciente una manera de lidiar con el dolor, la angustia y el estrés, creada en un principio para personas que sufren de enfermedades crónicas (Bodhi, 2011). A partir de esto se han creado diferentes intervenciones basadas en mindfulness. La terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), combina la técnica utilizada en MBSR con las estrategias clásicas de la terapia cognitiva para

prevenir las recaídas de personas con un diagnóstico de depresión. Por otro lado, está la terapia dialéctica conductual (DBT) creada para tratar a aquellos con diagnóstico de personalidad límite; y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). (Mathis, Dente & Biel, 2018). Estas intervenciones incluyen varios métodos para enseñar mindfulness. Pueden ser meditaciones formales de 45 minutos dirigiendo la atención de manera específica o técnicas más cortas y menos formales como ejercitar mindfulness en la vida diaria donde los participantes enfocan su atención en una actividad rutinaria como bañarse, comer y caminar. MBSR y MBCT incluyen meditación formal e informal, mientras que DBT y ACT se enfocan más en prácticas informales (Baer & Krietemeyer, 2006).

La MBSR fue creada para pacientes con dolor crónico y condiciones relacionadas al estrés. Consiste de 8 clases que duran 2.5 a 3 horas. En la sexta semana se realiza una sesión intensiva de un día. Las clases pueden incluir hasta a 30 personas con diferentes condiciones. Práctica de mindfulness en la casa es requerida, de al menos 45 minutos 6 días de la semana. En las sesiones se realizan diferentes actividades como el ejercicio de la pasa, scan del cuerpo, meditación sentada, hatha yoga, meditación caminando, mindfulness de todos los días y monitoreo de actividades placenteras o desagradables.. Un gran pedazo de las sesiones grupales es dedicado a la discusión de las experiencias con los diferentes ejercicios (Baer & Krietemeyer, 2006).

Por otro lado, la MBCT dura 8 semanas con sesiones de 2 horas. Las clases incluyen 12 participantes. En esta intervención también es importante las tareas en la casa y las discusiones grupales. La MBCT, a diferencia de la MBSR, incluye un espacio de respiración de tres minutos, una mini meditación en momentos necesarios y se realizan ejercicios de terapia cognitiva como el ejercicio de pensamientos y emociones, discusión de pensamientos automáticos, ejercicio de diferente punto de vista para estados de ánimo y pensamientos (Baer & Krietemeyer, 2006).

La terapia cognitiva basada en mindfulness para niños (MBCT-C) difiere en la estructura de la MBCT para adultos. En esta se realizan sesiones más cortas y con más repetición. Dura 12 semanas con una sesión semanal de 90 minutos. Los grupos incluyen de 6 a 8 niños, guiados por un par de terapeutas para poder asegurar atención a todos los niños. Se busca crear un ambiente diferente a el de los colegios; se invita a los niños a quitarse los zapatos y sentarse en cojines en el piso en un círculo. Los niños reciben un sticker por atender a las sesiones y completar su práctica en casa, de igual manera se les entrega un cuaderno en donde guardan todo lo realizado en las sesiones. Como resultado de la dificultad que tienen los niños para permanecer sentados se reemplazaron las meditación sentados de 40min por bloques de 3 a 5 minutos en las sesiones. Por otro lado, se reemplazaron las actividades clásicas de terapia conductual que incluyen un alto nivel de introspección y verbalización por dinámicas, historias, actividades y programas de educación multisensoriales. Los ejercicios experienciales en la MBCT-C mejoran el mindfulness ya que recaen primordialmente en la experiencia interna y externa que se da a través de los sentidos. Las actividades en las sesiones varían entre actividades sensoriales, meditación sentados, scans de cuerpo, practica de visualización, dibujar y escribir. Se establecieron tres diferencias claves: la repetición mejora el aprendizaje, la variedad aumenta en interés de los niños y la mayoría de los ejercicios requieren de participación. Parecido a la terapia de adultos se realizan discusiones para que los niños escuchen sus diferentes puntos de vista (Semple, Lee & Miller, 2006).

En esta variación de la MBCT-C se incluyen a los padres en la práctica. Es recomendado que los padres se involucren fomentando a sus hijos a hablar, comportarse y tener intenciones mindfull tanto en la casa como en el colegio. Los padres se involucran de tres maneras. Primero, se invita a los padres a asistir a dos sesiones de mindfulness guiadas por terapeutas, la sesión de orientación e introducción a mindfulness en donde practican

diferentes ejercicios de respiración y comer una pasa. Después, los niños reciben diferentes materiales y ejercicios que llevan a casa con el fin de involucrar a los padres y hermanos. Estas actividades incluyen resúmenes de sesiones, instrucciones para la práctica en casa y hojas para mantener un record de la práctica diaria. Por último, se realiza un sesión para repasar y dialogar al final de programa con el fin de discutir diferentes maneras en las que pueden seguir cultivando esta práctica tanto en sus hijos como en ellos (Semple, Lee & Miller, 2006).

Los niños pasan la mayoría de su horas despiertos en procesos de aprendizaje formales e informales. Dificultades de aprendizaje crónico están asociadas con sentimientos de insuficiencia personal, baja autoestima, aumentando tendencias a depresión y ansiedad (Semple, Lee & Miller, 2006). Esto también lleva una sensación de sentirse amenazado ya que tienen un percepción de no tener el control, que puede llevar con facilidad a sentimientos de ira y hostilidad que resultan en comportamientos agresivos como manera de proteger y mantener la sensación de control. Cuando esta sensación de control se ve amenaza se puede llegar a lastimar a otros y actuar de manera autodestructiva (Kabat-Zinn, 2005). El uso de la MBCT-C ayuda a los niños a ser más pacientes, reconocer y regular sus emociones (Semple, Lee & Miller, 2006).

La MBCT-C no ha sido formalmente estudiada en niños con TDAH. Se obtuvieron resultados inconclusos en la observación de dos participantes. Uno de ellos se rehusó a participar y no mostró ningún cambio significativo, mientras que el otro niño reportó tener más paciencia y control de su ira; y su madre reportó mejoría en sus relaciones interpersonales (Semple, Lee & Miller, 2006).

Con la terapia cognitiva basada en mindfulness para niños se busca abordar los síntomas de la comorbilidad entre TDAH y TDO. Esta terapia les dará las herramientas

necesarias para presentar atención, controlar la ira, regularse emocionalmente y en general mejorar las funciones ejecutivas. Esto llevara a una mejoría en sus relaciones interpersonales, reconocimiento de las emociones y regulación de las mismas. De igual manera, les ayudara con la frustración que se presenta constantemente en ámbitos académicos y personales. Por otro lado, con el programa de Reducción de Estrés basada en Mindfulness se busca abordar características comunes que presentan los cuidadores de niños con esta comorbilidad. Estas características incluyen poco paciencia, disciplina física, agotamiento y frustración constante ya que no saben que medidas tomar para ayudar a sus hijos.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Con este trabajo se busca responder la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto la práctica Mindfulness podría ayudar a niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición y a sus padres? Es por esto que se propone un enfoque de investigación cuantitativa, con pruebas pre y post de grupo de tratamiento y grupo control.

La investigación cuantitativa “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández, Fernández & Baptista, 2004, p. 10).

Se utilizarán algunas herramientas pre tratamiento para establecer el estado de los niños y sus padres, después se realizará el tratamiento y para finalizar se volverá a usar las mismas herramientas para poder analizar los cambios. Las herramientas que se usarán son el *Conners 3*, *BRIEF II* y *Escala de Estrés Parental*.

Participantes

Los participantes con un diagnóstico de comorbilidad de TDAH y TOD según el DSM V se reclutan a través de colegios público y privados al igual que organizaciones psicológicas especializadas en niños. El número de participantes son 20 niños (F=10; M=10). Diez de estos niños cumplen con un diagnóstico de TDAH y TDO, mientras que los otros diez niños forman el grupo control.

Por otra lado, la muestra también incluye los cuidadores principales de los diez niños pertenecientes al grupo de tratamiento. Se necesitará a un solo cuidador por niño.

Para seleccionar la muestra de niños se tomará en cuenta los siguientes criterios: a) tener de 7 a 10 años de edad; b) cumplir con un diagnóstico previo de TDAH según el DSM V; c) cumplir con un diagnóstico previo de TDO según el DSM V; c) estar informado sobre la primera línea de tratamiento, los medicamentos, pero no se requiere que hayan estado en un tratamiento previo. Los criterios de exclusión incluyen: a) retraso mental; b) trastornos pervasivos del desarrollo y c) comportamiento suicida o automutilación crónica. Se alentará a los participantes que cuenten con un tratamiento establecido a mantenerlo, sin embargo es importante que mencionen si se realiza algún cambio en la medicación o tipo de terapia.

Herramientas de Investigación Utilizadas

El Conners 3 es una evaluación completamente enfocada en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y sus comorbilidades más comunes en niños y adolescentes. Este test evalúa inatención, hiperactividad, problemas de aprendizaje, funciones ejecutivas, oposición/agresión, relación con pares, relaciones familiares, TDAH tipo inatención, TDAH tipo hiperactivo/impulsivo, TDAH combinado, desorden de conducta, Trastorno Desafiante por Oposición, ansiedad y depresión. Se agregaron escalas de validez para medir: impresión positiva, impresión negativa e inconsistencia (Conner, 2015). El test cuenta con una versión larga y una versión corta; la versión larga dura 20 minutos mientras que la corta dura 10 minutos. Es una evaluación multi-informante de padres y maestro para niños de 6 a 18 años y auto-reporte para niños y adolescentes de 8 a 18 años. El rango de edad es de 6 y 18 años. El test fue estandarizado en un muestra de 3,400 niños de las diferentes edades y etnias, similar a la población Norteamericana. “El test tiene una consistencia interna (Alpha Cronbach) de .77 a .97. La confiabilidad test re-test de 2 a 4 semanas tiene un coeficiente (r Pearson) de .71 a .98. La confiabilidad entre evaluadores va de .52 a .94” (Conner, 2015).

El Behavior Rating Inventory of Executive Function, segunda edición (BRIEF II) evalúa el deterioro de las funciones ejecutivas. Toma en cuenta la regulación de

comportamiento, emocional y cognitiva. Las escalas clínicas que incluye este test son: inhibición, supervisión de sí mismo, flexibilidad, control de emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, supervisión de la tarea y organización de materiales. Incluye escalas de validez que miden la infrecuencia, inconsistencias y negatividad (Gioia, Isquith, Guy, Kenworthy, 2017). Es un test multi-informante para padres y maestros de niños de 5 a 18 años y auto-reporte para niños y adolescentes de 11 a 18 años. El rango de edad es de 5 a 18 años. Toma aproximadamente 10 minutos en la versión larga y 5 minutos en la versión corta. Fue estandarizado en una muestra de 3,603 niños tomando en cuenta la edad, etnia, género y nivel de educación de los padres en relación a la población Norteamericana. El valor promedio de consistencia (Alpha Cronbach) es de .86 (Gioia et al., 2017).

La Escala de Estrés Parental creada en 1995, busca medir el estrés experimentado por los padres tomando en cuenta los aspectos positivos como, beneficios emocionales y desarrollos personal, y negativos como, demanda de recursos y restricciones. Esta escala mide los niveles de sensibilidad del padre al hijo, comportamiento del hijo y calidad de la relación. Consiste de 18 ítems y utiliza una escala de Likert de 5 puntos (Berry & Jones , 1995).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para este estudio se planea recolectar la muestra de varios colegios tanto públicos como privados y de instituciones psicológicas especializadas en niños. Se enviará a los padres de familia/cuidadores una carta de reclutamiento (anexo 1) con el fin de informar el objetivo de la investigación.

Posteriormente se realizará una entrevista a los padres de familia/ cuidadores para informales de manera más completa los objetivos de la investigación, el tipo de tratamiento que será utilizado, sus beneficios y riesgos y tiempo de duración de estudio. En esta entrevista también se busca encontrar desde cuando aparecieron los síntomas, intensidad de

los mismos, duración, año de diagnóstico de los diferentes trastornos, tratamientos previos y actuales.

Después se procederá a aplicar el Conners 3 auto-reporte, de padres y maestros para confirmar el diagnóstico y las áreas afectadas. Seguido de el BRIEF II para padres y maestros para establecer las áreas afectadas en las funciones ejecutivas. Por último se aplicará la Escala de Estrés Parental a los padres o cuidadores. Se realizará una división aleatoria entre grupo del tratamiento y el grupo control.

A continuación se empezará la terapia dirigida a los padres MBSR, es un programa que dura 8 semanas y consiste de clases que duran de 2.5 a 3 horas. Este programa incluye tareas: práctica de meditación por 45 minutos y una práctica informal de 5 a 15 minutos, 6 días de la semana. Los ejercicios que se realizan en clase incluyen: ejercicio de la pasa, body scan, meditación sentada, hatha yoga, meditación caminando y mindfulness en la vida diaria (Baer & Krietemeyer, 2006). Se planea realizar esta terapia primero para enseñarles a los padres las herramientas necesarias para vivir una vida mas mindful y poder ayudar a sus hijos a realizar lo mismo.

Se continuará con el programa designado para los niños. MBCT-C es un programa de 12 semanas que consiste de sesiones semanales de 90 minutos. Tomando en cuenta la dificultad que tiene los niños para prestar atención a una sola actividad por largos periodos de tiempo se realizan respiraciones sentadas en bloques de 3 a 5 minutos, en vez de meditaciones. En esta practica es primordial la tarea a casa, desde la segunda sesión se empieza a revisar la tarea y se separa tiempo para poder explicar la siguiente tarea. Se les entrega a los niños el material necesario para que pueden escribir su experiencia. Las tareas semanales consisten de 3 o 4 ejercicios que se pueden completar en 15 minutos en 6 días de la semana (Semple, Lee & Miller, 2006).

Cada sesión está estructurada de la siguiente forma. Sesión 1: Desarrollo de la comunidad, definiendo expectativas, haciendo hincapié en la importancia de la tarea, orientación a mindfulness; *sonrisa atenta* mientras se realiza el ejercicio *waking up*. Sesión 2: Manejando barreras para la práctica; introducción a *mindfulness de la respiración, ejercicio de comer pasa*. Sesión 3: practicar la diferenciación entre pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, introducción a *mindful movimientos corporales*. Sesión 4: Escucha mindful: ejercicio de *escucha receptiva* para identificar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, introducción al ejercicio de *body scan*. Sesión 5: Escucha mindful (continuación): ejercicio *creando sonidos expresivos*, introducción al ejercicio de *espacio de respiración de 3 minutos*. Sesión 6: Observación mindful, practicar diferenciar entre *juzgar y describir*: ejercicio de *imágenes guiadas*. Sesión 7: Observación mindful (continuación), practicar dirigiendo la atención: ejercicio *ver ilusiones ópticas*. Sesión 8: Tocar mindful, aprendiendo a "estar presente" con lo que está aquí ahora mismo. Sesión 9: Olor mindful, continuar la práctica diferenciando entre *juzgar y describir*. Sesión 10: Gusto mindful: ejercicio *los pensamientos no son hechos*. Sesión 11: Mindfulness en la vida cotidiana, revisión de sesiones anteriores, integración de la aceptación de nuestras experiencias a través de mindfulness. Sesión 12: Generalizando mindfulness a la vida cotidiana, explorando y compartiendo experiencias personales del programa. Breve ceremonia de graduación (Semple, Lee & Miller, 2006).

Finalmente, se volverán a aplicar el Conners 3, BRIEF II y Escala de Estrés Parental a los dos grupos. Se realizará una comparación entre grupo de tratamiento y grupo control. De igual manera se realizará una comparación entre los resultados de los test pre tratamiento y post tratamiento para poder analizar los resultados y llegar a conclusiones sobre la efectividad de tratamiento propuesto.

Consideraciones Éticas

Para empezar el estudio será enviado al comité de ética de la Universidad San Francisco de Quito para ser aprobado.

Después de la aprobación, es importante que los cuidadores/ padres de los niños lean detenidamente y firmen el consentimiento informado donde se especifica el propósito del estudio, la descripción de los procedimientos, los riesgos y beneficios, la confidencialidad, los derechos y opinión de los participantes. De igual manera, es importante recalcar que la participación será voluntaria y si se desea dejar el estudio en cualquier momento se puede hacer.

Con el fin de asegurar confidencialidad a los participantes se les asignará un código tanto a los cuidadores como a los niños. La información recolectada de los participantes se guardará bajo dichos códigos. Si los participantes desean acceder a la información recolectada deben hacerlo con el código asignado.

RESULTADOS ESPERADOS

La terapia MBSR es para cualquier persona que vive con estrés, ansiedad, dolor o enfermedad. “El uso de mindfulness diariamente ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, también ayuda a llevar una vida de mayor compasión, salud, paz y bienestar” (Stahl & Goldstein, 2010).

La crianza mindful se ha definido como prestar atención al presente y expresar compasión, aceptación y amabilidad hacia los niños durante el proceso de crianza (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997). Se ha demostrado que la crianza mindful beneficia tanto a los padres como a los hijos, fomentando las interacciones positivas y aumentando la presencia, aceptación y compasión de los padres mientras reduce el estrés tanto para los padres como para los niños (Mathis, Dente & Biel, 2018).

Según Cassone (2013) en su estudio sobre el uso de el entrenamiento mindfulness en niños con TDAH y sus familias, la madre y padre reportaron resultados diferentes pero positivos. Por un lado las madres reportaron no notar ningún cambio en los niveles de estrés parental pero encontraron que fueron menos reactivas. Mientras que los padres reportaron que no mejoró el estrés parental y pero eran más reactivos.

Por otro lado, según Lo (2017) en su estudio sobre los efectos de la terapia familiar basada en mindfulness para reducir la sintomatología de TDAH, los resultados indicaron beneficios para los padres. Estos incluyeron reducción de estrés y aumento del bienestar psicológico.

Es por esto que con el programa de terapia MBSR de 8 semanas para cuidadores/ padres se esperan cambios significativos. Como un mejor control de la ansiedad, frustración, estrés y el dolor que puede causar tener un hijo que presente un diagnóstico de TDAH en

comorbilidad con TDO. Enseñándoles a los padres la herramientas necesarias para manejar su estrés y ayudar a su hijo/a a través de la aceptación y compasión.

La práctica de mindfulness ofrece a los niños y adolescentes múltiples oportunidades para estar más conscientes de sus pensamientos y sentimientos. Esto ayuda a que los niños y adolescentes respondan de manera más consciente a situaciones en lugar de reaccionar impulsivamente o involucrarse en conductas dañinas. Observar el momento presente y reconocer los pensamientos, emociones y sensaciones de uno puede llevar a una mayor capacidad para la regulación emocional y reduce la susceptibilidad a sentirse abrumado o preocupado por pensamientos intrusivos (Mathis, Dente & Biel, 2018). Esta reducción podría incluir bajos niveles de inatención, hiperactividad, impulsividad, agresión y oposición. Así como mejor funcionamiento de funciones ejecutivas y mejores relaciones interpersonales.

Las investigaciones emergentes sobre estrategias de intervención basadas en mindfulness con niños y adolescentes han indicado una serie de beneficios. Estos incluyen: mejoras en el control de la atención, la regulación del comportamiento y regulación emocional, así como una reducción en los síntomas clínicos, como depresión, ansiedad y conductas disruptivas (Mathis, Dente & Biel, 2018).

Varios estudios soportan el uso de las terapias basadas en mindfulness para la reducción de síntomas en personas con TDAH. Según Zylowska et al. (2007) en su estudio sobre la eficacia del entrenamiento mindfulness en adolescentes y adultos con TDAH, se encontró que este entrenamiento puede mejorar específicamente los conflictos de atención, la dificultad para adaptarse a cambios de tareas, la inhibición y autorregulación. En el grupo de adultos también se encontró que mejoraron las puntuaciones de depresión y ansiedad.

De igual manera, en un metanálisis realizado por Cairncross y Miller (2016) sobre la efectividad de las terapias basadas en mindfulness para personas con TDAH se encontró que

las terapias basadas en mindfulness redujeron significativamente la falta de atención e hiperactividad/impulsividad encontrada en individuos con TDAH.

En base a el estudio de Cassone (2013) sobre el uso de el entrenamiento mindfulness en niños con TDAH y sus familias, se reportaron resultados positivos con una reducción significativa de síntomas de TDAH y síntomas de ansiedad y depresión.

Por último según Silabis et al. (2017) en su estudio sobre el impacto del entrenamiento mindfulness en adolescentes con TDAH se encontró una mejora en la habilidad de atención, especialmente en atención activa. Se encontró un pensamiento y concentración más activa en el contexto de tener que inhibir el comportamiento.

Estos estudios soportan la eficacia del uso de terapias basadas en mindfulness para personas con un diagnóstico de TDAH, no obstante esta investigación planea el uso de estas terapias basadas en mindfulness para niños con TDAH en comorbilidad con TDO.

Con el uso de la terapia MBCT-C se espera que los niños con TDAH en comorbilidad con TDO aprendan diferentes herramientas útiles para los diferentes síntomas presentes en su diagnóstico. Esta terapia los ayudará mejorar los síntomas asociados con el TDAH como son la falta de atención e hiperactividad/ impulsividad. También se espera una mejora en los síntomas asociados con el TDO como es la oposición, agresión, irritabilidad y falta de regulación emocional. Esta terapia los ayudará a auto regularse con más facilidad lo que tendrá efectos positivos en varias áreas de desempeño. “Mindfulness puede ser vista como una herramienta útil para fortalecer los procesos de autorregulación, orientación, alerta y función ejecutiva” (Cassone, 2013).

Finalmente, recordando el propósito de este estudio para encontrar un tratamiento efectivo para la comorbilidad entre TDAH y TOD se espera que los resultados del análisis entre el grupo de tratamiento y grupo de control sean significativos. También se espera ver

una diferencia clara entre los resultados de los test pre-tratamiento y los resultados de los test post-tratamiento.

DISCUSIÓN

Conclusiones

La comorbilidad más grande que presentan niños con TDAH es el TDO. Esta comorbilidad tiene una prevalencia de 45 a 84 por ciento (Adis Medical Writers, 2015). Esta combinación presenta un pronóstico más grave si los síntomas no son tratados de manera consistente (Adis Medical Writers, 2015). Abordar este diagnóstico es de suma importancia ya que se ha encontrado que se presenta como uno de los más grandes predictores para el Trastorno de Personalidad Antisocial, al igual que el abuso de sustancias (Mash & Barkley, 2002).

El tratamiento establecido para esta comorbilidad incluye: terapia psicosocial para toda la familia, psicofarmacología y terapia conductual.

La terapia psicosocial incluye psicoeducación y terapia basada en evidencia para toda la familia. Además niños con comorbilidad de TDAH y TDO usualmente requieren apoyos educativos e intervención en la escuela enfocados en conductas sintomáticas y deterioro asociado del funcionamiento social o académico. Estudios indican que este tipo de terapias son sólo parcialmente efectivas en niños con síntomas más graves o en familias altamente estresadas y/ o conflictivas (Adis Medical Writers, 2015)

El tratamiento farmacológico para el TDAH es igual de efectivo para niños que presentan o no comorbilidad con el TDO. En los niños con ambos trastornos la medicación también puede mejorar la sintomatología presentada en el TDO (Adis Medical Writers, 2015). En el aula los estimulantes pueden reducir las interrupciones, movimientos constante y falta de atención. En casa se puede observar una mejoría en la interacción entre padres e hijo, y mejor escucha a instrucciones. Los estimulantes también puede disminuir los comportamientos agresivos y mejorar las relaciones entre pares. Es importante recalcar que

esta respuesta se da siempre y cuando se tome el medicamento. Múltiples estudios han establecido la eficacia a corto plazo que tienen los medicamentos en el tratamiento de los síntomas centrales del TDAH. El medicamento más usado es el metilfenidato, también se usan la dextroanfetamina y las sales mixtas de anfetamina. Aproximadamente 70 por ciento de las personas con TDAH responden al primer estimulante (Noorbala & Akhondzadeh, 2006). Efectos secundarios para estos medicamentos incluyen bajo apetito, cambio rápido del estado de ánimo y problemas conciliando y manteniendo el sueño. Una preocupación constante con estos medicamentos es el potencial de abuso que pueden tener y esto puede presentarse como un impedimento para muchos padres (Noorbala & Akhondzadeh, 2006).

Las intervenciones conductuales abarcan técnicas específicas, como proporcionar recompensas por conductas deseadas o consecuencias exactas por no cumplir las metas esperadas. Esta intervención puede mejorar el comportamiento de los jóvenes con TDAH en el aula. Ya que en la clase se aumenta la estructura de las actividades y la aplicación de recompensas y consecuencias utilizando sistemas de puntos o fichas.

Tomando en cuenta los tratamientos disponibles para la comorbilidad entre TDAH y TDO, regresamos a la pregunta inicial de esta investigación ¿Cómo y hasta qué punto las estrategias de Mindfulness podría ayudar a niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Desafiante por Oposición y a sus padres? Esta investigación propone un tratamiento alternativo que les enseña a los participantes las herramientas necesarias para reducir la sintomatología que viene con su diagnóstico y a los padres técnicas que les ayudan a manejar de manera más efectiva el estrés y dificultades que se pueden presentar con el diagnóstico de su hijo/a.

Por otro lado, múltiples estudios mencionan que factores ambientales como es el ambiente familiar juegan un gran papel en la comorbilidad entre TDAH y TDO (Mash & Barkley, 2002). Es por esto que el tratamiento propuesto está dirigido no solo a los niños si

no también a los padres. Algo que queda claro a través de esta investigación es que la inclusión de los padres en el tratamiento es crucial para niños que presentan esta comorbilidad. “Las habilidades de crianza mindful promueven el vínculo seguro y mejoran las habilidades de regulación emocional de los niños” (Mathis, Dente & Biel, 2018, p. 6). Este tratamiento no solo busca que los padres tengan un mejor entendimiento de lo que sus hijos sufren si no que también busca entregarles herramientas a los padres para manejar todo que está relacionado a esta comorbilidad.

Con esta información en mente se propuso el uso de terapias basadas en mindfulness para reducir los síntomas y enseñar diferentes herramientas que pueden ser útiles en varios ámbitos de la vida. Estas terapias incluyen métodos que ayudan a las personas a estar más conscientes de su vida diaria, a describir sin juzgar y en general a ser más pacientes y amables con las experiencias (Baer & Krietemeyer, 2006).

En conclusión, tanto la literatura como la metodología propuesta nos lleva a determinar que el uso de las terapias basadas en mindfulness como un tratamiento para la comorbilidad entre TDAH y TDO puede ser efectivo. Es una alternativa o un complemento a los tratamientos ya establecidos que no siempre son efectivos dependiendo del individuo. A pesar de que no existen estudios previos que aplican mindfulness en esta comorbilidad, si existen estudios previamente mencionado que presentan resultados positivos en personas con TDAH. Esto nos lleva a creer que el tratamiento propuesto puede presentar reducciones de síntomas en esta comorbilidad. Este tratamiento eventualmente podrá ser comparado con la efectividad de los medicamentos, la terapia psicosocial estructural y la terapia conductual que se presenta como tratamientos establecidos. Si muestra efectividad en estudios futuros, podrá ser estandarizado para tratar esta comorbilidad.

Limitaciones del Estudio

Existen varios aspectos que se deben tomar en cuenta como limitaciones del estudio. Para empezar, los resultados no pueden ser generalizados a la población con diagnóstico de TDAH en comorbilidad con TDO ya que la muestra no representa un número significativo. Por otro lado, no se toman en cuenta diferentes variables que pueden influir en el estudio como es el nivel de estudio de los padres e hijos, nivel socio económico y diferencias en género. De igual manera, este tipo de tratamiento no se ha realizado en Ecuador lo que puede presentar dificultades por las diferencias culturales.

Recomendaciones para Futuros Estudios

En base a los resultados esperados, se recomienda para futuros estudios realizar este tratamiento con una muestra más grande para que los resultados obtenidos puedan ser generalizados a la población. De igual manera, se recomienda realizar un estudio en donde se realice seguimiento a largo plazo de los participantes para evaluar los efectos del tratamiento. Adicionalmente, sería interesante incluir diferentes variables a la investigación como es las diferencias de género, nivel socio económico y nivel educativo para poder evaluar el impacto que tienen estas en los niños, sus padres y el tratamiento. Por último, sería interesante realizar un estudio de comparación entre tratamientos para la comorbilidad entre TDAH y TDO, estos tratamientos incluyen medicación, terapia cognitiva y el tratamiento propuesto en este estudio que consiste de MBSR para padres y MBCT-C para los niños.

REFERENCIAS

- Adis Medical Writers. (2015). Effective treatment of attention-deficit hyperactivity disorder also helps control symptoms of comorbid oppositional defiant disorder. *Drugs and Therapy Perspectives*, 32, 104- 109.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108(4), 1033- 1044.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ta edición texto revisado). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ta edición00). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Babinski, D. E., y McQuade, J. D. (2018). Borderline Personality Features Mediate the Association Between ADHD, ODD, and Relational and Physical Aggression in Girls. *Journal of Attention Disorders*. 1-11. doi: 10.1177/1087054718797445.
- Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of Mindfulness and Acceptance Based Treatment Approaches. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, 3–27.
doi:10.1016/b978-012088519-0/50002-2.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Berry, J.D., & Jones,W.H. (1995). The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463 – 472.
- Bodhi, B. (2011). What Does Mindfulness Really Mean a Canonical Perspective. *Contemporary Buddhism*, 12 (1). DOI: 10.1080/14639947.2011.564813.

- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness, 1*(2), 107-120.
- Burke, J.D., Loeber, R., & Birmaher. B. (2002). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1275Y1293.
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders, 21–52*. doi:10.1016/b978-0-12-811323-3.00002-x.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Base Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorder, 1-17*. doi: 10.1177/1087054715625301.
- Cassone, A. R. (2013). Mindfulness Training as an Adjunct to Evidence-Based Treatment for ADHD Within Families. *Journal of Attention Disorders. 19 (2)*. 147-157. doi:10.1177/1087054713488438.
- Conners, C. K. (2015). *Conners 3: A thorough and focused assessment of ADHD and its most common comorbid problems and disorders in children and adolescents*. MHS Assesments.
- Cornejo, W., Cuartas, M., Gómez-Uribe, LF. & Carrizosa, J. (2004). Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamiento genético en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en familias antioqueñas. *Rev Neurol, 35*: 1-10.
- Espina, A., & Ortego, Asunción. (2006). *Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con/sin hiperactividad*. Recuperado el 15 de marzo del 2019 de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2017). *BRIEF 2: Evaluación*

- Conductual de las Funciones Ejecutivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Harris, S. (2014). *Waking Up*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Hernández, R., Fenández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full Catastrophy Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. Nueva York: Random House.
- Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: the inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Liu, X., Shah, V., Kubilis, P., Xu, D., Bussing, R., y Winterstein, A. G. (2015). Psychotropic Treatment Pattern in Medicaid Pediatric Patients With Concomitant ADHD and ODD/CD. *Journal of Attention Disorders*. 1–9. doi: 10.1177/1087054715596574.
- Lo, H. M., Wong, S.L., Wong, J. H., Yeung, J. K., Snel, E., & Wong, S. S. (2017). The Effects of Family-Based Mindfulness Intervention on ADHD Symptomology in Young Children and Their Parents: A Randomized Control Trial. *Journal of 1997 Attention Disorder*, 1-14. doi: 10.1177/1087054717743330.
- Luiselli, J. K. (2007). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En Caballo, V. E., y Simón, M. A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos específicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mash, E. J., & Barlley, R. A. (2002). *Child Psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- Mathis, E. T., Dente, E., & Biel, M. (2018). Applying Mindfulness- Based Practices in Child Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 28 (2).
- Ming-Gou, Q., Zhang, Y., Qi-yu, L., & Guang-jiu, L. (2010). Changes of Brain Structure and Function in ADHD children. *Brain topography*. 24 (3-4).243- 252.
- Noorbala, A.A., & Akhondzadeh, S. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:

- Etiology and Pharmacotherapy. *Arch Iranian Med*, 9 (4). 374- 380.
- Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C., & Studts, J. L. (2004). Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 434-446.
- Semple, R. J., Lee, J., & Miller, L. F. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, 143–166. doi:10.1016/b978-012088519-0/50008-3.
- Sibalis, A., Milligan, K., Pun, C., McKeough, T., Schmidt, L. A., Segalowitz, S. J. (2017). An EEG Investigation of the Attention-Related Impact of Mindfulness Training in Youth With ADHD: Outcomes and Methodological Considerations. *Journal of Attention*. 1-11. doi: 10.1177/1087054717719535.
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *Mindfulness Based Stress Reduction Workbook*. Oakland: New Harbinger Publication.
- Steiner, H., Remsing, L., y Grupo de Trabajo. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46. 126- 141. doi:10.1097/01.chi.0000246060.62706.af.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Madrid: Pearson Education.
- Zylowska, L., Ackerman, D. A., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N.L., Hale, T. S., Pataki, C., & Smalley, S.L. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*. 11(6). 737-746. doi: 10.1177/1087054707308502.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimado Padre de Familia/ Cuidador:

Se buscan participantes para un estudio psicológico que busca encontrar un tratamiento alternativo para niños con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Oposicional Desafiante.

El estudio consiste de un entrenamiento de 8 semanas a los padres/ cuidadores seguido de un entrenamiento de 12 semanas con clases semanales de 90 minutos para los niños. Con estos entrenamientos se quiere dar a los niños las herramientas necesarias para prestar atención, controlar la ira, regularse emocionalmente y en general mejorar las funciones ejecutivas. Por otro lado en entrenamiento a los padres busca darles las herramientas necesarias para manejar las complicaciones que se pueden presentar cuando se lidia con estos trastornos. Se tomarán dos test antes del entrenamiento y después del entrenamiento con el fin de medir la efectividad de las técnicas utilizadas.

Los resultados de esta investigación estarán disponibles.

Es importante mencionar que la participación en este estudio es completamente voluntaria y si se desea dejar el estudio en cualquier momento está en todo su derecho.

Atentamente,

María Luisa Gómez E.

+593982575527

luisagomeze@gmail.com

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: ¿Cómo y hasta qué punto las estrategias de Mindfulness podrían ayudar a niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en comorbilidad con Trastorno Desafiante por oposición y a sus padres?

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal María Luisa Gómez Echavarría

Datos de localización del investigador principal 3566536, +593982575527 y

luisagomeze@gmail.com

Co-investigadores N/A

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 un investigación sobre el uso de estrategia de mindfulness para tratar a niños que presenten un diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en comorbilidad con y el Trastorno Oposicional Desafiante porque su hijo/a cumple con este diagnóstico.
Propósito del estudio	Este estudio busca encontrar un tratamiento efectivo para la comorbilidad entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Oposicional Desafiante. El nuevo tratamiento propuesto consiste de terapia basada en mindfulness para reducir el estrés enfocada en los padres o cuidadores primarios y la terapia cognitiva basada en mindfulness para niños. La muestra consistirá de 20 participantes, 10 recibirán el tratamiento y 10 pertenecerán al grupo control.
Descripción de los procedimientos	Se comenzará aplicando tres test diferentes a los padres y dos test a los maestros. Se continuará con un programa de 8 semanas dedicado a los padres. A continuación se realizará en programa de 12 semanas dedicado para los niños y se terminará aplicando los test otra vez.

Riesgos y beneficios	Al ser una terapia poco invasiva no se esperan riesgos. Los beneficios incluyen una reducción de síntomas y mejor regulación emocional para padres e hijos. Por otro lado, esta investigación podría empezar una investigación más amplia sobre tratamientos alternativos para esta comorbilidad.
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 sólo el investigador tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardará para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre o el de su hijo no serán mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

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

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

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono +593982575527 que pertenece a María Luisa Gómez, o envíe un correo electrónico a luisagomez@gmail.com.

Consentimiento informado

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

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

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Escala de Conners para Maestros - Revisada (S)

C. Keith Conners, Ph.D.

traducido por Orlando L. Villegas, Ph.D.

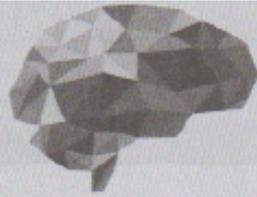
Nombre del Niño(a): _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

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

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

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

SPANISH



BRIEF[®] 2

ESCUELA

ID _____



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

SUS DATOS

Nombre y apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer Edad: _____Relación con el niño o adolescente: Profesor/a Tutor/a Orientador/a Otros (indique): _____

Indique qué asignatura imparte al alumno o alumna: _____ ¿Hace cuántos meses que lo conoce? _____

En una escala de 0 a 10, ¿cuánto de bien lo conoce? (0 = nada - 10 = muy bien) _____

DATOS DEL ALUMNO O DE LA ALUMNA

Nombre y apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer Edad: _____ Curso escolar: _____

Fecha de hoy (dd/mm/aa): _____

INSTRUCCIONES

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

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

Observe el siguiente ejemplo.

Le cuesta terminar sus trabajos a tiempo. N AV F

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

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

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

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



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



Copyright de la versión original © 1996, 1998, 2000, 2015 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc. Copyright de la adaptación española © 2017 by TEA Ediciones, S.A. U. Fray Bernardino Salagán, 74 - 28096 MADRID. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplo está impreso en DC'S TINTAS. Si se presenta un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LO UTILICE.**

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

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

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

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

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

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



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

Parental Stress Scale

The following statements describe feelings and perceptions about the experience of being a parent. Think of each of the items in terms of how your relationship with your child or children typically is. Please indicate the degree to which you agree or disagree with the following items by placing the appropriate number in the space provided.

1 = Strongly disagree 2 = Disagree 3 = Undecided 4 = Agree 5 = Strongly agree

1	I am happy in my role as a parent	
2	There is little or nothing I wouldn't do for my child(ren) if it was necessary.	
3	Caring for my child(ren) sometimes takes more time and energy than I have to give.	
4	I sometimes worry whether I am doing enough for my child(ren).	
5	I feel close to my child(ren).	
6	I enjoy spending time with my child(ren).	
7	My child(ren) is an important source of affection for me.	
8	. Having child(ren) gives me a more certain and optimistic view for the future.	
9	The major source of stress in my life is my child(ren).	
10	Having child(ren) leaves little time and flexibility in my life.	
11	Having child(ren) has been a financial burden.	
12	. It is difficult to balance different responsibilities because of my child(ren).	
13	The behaviour of my child(ren) is often embarrassing or stressful to me.	
14	. If I had it to do over again, I might decide not to have child(ren).	
15	I feel overwhelmed by the responsibility of being a parent.	
16	Having child(ren) has meant having too few choices and too little control over my life.	
17	I am satisfied as a parent	
18	I find my child(ren) enjoyable	

Scoring

To compute the parental stress score, items 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17, and 18 should be reverse scored as follows: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). The item scores are then summed.

Scoring the tool :

We want a low score to signify a low level of stress, and a high score to signify a high level of stress

- **Overall possible scores on the scale range from 18 – 90.**
- **The higher the score , the higher the measured level of Parental stress**

Use a simple table to show the before and after results to evidence whether an intervention has had a positive effect.

- **Comparison of individuals before / after or longitudinal overall Parental Stress Scale scores.**
- **The comparison of before and after mean average scores for groups (parents/carers accessing the particular intervention/group sessions, service or provision)**