

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness aplicada en niños refugiados con síntomas de estrés postraumático

Proyecto de Investigación

Paula Estefanía Molina Rueda

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 01 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia Cognitiva basada en Mindfulness aplicada en niños refugiados con
síntomas de estrés postraumático**

Paula Estefanía Molina Rueda

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Graham Pluck, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 01 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: Paula Estefanía Molina Rueda

Código: 00129878

Cédula de Identidad: 1753464898

Lugar y fecha: Quito, 16 de abril de 2019

RESUMEN

En el año 2017 se registraron 16,2 millones de personas desplazadas forzosamente de sus ciudades y países, en el mundo. En tan sólo los primeros 8 meses del 2018 Ecuador recibió a 547 mil venezolanos en busca de refugio. De estos, 20% estaba conformado por niños y otros grupos vulnerables. Estos niños se encuentran expuestos a diversos traumas debido a su condición. Estudios han encontrado que, de los niños y adolescentes expuestos a eventos traumáticos, 15.9% desarrolla Trastorno de estrés postraumático (PTSD).

La sensibilidad a la ansiedad permite el mantenimiento del PTSD, además, se ha encontrado una relación negativa entre la presencia de rasgos de mindfulness en niños y la internalización y externalización de síntomas de PTSD. La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para Niños (MBCT-C) se desarrolló para tratar síntomas ansiosos en niños de entre 9 y 12 años. Sin embargo, tomando en cuenta el aspecto ansioso y el rol del mindfulness en la superación del PTSD, se piensa que es posible aplicar MBCT-C en niños con este trastorno.

Palabras clave: Refugiados, desplazados forzosamente, niños, trauma, PTSD, MBCT-C, ansiedad, mindfulness

ABSTRACT

In the year 2017 16.2 million people around the globe were forcefully displaced from their cities or countries. In the first 8 months of 2018, Ecuador received 547 thousand Venezuelans looking for refuge. Twenty percent of them were children or belonged to other vulnerable groups. These children have been exposed to traumatic events due to their refugee status. Studies have found that 15.9% of children and adolescents who are exposed to trauma will develop Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Anxiety sensitivity plays a key role in maintaining PTSD symptoms, also, there is a negative correlation between mindful traits in children, and the internalization and externalization of PTSD symptoms. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) was developed to treat 9-12-year-old children with anxiety. However, due to the role of anxiety sensitivity and mindfulness traits in PTSD, it is hypothesized that MBCT-C can be used to treat PTSD in children.

Key words: Refugees, forcefully displaced people, children, trauma, PTSD, MBCT-C, anxiety, mindfulness

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA | 10 |
| DISEÑO Y METODOLOGÍA | 25 |
| DISCUSIÓN | 31 |
| Referencias | 34 |
| ANEXO a: Instrumentos | 41 |
| Anexo A1. tabla de asistencia | 41 |
| ANEXO B: Formularios | 42 |
| Anexo B1. Formulario de consentimiento | 42 |
| Anexo B2. FORMULARIO DE ASENTIMIENTO | 44 |

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

En el año 2017 se registraron 16,2 millones de personas desplazadas de sus ciudades y países. De esta cifra más de la mitad se conforma por menores de edad, solos o acompañados (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2017). Desde el inicio del año hasta el mes de agosto de 2018, Ecuador recibió a 547 mil venezolanos en busca de refugio. De este número, al menos un veinte por ciento se encuentra en una situación de riesgo, lo que incluye a niños (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018).

Se ha encontrado que los niños que migran de sus países por razones de inestabilidad económica, política, o cualquier conflicto violento, presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático (PTSD) (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012). Esto se presenta no sólo por el pasado que vivieron en sus países de origen, sino también por las diversas situaciones que enfrentan a lo largo del camino hacia un nuevo país, y en el mismo país de refugio (Suárez-Orozco, 2009).

Los niños que migran de países en conflicto por lo general se ven expuestos a situaciones de alto riesgo y estrés. Especialmente cuando son desplazados forzosamente por motivo de conflictos armados. Se ha encontrado que el proceso migratorio puede aumentar la incidencia de diversos problemas emocionales y de conducta en niños (Vollebergh et al., 2005).

Esto también incluye la presencia de síntomas de PTSD, como revivir situaciones de alto estrés a través de sueños o conductas repetitivas, flashbacks o pesadillas sin contenido específico. En niños menores se pueden encontrar síntomas de agresividad, destructividad y

juego repetitivo. Además, los niños pueden presentar síntomas somáticos como dolores de cabeza y molestias estomacales (Dyregrov & Yule, 2006).

La terapia cognitiva basada en mindfulness se usó en un principio para reducir la rumiación de pensamientos en pacientes con depresión. Hoy en día, se usa este tipo de terapia aplicada a niños (MBCT-C) para tratar trastornos o síntomas de ansiedad. En esta terapia se enseña a los niños estrategias de afrontamiento, reducir pensamientos repetitivos, y minimizar comportamientos evitativos (Semple & Lee, 2008).

Aunque no se ha usado MBCT-C para reducir síntomas de PTSD en niños migrantes, podría ser útil para crear estrategias efectivas de afrontamiento, reducir síntomas de estrés y ansiedad, y aliviar conductas y pensamientos repetitivos sobre las situaciones de estrés que podrían revivir mediante sueños o flashbacks.

Objetivos y pregunta de Investigación

Investigar la aplicabilidad de la terapia cognitiva basada en mindfulness en niños con síntomas de PTSD. Sentar las bases para la elaboración de un plan de acción aplicable en campos de refugiados. Responder a las necesidades de los miles de personas que conforman un grupo tan vulnerable como son los niños desplazados de sus países natales.

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para niños (MBCT-C) influye en los síntomas de estrés postraumático en niños migrantes o refugiados?

Justificación

Las víctimas de desplazamientos forzados en América Latina son uno de los grupos menos estudiados, especialmente a nivel infantil. Al ser un grupo minoritario y desprotegido la investigación sobre el tema es mínima, más aún cuando se trata de problemas de salud mental. Sin embargo, la necesidad de tratamiento dentro de este grupo es evidente, sobre todo

durante el proceso de transición que viven durante su desplazamiento. El Ecuador recibe a miles de refugiados cada año, de todas formas, ningún estudio sobre las necesidades de tratamiento psicológico y de cómo cubrirlas ha sido realizado. Es necesario entender cuáles son las implicaciones psicológicas del proceso de desplazamiento en el desarrollo de los niños, y cómo se podrían remediar.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La crisis migratoria

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados, o ACNUR, fue creada tras la segunda guerra mundial como respuesta a la ola de migración en Europa durante esta época. Esta oficina pretendía resolver el conflicto en máximo tres años, pasado este tiempo se planeaba disolver. Sin embargo, durante todos estos años la migración y el desplazamiento forzado ha representado uno de los más grandes problemas de la sociedad. Se estima que esta rama de las Naciones Unidas ha ayudado a más de 50 millones de personas durante el proceso migratorio (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018).

Sólo en el año 2017 se registraron 68.5 millones de personas en el mundo desplazadas a la fuerza debido a situaciones de violencia. De esta cifra más de la mitad está conformada por menores de edad. El 20% de la población de refugiados en América el anterior año era conformada por menores de edad (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2017). Ecuador es el país de la región que más refugiados recibe al año. Hasta el año 2017 se estimaba que un 95% de la población de refugiados de Ecuador eran colombianos. Sin embargo, desde el año 2018 ha existido un aumento considerable de flujo de migrantes venezolanos. Para finales del 2018, aproximadamente 2600 venezolanos entraban cada día al Ecuador (Martínez, 2018).

Entre enero y agosto del año 2018, más de medio millón de venezolanos ingresó al Ecuador por la frontera con Colombia. A principios del mes de agosto, más de 4000 venezolanos ingresaban cada día. De todos los migrantes ingresados, aproximadamente 20

por ciento ha permanecido en el país, mientras el resto ha continuado su camino hacia otros países (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018).

Esta ola migratoria viene como consecuencia de la crisis socioeconómica que ha vivido Venezuela en los últimos años. Hasta la fecha dos millones de venezolanos ha abandonado su país, huyendo de la inestabilidad e inaccesibilidad a comida y servicios básicos (Mauricia, 2018). Según la oficina de las Naciones Unidas encargada de los derechos humanos, se ha reportado el uso extremo de fuerza contra civiles en Venezuela (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2017). En el año 2017, entre abril y julio, se estimó que existía un promedio de 57 manifestaciones al día, durante estas se reportaron varias muertes de civiles (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2017).

Estado de salud mental en la población de refugiados.

Tomando en cuenta que los refugiados son personas que se han visto forzadas a huir de su país natal, por miedo justificado a ser perseguidos por diversas razones (United Nations General Assembly, 1951), se entiende que los eventos que han vivido se pueden caracterizar como traumáticos. Debido a esto, los refugiados se encuentran en mayor riesgo de presentar trastornos mentales que cualquier otro grupo migratorio (Walden, 2017).

Además, es necesario tomar en cuenta que los refugiados viven experiencias traumáticas durante todo su proceso migratorio. De hecho, se estima que un refugiado en promedio vive de 7 a 15 sucesos traumáticos (Carswell, Blackburn & Barker, 2009). Esto quiere decir que no es sólo en el trayecto de su país natal hasta su destino, si no antes, durante y después del mismo. Cuando los refugiados logran asentarse en un nuevo país, sufren situaciones de pobreza, problemas para encontrar un hogar, y hostilidad (Walden, 2017).

Además, se ha encontrado que la falta de apoyo social en los países de acogida presenta un gran factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (Carswell et al., 2009).

Por otro lado, los niños y jóvenes refugiados se encuentran en mayor riesgo que sus padres. Esto se debe a que están expuestos a trauma secundario por parte de sus padres o cuidadores (Walden, 2017). Los estudios realizados sobre la salud mental de niños refugiados son mínimos, por lo que es difícil determinar cuál es la realidad actual de los mismos. Sin embargo, los estudios disponibles reflejan que la prevalencia de problemas de salud mental en estos niños es alta (Gadeberg, Montgomery, Frederiksen, & Norredam, 2017).

La falta de investigación en grupos de niños refugiados es también un problema en Ecuador, de hecho, hasta el momento no existe información sobre la presencia de PTSD en niños refugiados. Sin embargo, se conoce por ejemplo que otros grupos vulnerables de niños, como los niños que viven en la calle (quienes en muchas ocasiones son refugiados) demuestran niveles sumamente altos de PTSD. En un estudio realizado en niños de la calle en la ciudad de Quito, se encontró que un 60% de ellos cumplía criterios para el diagnóstico de PTSD (Pluck, Banda-Cruz, Andrade-Guimaraes, Ricaurte-Diaz, & Borja-Alvarez, 2015).

En un estudio sistemático de 7000 refugiados asentados en países occidentales demostró que presentaban una prevalencia de 9% para PTSD y 5% para Depresión Mayor (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Por otro lado, en un estudio realizado en Reino Unido, se encontró que los refugiados provenientes de Kosovo presentaban un 39% de PTSD y 16% de depresión mayor (Turner, Bowie, Dunn, Shapo, & Yule, 2003).

Estrés Postraumático

Historia.

El Trastorno de Estrés Postraumático, o PTSD por sus siglas en inglés, se tipificó por primera vez en el DSM-III en el año 1980 (Resick, Monson, & Rizvi, 2013). Sin embargo, se ha mencionado con distintos nombres, como neurosis de guerra o fatiga de combate, desde la I y II Guerra Mundial (Huemer, Edsall, Karnik, & Steiner, 2014). Incluso antes de estas guerras existe evidencia de soldados en la Revolución Francesa con síntomas de PTSD. En el año 1798, el psiquiatra Pinel describió uno de los primeros casos de PTSD basado en los síntomas del filósofo Pascal quien, tras casi ahogarse en un río sufrió de síntomas intrusivos por 8 años tras el suceso (Crocq & Crocq, 2000).

Cuando se introdujo al PTSD como un trastorno en los años ochenta, no existía un total entendimiento de la presencia de este trastorno en la infancia. Sin embargo, desde el DSM-III se mencionan ciertos aspectos con respecto a lo presencia del trastorno en los niños. A lo largo de los años se ha estudiado al PTSD en poblaciones de niños para definir cuáles son las diferencias de comportamiento entre grupos etarios. Diferentes estudios llevaron a que se considere al PTSD como un trastorno diagnosticable en pacientes desde la primera infancia (Dyregrov & Yule, 2006). En el año 2014 se introdujo criterios diagnósticos diferenciados para niños menores de 6 años en el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014).

Epidemiología y Prevalencia.

Vivir un evento traumático es extremadamente común, un 60.7% de hombres y un 51.2% de mujeres ha sufrido al menos un evento traumático en su vida (Resick et al., 2013). Sin embargo, no todos estos individuos desarrollan PTSD tras el evento, de hecho, se estima

que tan sólo un 7% de la población general desarrollará PTSD en un punto de su vida (Resick et al., 2013). El ratio de mujeres a hombres es casi 3:1, siendo la prevalencia para mujeres 9.7% y para hombres 3.6% (Resick et al., 2013).

En un metaanálisis sobre la prevalencia de PTSD se encontró que, de los niños y adolescentes expuestos a eventos traumáticos, un 15.9% desarrolló el trastorno (Alisic et al., 2014). Cuando el trauma no era personal un 9.7% presentaba el trastorno, mientras que cuando el trauma era personal un 25.2% de los niños y adolescentes presentaba el trastorno. La diferencia entre sexos es parecida a la de adultos, con un 11.1% en niños y 20.8% en niñas (Alisic et al., 2014).

Criterios Diagnósticos.

Los criterios diagnósticos del PTSD no han cambiado drásticamente a lo largo de los años. Sin embargo, en el DSM 5 el PTSD consta de dos categorías una para adultos, adolescentes y niños mayores a 6 años, y otra para menores de 6 años (American Psychiatric Association, 2014, p. 161). Esto se debe a que existe una marcada diferencia de desarrollo en niños menores de 6 años que en niños mayores, especialmente entre los 8 y 10 años (Dyregrov & Yule, 2006). Aún más, los niños tienen una forma de interpretar y lidiar con el trauma de manera completamente distinta a los adultos. Por lo que, para poder medir los síntomas del PTSD en niños es necesario no sólo una categoría específica, sino también una escala específica a este grupo etario (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001).

El PTSD ocurre tras la exposición a eventos traumáticos, es decir, muertes, lesiones graves o violencia sexual, como amenaza o de manera real. Estos eventos deben ser presenciados de alguna de estas formas: de manera directa, presenciar directamente un evento que ocurra a otros, conocimiento de que ha ocurrido a familiares o personas cercanas. En algunos casos puede ocurrir al estar expuesto repetidamente a detalles repulsivos y

traumáticos de estos sucesos (American Psychiatric Association, 2014). En niños algunos de los sucesos traumáticos más comunes son: abuso físico o sexual, muerte de familiares cercanos, negligencia, procedimientos médicos dolorosos (Rideout & Normandin, 2015).

El siguiente aspecto necesario para dar un diagnóstico de PTSD es la presencia de ciertos síntomas intrusivos. En niños, se puede evidenciar comportamientos o juegos repetitivos, así como pesadillas o sueños aterradores sin un contenido específico. Además, existe una repetición o sensación de revivir el trauma, en niños se puede expresar en el juego. Finalmente, existe malestar o reacciones fisiológicas ante estímulos relacionados al trauma, ya sean internos o externos (American Psychiatric Association, 2014).

Además, se da una clara evitación de estímulos que evoquen memorias sobre el trauma (Mellenthin, 2018). Esto puede ocurrir tanto mediante la evitación de memorias o estímulos internos, como por la evitación de estímulos externos que sirvan como recordatorios del trauma. Esto puede evidenciarse como una evitación de ciertos lugares o de personas específicas (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, es necesaria la presencia de dos o más alteraciones negativas de la cognición o el estado de ánimo. Estas alteraciones están relacionadas con diferentes procesos cognitivos y afectivos. Puede caracterizarse por pérdida de memoria, creencias negativas, percepciones distorsionadas de la realidad, estado emocional negativo, disminución de interés, sensación de desapego con el mundo exterior, e incapacidad de experimentar sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014).

Finalmente, existe una alteración en los estados de alerta y en los niveles de reactividad. Es necesaria la presencia de dos o más de los siguientes síntomas para cumplir con este criterio. El paciente presenta comportamiento irritable, alteración del sueño,

hipervigilancia, problemas para concentrarse, respuesta exagerada de sobresalto, y comportamientos autodestructivos (American Psychiatric Association, 2014).

Para poder diagnosticar PTSD los síntomas mencionados deben tener mínimo una duración de un mes. Debe estar presente un malestar significativo en la funcionalidad de la persona, ya sea en su ambiente escolar, familiar o social. Es necesario descartar que los síntomas sean inducidos por medicamentos o sustancias que puedan inducir un cuadro similar (American Psychiatric Association, 2014).

Especificadores.

Las personas con PTSD pueden presentar síntomas disociativos, de hecho los síntomas disociativos son comunes en personas que han vivido trauma y no presentan PTSD necesariamente (Chu & Dill, 1990). Los síntomas que contempla el DSM-5 son despersonalización y disociación. Para poder ser usados como especificadores para PTSD no pueden ser inducidos por ninguna sustancia (American Psychiatric Association, 2014).

La despersonalización se refiere a una sensación constante de desapego de la propia experiencia corpórea o mental. Se puede sentir como si se viviera en un sueño constantemente, sin un sentido del paso del tiempo, o sin sentir el cuerpo. La desrealización tiene que ver con el entorno en lugar del individuo. Cuando existe este síntoma el paciente experimenta su entorno como que no fuese real y puede verlo distorsionado o distante (American Psychiatric Association, 2014).

El último especificador tiene que ver con el tiempo en el que se presentan los síntomas. Si todos los síntomas necesarios para dar un diagnóstico de PTSD no se presentan al menos 6 meses después del suceso, se puede considerar el especificador de Expresión retardada (American Psychiatric Association, 2014). Esto no quiere decir que los síntomas no

deber persistir por más de un mes, como indica el manual, o que algunos no pueden empezar inmediatamente tras el suceso traumático.

Ansiedad y PTSD.

Antes de la publicación del DSM-5, el PTSD estaba tipificado como un trastorno ansioso (American Psychiatric Association, 2000). Esto se debe a la relación directa entre la ansiedad y el PTSD. Sin embargo, en el DSM-5 se creó una nueva categoría de trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, en la que se incluyó al PTSD (American Psychiatric Association, 2014).

Sin embargo, la relación entre ansiedad y PTSD sigue siendo crucial para el tratamiento del trastorno. Se ha encontrado que la sensibilidad a la ansiedad juega un rol crucial en el mantenimiento del PTSD (Taylor, 2003). La sensibilidad a la ansiedad se refiere al temor de que síntomas relacionados a la ansiedad tengan consecuencias perjudiciales o extremadamente negativas (Hensley & Varela, 2008). Esta se divide en tres dimensiones: temor a reacciones ansiosas observables, temor al descontrol mental, y temor a sensaciones somáticas (Taylor, 2003).

Estudios demuestran que los pacientes con PTSD reportan niveles de sensibilidad a la ansiedad mucho más altos que controles e incluso que pacientes con ciertos trastornos de ansiedad (Taylor, 2003). Esto quiere decir que los pacientes con PTSD reportan respuestas ansiosas ante ciertos síntomas del PTSD que entran en las tres dimensiones mencionadas. Esta ansiedad crea un círculo vicioso de: síntomas ansiosos, sensibilidad a la ansiedad, y evitación. Los pacientes con PTSD buscan evitar a toda costa los síntomas desagradables pues les generan ansiedad. Por esta razón, es importante crear estrategias para lidiar con la ansiedad y romper el círculo (Resick et al., 2013).

PTSD y mindfulness.

Aunque no existe investigación sobre el tratamiento de PTSD en niños refugiados con MBCT-C específicamente, se puede encontrar literatura sobre la relación entre mindfulness en niños y la exposición a trauma. Por ejemplo, en un estudio realizado en niños expuestos a los huracanes Irma y María, se encontró que la presencia de rasgos de mindfulness en la muestra estaba relacionado negativamente con la internalización y externalización de síntomas de PTSD (Cutright, Padgett, Awada, Pabis, & Pittman, 2019).

Si bien en esta investigación no se aplicó ninguna terapia, si no que se investigó sobre las capacidades preexistentes en niños para lidiar con los traumas que han vivido; esta es una indicación de que aplicar una terapia basada en mindfulness para tratar síntomas de PTSD podría brindar resultados positivos para el curso del trastorno.

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT-C)

Las terapias psicológicas basadas en Mindfulness se centran en el uso de técnicas de meditación con el objetivo de incrementar la consciencia del momento presente. Estas técnicas pretenden enseñar a los pacientes interpretar emociones, sentimientos y sensaciones corpóreas desde el presente, y a su vez, procesar experiencias negativas de una manera más saludable (Lee, Semple, Rosa, & Miller, 2008).

Además, las terapias basadas en mindfulness enseñan a los pacientes a reconocer las sensaciones y emociones que están experimentando. De manera paralela, buscan desarrollar una relación positiva, basada en la aceptación, con los pensamientos. El mecanismo que se utiliza para conseguir estos objetivos es el automanejo de la atención. Se realizan técnicas, como respiración consciente, que permiten llevar a la mente a un estado neutro y presente. Desde este estado cognitivo se desarrolla el procesamiento de lo que se está experimentando (Semple & Lee, 2008).

La terapia cognitiva tiene componentes de psicoeducación, así como el trabajo sobre diferentes componentes cognitivos como la memoria y el raciocinio (Perrin et al., 2017). Esta terapia se basa en el precepto de que la forma en que se percibe y recibe la información, determina cómo se experimenta el mundo e influye en las emociones y el comportamiento (Beck & Weishaar, 1989).

La terapia Cognitiva basada en mindfulness, o MBCT, busca unir ambas corrientes, usando técnicas de mindfulness y elementos de la terapia cognitiva. Esta terapia se originó como un método para evitar las recaídas en pacientes que habían sufrido depresión. Estos pacientes aprendieron a identificar pensamientos de rumiación, característicos de la depresión, y a evitar que escalaran. En los últimos años se ha investigado el uso de esta

terapia en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad en niños de edad escolar y los resultados favorecen al uso de esta técnica (Semple & Lee, 2008).

Prácticas basadas en la evidencia y mindfulness.

Desde hace más de dos décadas algunos psicólogos se han enfocado en fundamentar su práctica en la evidencia, siguiendo el enfoque médico de la práctica basada en evidencia. Esta práctica se centra en mejorar los resultados de los pacientes tras recibir terapia, a través de la investigación científica de las distintas técnicas terapéuticas disponibles (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Este tipo de investigación permite a los terapeutas tomar decisiones clínicas en base a compilaciones de estudios clínicos que determinen la mejor técnica disponible.

Sin embargo, los profesionales de la salud que eligen este enfoque para su práctica son la minoría. Países como Ecuador, donde existe una clara falta de investigación, sufre también de la falta de práctica basada en la evidencia. Muchos terapeutas toman decisiones clínicas basadas en anécdotas, es decir, en lo que han experimentado con otros pacientes y ha funcionado. Existen muchos otros métodos similares a este que son usados comúnmente por doctores o psicólogos alrededor del mundo (Greenhalgh, 2010). Sin embargo, esto representa un grave peligro para los futuros pacientes de dichos terapeutas. Al no basarse en la evidencia empírica es probable que no se esté usando la mejor técnica existente.

A pesar de que las terapias basadas en mindfulness son relativamente nuevas, se pueden encontrar estudios clínicos de algunas de estas, incluyendo a MBCT. Los estudios más relevantes que han sido realizados sobre MBCT están relacionados con la prevención de recaídas de depresión (Coffman, Dimidjian, & Baer, 2006). Dos estudios demuestran empíricamente la validez de esta terapia en pacientes de este cuadro sintomatológico, sin embargo, estos estudios están basados en muestras adultas únicamente (Teasdale et al., 2000).

Los estudios realizados en niños en relación con MBCT se han enfocado en tratar síntomas ansiosos en niños de edad escolar. Se ha encontrado una mejora en los síntomas de los niños y en el reporte de los padres de los síntomas de sus hijos (Semple, Lee & Miller, 2006). Sin embargo, los estudios en esta parte de la población son pocos y es necesario realizar más estudios clínicos para poder tomar decisiones más informadas al momento de la práctica clínica.

Consideraciones del desarrollo.

La investigación ha demostrado que esta terapia puede ser útil en niños, por lo que se ha creado una adaptación para este grupo etario. La terapia Cognitiva basada en Mindfulness para niños, o MBCT-C por sus siglas en inglés, fue adaptada por Semple y Lee (2011). En su manual para tratar niños ansiosos determinan los aspectos a considerar para la adaptación de la terapia. La principal razón por la que se crea esta versión es por las marcadas diferencias del desarrollo entre adultos y niños.

En primer lugar, el desarrollo de la metacognición en los niños está en sus primeras etapas. Si bien hasta los 4 años ya se reconocen a sí mismos y a otros, y logran entender las bases del comportamiento de otros y cómo difiere del suyo (Kuhn, 2000), esto no quiere decir que un niño de edad escolar sea capaz de analizar de manera concreta sus procesos cognitivos (Semple & Lee, 2011). Por esta razón, es importante contar con una terapia apta para niños, mediante la cual puedan identificar sus emociones y reacciones con menor dificultad. Para esto Semple y Lee (2011) cambiaron el lenguaje de la terapia y lo acompañaron con estímulos auditivos y visuales adecuados.

El segundo cambio que se realizó al proceso terapéutico tomó en cuenta las características atencionales de los niños. A diferencia de los adultos los niños tienen una capacidad reducida de mantener la atención en una sola actividad por períodos largos de

tiempo. Semple y Lee (2011) decidieron alargar el número de sesiones a 12, y reducir el tiempo de cada sesión a 90 minutos, el programa original consistía en 8 sesiones de 2 horas y media cada una.

Debido a que las prácticas de mindfulness suelen realizarse estáticamente por largos períodos de tiempo, se reconsideró el número y el tiempo en que se llevaba cada actividad (Semple & Lee, 2011). Uno de los ejercicios básicos del MBCT para adultos es la meditación, que suele durar 45 minutos. Para implementar el programa con niños Semple y Lee (2011) encontraron que la mayoría de los niños lograba permanecer 3 minutos quietos para realizar la meditación en las primeras sesiones, y luego se podía ir incrementando el tiempo a 10 minutos. Además, se diversificó los ejercicios de mindfulness que se realizan durante el programa para acomodar las necesidades de los niños.

Tomando en cuenta que esta es una terapia aplicada a niños, es importante considerar el rol de los padres durante la misma. Para esto se implementaron sesiones informativas para padres sobre el programa y cómo funciona. Se espera que los padres formen parte del proceso terapéutico en casa, para lo que se les ofrece recursos extras que se pueden implementar. Además, los niños reciben material que llevan a casa para compartir con sus padres en cada sesión (Semple & Lee, 2011).

Estructura de MBCT-C.

La modalidad de esta terapia es grupal, aunque se puede realizar de manera individual si es necesario. La ventaja de realizar terapia grupal con este enfoque es que los niños pueden compartir sus historias y cómo van avanzando con la terapia. Existe espacio para diálogos en cada sesión, en los que se discuten diferentes técnicas de implementación de las técnicas y ejercicios que se realizan durante las sesiones en casa (Semple & Lee, 2011).

El número de niños que participa en las sesiones puede variar entre 6 y 8, y puede haber uno o dos terapeutas. Si hay dos terapeutas en todas las sesiones se puede tener hasta 12 niños. No se recomienda que un solo terapeuta maneje a más de 8 niños debido a que se pierde la capacidad de dar un servicio individualizado (Semple & Lee, 2011). Los niños pueden tener entre 9 y 12 años, sin embargo, se debe tomar en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Los niños entre 9 y 10 años serán completamente diferentes a los de 11 a 12. Semple y Lee (2011) recomiendan que se divida por grupos etarios a los niños para evitar diferencias grandes de comportamiento y cognición durante las sesiones.

Por último, el espacio donde se lleva a cabo la sesión es sumamente importante. Se requiere crear un espacio diferente al de una escuela, para que los niños no relacionen la terapia con su día a día educativo. Además, se recomienda que los terapeutas participen activamente durante las distintas actividades en las sesiones. Si hay dos terapeutas se debe dividir los roles en: guía y participante de soporte (Semple & Lee, 2011).

Trastornos tratados con MBCT-C.

El manual “Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety” de Semple y Lee (2011) está dirigido exclusivamente para niños con trastornos de ansiedad o síntomas ansiosos. La investigación demuestra que las terapias basadas en mindfulness puede resultar útil para tratar síntomas ansiosos en niños de edad escolar (Semple & Lee, 2008). Un estudio piloto demostró una mejora significativa en niños con síntomas ansiosos en riesgo de tener trastorno Bipolar (Cotton et al., 2016).

En adultos esta terapia ha sido usada para tratar depresión y recaídas. En un estudio realizado con pacientes con Depresión Mayor recurrente. Se encontró que la MBCT era útil para reducir la probabilidad de recaída, especialmente cuando los pacientes tenían más de 3 recaídas en el pasado (Teasdale et al., 2000). En otro estudio se encontró que esta terapia

puede ser útil para reducir síntomas residuales de depresión (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007).

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Diseño

El estudio es de naturaleza cuantitativa, con un enfoque experimental. Se plantea un estudio clínico con grupos independientes. Un grupo de lista de espera, lo que quiere decir que al momento del experimento no se aplica el tratamiento. Tras concluir la investigación, se lleva a cabo el tratamiento. Esto se realiza con el propósito de expresar la voluntad de brindar el tratamiento a todos los participantes. El otro grupo es experimental, es decir, se aplica la terapia.

Población y Muestra

La población con la que se plantea trabajar son niños refugiados que residan en Quito, Ecuador y presenten síntomas de PTSD. El tamaño de la muestra se determinó con un error Tipo I de 0.05 y un error Tipo II de 0.2. Para el cálculo se toma en cuenta un efecto mediano, es decir de $d = 0.5$. Tomando en cuenta esto, cada grupo debe contar con 50 personas (análisis de 1 cola) (Cohen, 1992).

Los criterios de inclusión para los participantes son los siguientes. Tener entre 9 y 12 años, y contar con un representante que brinde el consentimiento, dado que son menores de edad. Además, se incluye a niños hispanoparlantes con estatus de refugiados o víctimas de desplazamiento forzoso. Por último, los participantes deben presentar una gravedad de síntomas de PTSD sobre el umbral clínico. Los criterios de exclusión son: participantes con discapacidades auditivas o visuales, pues podría interferir con los resultados de la terapia.

Instrumentos o materiales

Para medir síntomas de PTSD se utilizará la escala Child PTSD Symptom Scale- Self Report 5 (CPSS-SR-5) traducida al español. Sin embargo, no existe aún una versión

estandarizada de esta escala para el español. Esta escala cuenta con una alta consistencia interna, con un coeficiente de Cronbach de .92. La fiabilidad *test-retest* es buena, con un $r = .80$ (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

Esta escala es de auto reporte y está dirigida a niños que han vivido trauma. Cuenta con 20 ítems que miden severidad de síntomas de PTSD y 7 ítems que definen en qué ámbitos ha afectado el trastorno. Existen dos formas de determinar la severidad. La primera cuenta con 5 niveles de severidad: mínimo, leve, moderado, severo y muy severo. La segunda forma de determinar severidad se centra en el umbral clínico del PTSD, es decir, es más fiable para determinar si se puede dar un diagnóstico del trastorno o no. Puntajes de 31 a 80 se consideran sobre el umbral clínico (Foa et al., 2017).

Para llevar a cabo la terapia hacen falta cojines de meditación, alfombras de yoga o una superficie suave, las distintas hojas de trabajo indicadas en el manual de Semple y Lee (2011). Además, es necesario tener un espacio cómodo y diferente a un aula de colegio común. Es necesario tener parlantes, campanas, tablero de asistencia, carpetas para cada participante, una pizarra y material escolar (cartulinas, marcadores, colores, etc.) (Semple & Lee, 2011).

Procedimiento de recolección de datos

Para reclutar participantes se buscará apoyo de la sede ecuatoriana de la ACNUR. Esta es la opción más viable pues ellos trabajan directamente con la población necesaria para realizar este estudio. Por este medio se contactará a familias con niños en el rango de edades requerido para formar parte del estudio. Una vez obtenido el consentimiento escrito de un padre o representante legal, es importante también conseguir el asentimiento de los participantes. Si los padres o los niños no pueden o no saben leer, se procederá a leer los documentos en voz alta.

Después de conseguir el consentimiento y asentimiento se procederá a administrar la escala CPSS-SR-5. Para administrar las escalas es necesario contar con un experimentador para responder cualquier duda que el niño pueda tener. Tras administrar la escala se procederá a asignar a los participantes que cumplan con los requisitos de inclusión y exclusión, mediante un proceso aleatorio, a cada uno de los grupos. Los datos obtenidos de la escala y los datos descriptivos se deben documentar y registrar en una base de datos, para analizarlos con el programa estadístico SPSS.

Una vez separados los grupos se procederá a explicar a los padres y participantes cómo se desarrollará la investigación. Como parte de la sesión informativa se entregará un folleto informativo de la terapia a los padres. Este folleto se traducirá del *Handout 1* del manual del Semple y Lee (2011). Se realizarán 12 sesiones de 90 minutos, cada una con 10 niños. Esto quiere decir que el grupo experimental se dividirá aleatoriamente en 5 subgrupos, uno por cada día de la semana laboral. En cada sesión se necesitarán 2 terapeutas.

Las sesiones se llevarán a cabo en aulas de meditación de la Universidad San Francisco de Quito. Estas cuentan con los materiales necesarios para llevar a cabo los distintos ejercicios de relajación que forman parte de la terapia. Además, cuentan con el espacio suficiente para realizar la terapia con 10 niños y dos terapeutas de manera cómoda. Se pedirá a los padres que lleven a sus hijos a la universidad una vez a la semana por 12 semanas, en el día asignado a su subgrupo.

Cada sesión tendrá un tema a tratar específico, sin embargo, todas seguirán el mismo esquema básico de 12 pasos basado en el manual de Semple y Lee (2011).

1. Completar primer auto reporte del estado emocional
2. Tomar asistencia de los participantes
3. Primera meditación guiada

4. Resumen corto de la sesión anterior
5. Introducción a la sesión actual
6. Revisar los ejercicios en casa de la anterior semana
7. Llevar a cabo los ejercicios de mindfulness
8. Segunda meditación guiada
9. Leer en grupo la historia o cuento del día
10. Completar segundo auto reporte del estado emocional
11. Entregar los ejercicios en casa y resúmenes de la sesión
12. Explicar los ejercicios en casa de la semana

El auto reporte del estado emocional se basará en el reporte “Feely Faces” de Semple y Lee (2011), traducido al español con autorización de las autoras. Para tomar lista se creará un tablero apropiado para niños, con los nombres de cada uno de los participantes (Anexo A1). En la primera sesión cada meditación guiada durará 1 minuto y se aumentará un minuto más en cada sesión.

Cada una de las sesiones tiene un tema específico a tratar definido por las autoras del manual. Se pretende mantener el procedimiento terapéutico lo más similar al original posible, con el propósito de obtener resultados óptimos. De todas formas, es importante tomar en cuenta que el manual está diseñado en inglés. Por lo que el vocabulario debe adaptarse a hispanoparlantes. El listado de las sesiones se basará en el manual de Semple y Lee (2011):

1. “Vivir el piloto automático”
2. “Estar presente es simple, pero no fácil”
3. “¿Quién soy?”
4. “Probando mindfulness”
5. “Música para mis oídos”

6. “Expresiones sonoras”
7. “Practiquemos ver”
8. “Ejercitando el músculo de la atención”
9. “Explorando el mundo de mindfulness”
10. “Lo que nuestra nariz sabe”
11. “La vida no es un repaso”
12. “Viviendo en presencia, compasión y conciencia”

Tras realizar las 12 sesiones con los participantes del grupo experimental se volverá a realizar el test CPSS-SR-5 en ambos grupos del estudio. Una vez finalizado el experimento se aplicará la terapia al grupo de lista de espera.

Análisis de los datos

El análisis de los datos será estadístico, realizado con ayuda del programa computacional SPSS. El fin de este análisis es encontrar cuál es el efecto de la terapia en los síntomas de los participantes. Se llevará a cabo un análisis de 1 cola, lo que quiere decir que se busca probar si existe o no una mejora en los pacientes tras recibir el tratamiento. Por otro lado, se debe realizar un análisis descriptivo de los datos. Este debe incluir análisis de género y edad.

Para analizar los datos cuantitativos se realizará un ANOVA con los puntajes ingresados a SPSS del grupo de lista de espera y del grupo experimental al finalizar el tratamiento. Además, se realizará un análisis con covarianza (ANCOVA) con los puntajes base del CPSS-SR-5, es decir, los puntajes previos al tratamiento. Este análisis remueve una de las fuentes más importantes de variación que no es de interés para este estudio, la variación entre participantes (Vickers & Altman, 2001).

En este análisis se necesita definir las variables dependientes, independientes y la covariada. Los puntajes de PTSD obtenidos después del tratamiento son la variable dependiente, los diferentes grupos (lista de espera y grupo experimental) son la variable independiente, y los puntajes base de PTSD son la covariada.

Consideraciones Éticas

Para llevar a cabo esta investigación es necesario tomar en cuenta los diferentes aspectos éticos. En primer lugar, como se ha mencionado con anterioridad, es necesario obtener un consentimiento escrito de un padre o representante (Anexo B1). Esto siempre se realiza en las investigaciones clínicas, sin embargo, dado que los participantes son niños es aún más crucial. Por esta misma razón, es necesario también tener el asentimiento de los niños (Anexo B2). Esto se refiere a la voluntad de los niños de participar en el estudio.

La muestra necesaria para la investigación es vulnerable por diversas razones. En primer lugar, son todos menores de edad, lo cual requiere el consentimiento de un adulto responsable como ya se ha mencionado. En segundo lugar, son individuos con estatus de refugiado o desplazados forzosamente. Esto quiere decir que son niños que han vivido trauma por lo que se requiere un especial cuidado y entrenamiento por parte de los terapeutas que trabajen con ellos. Finalmente, para formar parte del estudio deben presentar síntomas de PTSD. Esto significa que se encuentran en un estado psicológico delicado y se debe tomar todas las precauciones necesarias al momento de interactuar con ellos.

Por último, es necesario que esta investigación pase por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito. Para lo cual será enviado con anterioridad para obtener su aprobación. Como medida cautelar, tomando en cuenta los diferentes aspectos de vulnerabilidad de la muestra, también se seguirán los estatutos de la Declaración de Helsinki.

DISCUSIÓN

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Existen diversas fortalezas y limitaciones pertinentes a esta propuesta, tanto a nivel general como metodológico. Sin embargo, algunas de estas se pueden considerar tanto una limitación como una fortaleza. A nivel general de la propuesta se debe considerar la aplicabilidad a otras regiones y la especificidad de la población (estatus socioeconómico y edad). Por otro lado, a nivel metodológico es necesario tomar en cuenta la accesibilidad de los participantes, los aspectos de movilidad y la posibilidad de deserción.

Esta propuesta es específica a la región andina. Esto puede resultar tanto una fortaleza como una limitación. Si bien la especificidad de la propuesta podría limitar la aplicación de esta a distintas partes del mundo, responde a una creciente necesidad de la región. Latinoamérica está viviendo una crisis migratoria de enormes proporciones, que va dejando en su paso múltiples víctimas de trauma. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente existen refugiados e individuos desplazados forzosamente alrededor del mundo.

Aunque la población es sumamente específica, tanto en condiciones sociales como económicas, es una creciente parte de la configuración de la región que, sin duda, requiere atención especializada e investigación. Por otro lado, la propuesta se centra en las necesidades de los niños refugiados y desplazados forzosamente, dado que son el grupo más vulnerable dentro de su propio círculo. Sin embargo, esto no significa que otros grupos etarios no requieran atención especializada. Incluso se debería tomar en cuenta a personas con discapacidades de diversos tipos, que se excluyen en esta propuesta, pues se encuentran en una posición más vulnerable.

En el aspecto metodológico una de las posibles limitaciones se centra en la inaccesibilidad de la población de refugiados. Dado que en muchas ocasiones estas personas no cuentan con un lugar estable donde asentarse, existe una clara dificultad para acceder a suficientes participantes. Por otro lado, debido a esta misma inestabilidad podría existir un problema a la hora de movilizarse hasta las instalaciones donde se llevaría a cabo la investigación.

Por último, una limitación del estudio podría ser la posibilidad de que los participantes dejen el estudio a mitad del proceso. Esta siempre es una preocupación que los investigadores tienen en investigaciones clínicas. Cuando esto sucede puede resultar en que la aleatoriedad de la muestra se vea comprometida, y se puede sobreestimar la efectividad del tratamiento. Sin embargo, existen métodos para limitar el impacto de esto en los resultados.

Recomendaciones para Futuros Estudios

La investigación sobre las condiciones de la salud mental de los refugiados es escasa. Sin embargo, es una parte de la población mundial sumamente vulnerable y en constante crecimiento. Esto quiere decir que sus necesidades no están siendo cubiertas o atendidas de manera eficiente. Los niños conforman una gran parte de esta población, están expuestos aún más a traumas, y es más probable que desarrollen PTSD que los adultos. Por esta razón, es necesario generar más investigación sobre la presencia de diversos problemas de la salud mental, incluyendo, pero no únicamente de PTSD, en refugiados en Latinoamérica.

Este estudio explora la aplicabilidad de la terapia MBCT-C en síntomas de PTSD en una población de niños refugiados. Sin embargo, a lo largo de la investigación se ha encontrado que existen diversas poblaciones expuestas a trauma que podrían beneficiarse con la aplicación de esta terapia. Puntualmente, se recomienda la aplicación de esta investigación

a la muestra del estudio de niños de la calle de Quito, pues presentaban síntomas de PTSD y exposición a traumas extremos (como presenciar muertes violentas) (Pluck et al., 2015).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que de momento en Ecuador existen terapeutas tratando a la población objetivo de esta propuesta. Los métodos de tratamiento que estos usan varían y es probable que no todos estén basados en la evidencia. Aplicar y replicar esta propuesta sería recomendable para permitir que estos profesionales de la salud basen sus prácticas en tratamientos basados en la evidencia.

Finalmente, se recomienda para futuros estudios aplicar el protocolo de “intención de tratar”. Este se implementa para evitar errores en la interpretación de resultados cuando los participantes dejan el tratamiento durante la investigación, cuando se rompe el protocolo o existen equivocaciones por parte del personal tratante. Este protocolo se basa en incluir en el análisis de los datos finales a todos los participantes que iniciaron el tratamiento, incluso aquellos que por cualquier razón no concluyeron el procedimiento (Hollis & Campbell, 1999).

REFERENCIAS

- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*, 335–340.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2017). *Actualización de la Situación Colombia*. Obtenido el 3 de diciembre de 2018 de https://www.acnur.org/op/op_fs/5b05af144/situacion-colombia.html.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2017). Desplazamiento forzado 2017. *Tendencias Globales*. Obtenido el 3 de diciembre de 2018 de <https://www.acnur.org/5b2956a04.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018). ACNUR aumenta su respuesta tras la declaratoria de emergencia en Ecuador. Obtenido el 3 de diciembre de 2018 de <https://www.acnur.org/noticias/briefing/2018/8/5b6e24b34/acnur-aumenta-su-respuesta-tras-la-declaratoria-de-emergencia-en-ecuador.html?query=ECUADOR>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Author.

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. En A., Freeman, K. M., Simon, L. E., Beutler & H., Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). Boston, MA: Springer.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2009). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(2), 107–119.
[doi:10.1177/0020764009105699](https://doi.org/10.1177/0020764009105699)
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, *147*(7), 887–892.
<https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.887>
- Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *2*(1), 47–55.
- Coffman, S., Dimidjian, S. & Baer, R. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of depressive relapse. En R. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 31-50). Oxford: Elsevier.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., ... Delbello, M. P. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at

- risk for bipolar disorder: A pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*, *10*(5), 426–434. <https://doi.org/10.1111/eip.12216>
- Cutright, N. L., Padgett, E. E., Awada, S. R., Pabis, J. M., & Pittman, L. D. (2019). The role of mindfulness in psychological outcomes for children following hurricane exposure. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01135-5>
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*(4), 176-184. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *30*(3), 376-384.
http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2017). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for *DSM-5* for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(1), 38–46.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, *365*, 1309–1314.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Fazel, M., Reed, R., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*, *379*(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)

- Gadeberg, A. K., Montgomery, E., Frederiksen, H. W., & Norredam, M. (2017). Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: A systematic review of validated screening and measurement tools. *European Journal of Public Health*, 27(3), 439–446. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>
- Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Hensley, L., & Varela, R. E. (2008). PTSD symptoms and somatic complaints following hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 542–552. <https://doi.org/10.1080/15374410802148186>
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomized controlled trials. *BMJ : British Medical Journal*, 319(7211), 670–674.
- Huemer, J., Edsall, S., Karnik, N., & Steiner, H. (2014). Trauma en la niñez. En W., Klykylo & J., Kay (Eds.), *Clínica de la Psiquiatría Infantojuvenil* (3^a ed., pp. 255–273). Buenos Aires: Editorial Inter-Médica.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193–203. <https://doi.org/10.1348/147608306X116016>
- Kuhn, D. (2000). Metacognitive development. *Current Directions in Psychological Science*, 9(5), 178–181.

Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 15-28.
<http://doi.org/10.1891/0889.8391.22.1.15>

Martínez, M. (2018). Alto Comisionado llama a una respuesta regional para la crisis de refugiados y migrantes venezolanos. *ACNUR*. Obtenido el 3 de diciembre de 2018 de <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2018/10/5bc656064/alto-comisionado-llama-a-una-respuesta-regional-para-la-crisis-de-refugiados.html>.

Mauricia, J. (2018). Venezuelan economic crisis: crossing Latin American and Caribbean borders. *Migration and Development*, 1-11.
<https://doi.org/10.1080/21632324.2018.1502003>

Mellenthin, C. (2018). *Play therapy: Engaging & powerful techniques for the treatment of childhood disorders*. (153-159). Eau Claire: PESI Publishing & Media.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017). *Violaciones y abusos de los derechos humanos en el contexto de las protestas en la República Bolivariana de Venezuela del 1 de abril al 31 de julio de 2017*. Ginebra. Obtenido el 3 de diciembre de 2018 de https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/HCREportVenezuela_1April-31July2017_SP.pdf

Perrin, S., Leigh, E., Smith, P., Yule, W., Ehlers, A. & Clark, D. (2017) Cognitive therapy for PTSD in children and adolescents. En M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder. (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and*

- adolescents*. (pp. 187-207). Zurich: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0>
- Pluck, G., Banda-Cruz, D. R., Andrade-Guimaraes, M. V., Ricaurte-Diaz, S., & Borja-Alvarez, T. (2015). Post-traumatic stress disorder and intellectual function of socioeconomically deprived 'Street children' in Quito, Ecuador. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *13*(2), 215-224. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9523-0>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Rizvi, S. L. (2013). Posttraumatic stress disorder. En W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology. History, diagnosis and empirical foundations*. (2^a ed., pp. 244–284). New Jersey: Wiley.
- Rideout, L. C., & Normandin, P. A. (2015). Pediatric post-traumatic stress disorder. *Journal of Emergency Nursing*, *41*(6), 531–532. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.07.005>
- Semple, R., & Lee, J. (2008). Treating anxiety with mindfulness: Mindfulness-based cognitive therapy for children. En L. Greco & S. Hayes (Eds.), *Acceptance and mindfulness interventions for children, adolescents and families*. (pp. 63-87). Oakland: New Harbinger Publications.
- Semple, R. J., & Lee, J. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Semple, R., Lee, J. & Miller, L. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for children. En R. Baer. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications*. (pp. 143-166). Oxford: Elsevier.
- Suárez-Orozco, M. (2009). *Children of immigration*. New Brunswick: Harvard University Press.

- Taylor, S. (2003). Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(2), 179-186.
<http://dx.doi.org/10.1891/jcop.17.2.179.57431>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.615>
- Turner, S.W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L. & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182, 444–448.
<https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.444>
- United Nations General Assembly (1951). *Convention relating to the status of refugees*. July 28, 1951. United Nations: Treaty Series. Obtenido el 1 de marzo de 2019 de <http://www.refworld.org/docid/3be01b964.html>.
- Vickers, A. J., & Altman, D. G. (2001). Analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. *British Medical Journal*, 323(7321), 1123-1124.
- Vollebergh, W., ten Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., ... & Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 489-496. <http://doi.org/10.1007/s00127-005-0906-1>
- Walden, J. (2017). Refugee mental health: A primary care approach. *American Family Physician*, 96(2), 81–84.

ANEXO B: FORMULARIOS

ANEXO B1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



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: Terapia Cognitiva basada en Mindfulness aplicada en niños refugiados con síntomas de Estrés Postraumático

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Paula Estefanía Molina Rueda

Datos de localización del investigador principal 2331891, 0993518956,
 pmolina@estud.usfq.edu.ec

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 la de su hijo/representado 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.

Su hijo/representado ha sido invitado a participar en una investigación sobre la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para niños (MBCT-C) aplicada para tratar los síntomas de estrés postraumático porque tiene entre 9 y 12 años, tiene estatus de refugiado o fue desplazado forzosamente de su país natal, y presenta síntomas de estrés postraumático.

Propósito del estudio

El estudio busca aplicar la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, la cual es una terapia psicológica que usa técnicas de relajación, concentración y discusiones grupales, para tratar síntomas de estrés postraumático, el cual es un trastorno psicológico causado por experiencias traumáticas, en 100 niños de entre 9 y 12 años. La terapia consta de 12 sesiones grupales, 1 por semana.

Descripción de los procedimientos

Cada sesión dura 90 minutos y consta de ejercicios de meditación y concentración, discusiones grupales sobre mindfulness (concentrarse en el momento presente), emociones y experiencias personales. En total se llevarán a cabo 12 sesiones en el plazo de 12 semanas.

Riesgos y beneficios

| |
|--|
| <p>Los riesgos para los participantes pueden incluir: aburrimiento, cansancio, tristeza pasajera. Los beneficios pueden incluir: mejora en el estado de ánimo, mejora de sueño, mejora en la capacidad de autogestionar emociones, mejora en la dinámica familiar. Además, este estudio permitirá sentar las bases para el tratamiento de una población sumamente vulnerable como lo son los refugiados.</p> |
| <p>Confidencialidad de los datos</p> <p>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:</p> <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. 2) Su nombre o el de su hijo/representado no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.</p> |
| <p>Derechos y opciones del participante</p> <p>Usted puede decidir que su hijo/representado no participe y si decide que no participe solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida que participe puede retirarlo 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 porque su hijo/representado participe en este estudio.</p> |
| <p>Información de contacto</p> <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 2331891 que pertenece a Paula Molina, o envíe un correo electrónico a pmolina@stud.usfq.edu.ec</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p> |

| | |
|--|--------------|
| <p>Consentimiento informado</p> | |
| <p>Comprendo mi participación y la de mi hijo/representado 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.</p> | |
| <p>Firma del representante</p> | <p>Fecha</p> |
| <p>Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado</p> | |
| <p>Firma del investigador</p> | <p>Fecha</p> |

ANEXO B2. FORMULARIO DE ASENTIMIENTO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
CEISH-USFQ**

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO Menores de edad

Título del proyecto: Terapia Cognitiva basada en Mindfulness aplicada en niños refugiados con síntomas de Estrés Postraumático

Hola mi nombre es Paula Molina y trabajo en la Universidad San Francisco de Quito. Estamos realizando un estudio para conocer acerca de tratamientos para mejorar síntomas de estrés postraumático, que pueden ser miedo, problemas para dormir, pesadillas, recuerdos desagradables, y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en asistir una vez a la semana a una terapia grupal que dura 90 minutos, con otros 9 niños en las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá, mamá o representante hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/las mediciones que realicemos nos ayudarán a mejorar el estado de salud de otros niños con síntomas parecidos a los tuyos, de estrés postraumático.

Esta información será confidencial: no diremos a nadie tus respuestas. Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ningún (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: