

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN *MINDFULNESS* (TCC)  
EN LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DE INATENCIÓN EN NIÑOS CON  
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD (TDAH) ENTRE 7 - 9 AÑOS EN LA CAJA DE SEGURO  
SOCIAL”

PRESENTADA POR:

LOURDES M. AVILÉS

8-353- 570

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Diciembre, 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Número de Código: CE-PT-327-14-06-17-148

Nombre del estudiante: Lourdes M. Avilés

Cédula: 8-353-570

Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de Tesis: “Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (TCC) en la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) entre 7 a 9 años en la Caja de Seguro Social”

RESUMEN EJECUTIVO: Presentamos un estudio de diseño de investigación cuasi experimental en el cual se evaluará la efectividad de una Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (TCC) en la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) entre 7 a 9

años en la Caja de Seguro Social”. El estudio se llevó a cabo en 10 sesiones grupales de 45 minutos una vez por semana.

Nombre del asesor:

Mgtr. Ricardo López

Firma del asesor:

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante:

\_\_\_\_\_

Proyecto aprobado por:

\_\_\_\_\_

Coordinador del Programa

FECHA:

5 de diciembre de 2018

## DEDICATORIAS

A Dios Todopoderoso, que guía los pasos y me acompañó a lo largo de toda la carrera.

A mi madre Justina Avilés (q.e.p.d.) mi mayor fuente de inspiración,

a mi hijo Larry y

a mi familia que me apoyaron en este caminar.

Lourdes Avilés

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi hijo que su amor permitió horas separado de su madre para culminar este proyecto.

A los tutores de los niños del programa que pacientemente traían a sus hijos cada semana, y esperaban a que se diera la sesión.

A los profesores Ricardo López, Fabio Bethancourt, Eloy Santos por su contribución en este proyecto.

## INDICE

ÍNDICE	
DEDICATORIAS	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN Y SUMMARY	xii
Introducción	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	4
1.1. Definición	4
1.2. Criterios diagnósticos	7
1.3. Origen	10
1.4. Tratamiento	13
2. Terapia cognitiva conductual	16
2.1. Definición	16
2.2. Antecedentes	17
2.2.1. Evolución de la terapia de la conducta	17
2.2.1.1. Surgimiento en Inglaterra	17
2.2.1.2. Surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica.	18
2.2.2. La primera generación	19
2.2.3. La segunda generación	20
2.2.4. La tercera generación	23
2.2.5. El enfoque contextual	25
2.2.6. Principios comunes a todas las orientaciones de la TCC	28
2.3. Características de la T.C.C.	29
3. Mindfulness	30
3.1. Definición	30
3.2. Origen	30
3.3. Componentes	33
3.4. Investigaciones basadas en la práctica de Mindfulness	33

CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
1. Planteamiento del problema	38
2. Objetivo general	39
3. Objetivos específicos	39
4. Preguntas de investigación	39
5. Hipótesis	40
5.1. Hipótesis de investigación	40
5.2. Hipótesis estadística	40
6. Variables	40
6.1. Variable independiente	40
6.2. Variable dependiente	40
7. Definición de las variables	40
7.1. Definición conceptual de la variable independiente	40
7.2. Definición operacional de la variable independiente	41
7.3. Definición conceptual de la variable dependiente	41
7.4. Definición operacional de la variable dependiente	43
8. Tipo de estudio	43
9. Diseño de investigación	44
10. Población y Muestra	44
10.1. Población	44
10.2. Muestra	44
10.3. Criterios de selección de la muestra	44
10.4. Criterios de inclusión	45
10.3. Criterios de exclusión	45
11. Selección de las unidades de análisis	45
11.1 Instrumento de recolección de datos.	45
11.2 Método para el control de calidad de Datos	46
11.3 Diseño estadístico	47
12. Procedimiento de la investigación	48
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	50

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
Conclusiones	65
Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	73
ÍNDICE DE CUADROS	
CUADRO N° 1 Distribución de la muestra por la edad	51
CUADRO N°2 Distribución de la muestra por el nivel educativo	53
CUADRO N° 3 Distribución de la muestra por el lugar de origen	55
CUADRO N° 4 Distribución de la muestra por sexo	57
CUADRO N° 5 Distribución de la muestra por si recibe o no medicación	58
CUADRO N° 6 Puntuación total de los sujetos pretest y post test	59
CUADRO N° 7 Estadística descriptiva de muestra relacionadas	62
CUADRO N° 8 Prueba t de muestras relacionadas	63
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
GRÁFICOS N°1 Distribución de la muestra por la edad	52
GRÁFICOS N°2 Distribución de la muestra por el nivel educativo	54
GRÁFICOS N°3 Distribución de la muestra por el lugar de origen	56
GRÁFICOS N°4 Distribución de la muestra por sexo.	57
GRÁFICOS N°5 Distribución de la muestra por si recibe o no medicación	58
GRÁFICOS N°6 Puntuación total de los sujetos pretest y post- test	60
GRÁFICOS N°7 Puntuación media de los sujetos en el pretest y el post-test	62
ÍNDICE DE ANEXOS	
ANEXO N°1 Documento de consentimiento informado para padres	74
ANEXO N°2 Asentamiento informado del menor de edad.	77
ANEXO N°3 Formulación de cada caso	78
ANEXO N°4 Programa de Intervención de Terapia basada en Mindfulness (TCC)	87
ANEXO N°5 Formulario de Recolección de Datos	100

## RESUMEN Y SUMMARY

## RESUMEN

En esta investigación se ha realizado un estudio cuasi experimental en el cual se ha evaluado la efectividad de una "Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (TCC) en la disminución de síntomas de inatención en niños diagnosticados por un paidopsiquiatra de Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH). La muestra estuvo integrada por nueve niños en edades entre 7 a 9 años. Esta intervención se realizó a través de diez sesiones grupales programadas una vez a la semana, durante 45 minutos. Antes de iniciar las sesiones de la intervención psicoterapéutica y después de finalizar la misma, se aplicaba la prueba EDAH (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad) para medir la atención, de cada niño. Al realizar el análisis estadístico de los resultados del pretest y postest, resultó una disminución de los síntomas de inatención. En el estudio se diseñó una sesión educativa después de la última sesión con los niños, para dar herramientas a los maestros, explicando qué es el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y la implementación de estrategias de manejo de conductas en el aula.

## SUMMARY

In this research, a quasi-experimental study was carried out in which the effectiveness of a "Psychotherapeutic intervention based on *Mindfulness* (CBT) in the reduction of inattention symptoms in children with Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The sample consisted of 9 children aged 7 to 9 years. This intervention was carried out through 10 group sessions scheduled once a week, for 45 minutes. Before starting the intervention sessions psychotherapeutic and after completing the same, the EDAH test (Scale for evaluation of attention deficit hyperactivity disorder) was applied to measure the attention of each child. When performing the statistical analysis of the pre-test and post-test results, a decrease in the symptoms of inattention resulted. In the study an educational session was designed after the last session with the children, to give tools to the teachers, explaining that it is the Disorder of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the implementation of strategies behavior management in the classroom

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación presenta una intervención terapéutica basada en Mindfulness (TCC) con un programa de 10 sesiones para disminuir los síntomas de inatención en niños con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) entre 7 a 9 años en el servicio de paidopsiquiatría del complejo hospitalario de la CSS (extramuros Policlínica Manuel Ferrer Valdez).

El primer capítulo, se denomina marco teórico, porque señala las bases teóricas, los fundamentos, los antecedentes, de los principales temas y términos a tratar relacionados con la presente investigación, como son: el Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad su definición, su origen, criterios diagnósticos, tratamientos. La Terapia Cognitivo Conductual, los antecedentes, la terapia basada en Mindfulness, sus inicios, principales estudios.

En el capítulo II, se presentan los aspectos metodológicos, objetivos de la investigación, planteamiento del problema y las hipótesis a comprobar, las variables que intervienen, explica el diseño de investigación, quienes conforman la muestra y los criterios utilizados y, el procedimiento realizado.

En el capítulo III, se discute y se analizan los resultados obtenidos, luego de aplicación del instrumento de medición con un pretest y un post test, que permitió comprobar la hipótesis que la terapia basada en Mindfulness (TCC) disminuye los síntomas de inatención en niños con el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, luego de aplicado el programa terapéutico basado en Mindfulness (TCC), en estas 10 sesiones en el servicio de Paidopsiquiatría del complejo hospitalario de la CSS (extra muro Policlínica Manuel Ferrer Valdez).

En el IV y último capítulo, señalan las conclusiones y recomendaciones, luego de esta experiencia investigativa, a fin de lograr un mejor desempeño escolar de los niños con este diagnóstico.

Culminamos nuestro trabajo con la bibliografía detallando de donde obtuvimos el presente material de investigación, los anexos y el programa realizado.

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

## 1. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

### 1.1. Definición

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas APA), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. La característica principal del déficit es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

Según el doctor García Castaño (2001) el TDAH es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona. Se considera un desorden biocomportamental lo que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico. No presenta síntomas exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden.

Orjales Villar (2002) define el déficit como: un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.

Hallowel y Ratey (2001) definen el trastorno como un síndrome neurológico cuya tríada clásica de síntomas incluye la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Sostienen los autores en su libro TDA: “Controlando la hiperactividad, Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta”, que en la actualidad alrededor de quince millones de estadounidenses padecen el trastorno y que la mayoría lo desconoce. También, argumentan que la condición se da en niños, adultos, hombres, mujeres, en todos los grupos étnicos y estratos socioeconómicos, independientemente del nivel educativo y del nivel de inteligencia del individuo. De la cantidad mencionada, más de dos millones son niños menores de 18 años, aunque debe tenerse en cuenta que la etiqueta de TDAH es relativa. Según el Childrens and Adults with Deficit and Attention Disorder (CHADD), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se define como: “una condición médica, de base psiquiátrica y neurológica que afecta de un tres a un nueve por ciento de los niños de edad escolar. El trastorno interfiere con las diversas áreas del desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre ellas: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. Sus características principales son la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, la hiperactividad inapropiada, si esta es comparada con la etapa de desarrollo del niño, (Delgado Castro 2003) define la condición como un trastorno neurobiológico que está caracterizado por impulsividad, falta de atención y en algunos casos de hiperactividad que se manifiesta de manera inapropiada para la etapa del desarrollo del niño. Esta definición correlaciona en parte con la ofrecida por el Children and Adults with Deficit and Attention Disorder; (Parés Arroyo, 2003).

Gratch (2003) sostiene que, en la actualidad, la teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la condición como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. El autor expresa que los sujetos que han

padecido de lesiones en la corteza cerebral prefrontal, como por ejemplo encefalitis y traumatismos, se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela y por la sociedad.

Lawlis (2004) define el déficit de atención con hiperactividad como una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente. No obstante, esto no implica una señal de inteligencia inferior; tampoco es un impedimento ni resulta en una personalidad dañada, tendencias criminales, conducta inmoral. Así mismo, no necesariamente supone un impedimento de aprendizaje, ni una marca de inmadurez mental; aunque tales condiciones puedan coexistir con el trastorno. La mayoría del tiempo, los problemas del trastorno se relacionan con el funcionamiento del cerebro a escalas bajas.

Russell A. Barkley (2002), en su libro “Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales”, define el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Por lo general, se nota deterioro en la voluntad o la capacidad del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener su mente en las metas y consecuencias futuras. Argumenta el autor que el déficit de atención es un trastorno real y un verdadero problema que a menudo se convierte en un obstáculo ya que llega a ser angustiante, se torna en una situación que altera los nervios del que la padece, así, como los que viven cerca de este. El autor considera que existe una alteración en el cerebro del que padece el trastorno, lo que causa el movimiento constante y otras conductas que algunas personas consideran intolerables.

Barkley, (2002) señala que el déficit de atención sin hiperactividad (por sus siglas

TDA), generalmente es descrito como un niño miedoso, ansioso y que parece estar soñando despierto o en la luna. Los padres los describen cómo niños aletargados, perezosos o lentos en sus movimientos y cuyas características no están de ninguna manera vinculadas a la hiperactividad.

Lawlis (2004) establece una diferencia entre lo que es el trastorno del déficit de atención sin hiperactividad y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Sostiene el autor que el término trastorno de déficit de atención sin hiperactividad es conocido típicamente como la pérdida de las habilidades para mantener la atención, mientras que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se refiere a la conducta hiperactiva que a menudo es atribuida a la pérdida de concentración.

## **1.2 Los criterios diagnósticos para el TDAH**

El TDAH se diagnostica basado en parámetros incluidos en el DSM V, el DSM es el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales), es una publicación realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría, que sirve de referencia/guía para gran parte de los profesionales de la salud en el diagnóstico de trastornos mentales. Aporta descripciones, síntomas y otros criterios útiles para el diagnóstico de estos trastornos y es revisado de forma periódica, de acuerdo con las investigaciones, estudios y descubrimientos realizados.

¿Cómo se define el TDAH en el DSM-5? Lo define en estos aspectos:

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

### **1. Inatención**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## 2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

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

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

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

### **1.3 Origen del TDAH**

Se puede tener la impresión de que el déficit de atención es de aparición reciente, como si fuera el diagnóstico de moda. Sin embargo, al realizar la investigación, aparece en la literatura médica al final del siglo XVIII.

En el año 1798, aparecen menciones en documentos médicos, aun cuando la condición ha existido siempre. Alexander Crochton describe una enfermedad de “atención” en los niños que hoy se conoce como Trastorno de Atención y lo agrupa con el espectro autista. Este médico escocés lo describe como “una inquietud mental que les hacía incapaz de atender con constancia”.

En el año de 1845, Heinrich Hoffman, siquiatra alemán describe las características del trastorno en un poema donde Phillipp no puede estarse quieto para cenar, no presta atención a sus padres, se balancea en la silla.

En el año de 1902, un médico británico, George Still, describe una enfermedad en la que los niños no podrían inhibir su comportamiento y se muestran desafiantes, inquietos y desatentos. El la llama un “defecto de carácter moral” y cree que es un daño cerebral y que también podría tener una base biológica. Ya en 1950, surge la idea de un trastorno cerebral y se empezó a estudiar. El estimulante más usado para tratar el trastorno fue el Ritalin. Ya en 1960 se habla fuertemente de una conexión genética y, por tanto, una base biológica, estaba en la raíz del trastorno por déficit de atención.

En el año de 1962, en las conclusiones de un Symposium internacional celebrado en Oxford se reemplazó la expresión “minimal brain injury” por la de “minimal brain dysfunction” o M.B.D. Nos encontramos, pues, en años posteriores ante la omnipresente disfunción cerebral mínima. Esta fue definida por Clements (1966) como un trastorno de conducta y también del aprendizaje que se presenta en niños de una inteligencia normal, asociado con disfunciones del sistema nervioso central. Para empezar, el cambio de término no supuso en realidad un cambio real de posición: se atribuye, sin prueba alguna, a una afección cerebral una serie de trastornos cuyo origen en realidad se ignora. Al no encontrar un soporte empírico suficientemente sólido que validara el concepto de disfunción cerebral mínima como síndrome neurológico, las investigaciones posteriores, realizadas en gran parte por psicólogos y pedagogos, tuvieron como objetivo la caracterización del cuadro como un trastorno del comportamiento.

En el año 1968, aparece la primera descripción del síndrome en la American Psychiatric Association en el Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales conocido por las siglas DSM- II, con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la infancia”.

En el año de 1970, a la hiperactividad se le asocia la impulsividad y la distracción como características de este síndrome. En 1980, se comienza a

conocer como Trastorno por déficit de atención. 1990 se rebautizada por déficit de atención con hiperactividad.

En el año 2006, se estimaba que entre 3% y el 6% de los niños en edad escolar presentaban este síndrome. La mayoría se trata con medicamentos estimulantes y no estimulantes.

Desde hace unos cuantos años, los psicólogos clínicos infantiles están recibiendo en sus consultas un número progresivamente mayor de casos que inicialmente vienen designados, desde las más diversas fuentes de derivación, como posibles Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Se trata de una población heterogénea que ofrece una variación y disparidad considerables en la presentación de sus signos y síntomas, así como en la edad de inicio de los mismos o en su persistencia en diferentes contextos situacionales. Hay un acuerdo generalizado respecto a que el TDAH es un síndrome de carácter preferentemente neurobiológico que se caracteriza por la presencia de un desarrollo deficitario de los mecanismos destinados a regular la atención, la reflexividad y la actividad. Aunque es conocido desde el siglo XIX, su categorización como patología no se produce hasta la década de los 70 del pasado siglo. A partir de entonces, su incremento como motivo de consulta en los dispositivos de salud mental infantil ha sido incesante.

Uno de los problemas que esto lleva aparejado es que, debido a la imprecisión de los límites entre el TDAH y otras alteraciones o trastornos, el señalamiento de niños presuntamente afectados por aquél ha llegado a ser, en ciertos momentos y sectores poblacionales, indiscriminados y masivos. Irremediablemente, su diagnóstico es un proceso largo y laborioso cuyo objetivo principal es identificar la existencia genuina de un núcleo patológico claramente diferenciado de determinadas influencias y condicionamientos familiares, escolares y sociales. Se trata, por lo tanto, de establecer la distinción entre un niño normalmente turbulento y un contexto patológico real. La abundante investigación como la consideración de los datos y reflexiones procedentes de la práctica clínica ha contribuido decisivamente a que esté disminuyendo progresivamente el grado de confusión en cuanto a diagnóstico

y a estrategias de intervención terapéuticas, psicopedagógicas y socio ambientales.

#### **1.4 Tratamiento del TDAH**

En la actualidad, aún no existe un modelo más o menos unitario de intervención terapéutica. Lo que teóricamente existe acuerdo generalizado es en considerar que el tratamiento ha de plantearse de manera complementaria y coordinada desde distintas disciplinas. La realidad ha impuesto de manera inequívoca la necesidad de una intervención en la que participen a un mismo nivel distintos profesionales procedentes del campo de la educación, la psicopedagogía, la psicología clínica y la medicina, un modelo interdisciplinario-

Es relativamente tradicional, que se presente una tríada de perspectivas integrantes de la acción terapéutica en el TDAH, constituida por la intervención farmacológica, la conductual y la cognitiva. Podría tal vez resultar más útil establecer campos de actuación, como serían el biológico, la psicoterapia, el tratamiento psicopedagógico y la intervención familiar.

Hasta finales de los años 80, el procedimiento que se utilizaba de forma mayoritaria era el farmacológico y, en bastante menor medida, el conductual. El primero se apoya en el uso de medicamentos que afectan a los neurotransmisores implicados en las expresiones psicopatológicas del TDAH, el más utilizado, sin duda, ha sido y sigue siendo el metilfenidato en sus diferentes presentaciones. En mucha menor medida, pero con presencia significativa en las prescripciones, se encuentra la atomoxetina y, de forma testimonial, hay que citar la pemolina de magnesio.

Básicamente existen dos grupos de medicamentos para el TDAH, cada uno basado en un estimulante diferente:

Medicamentos con metilfenidato: Ritalín, Methylin, Concerta, Metadate, Parche de Daytrana.

Medicamentos con dextroanfetamina: Adderall, Vyvanse y Dexedrine.

Actualmente también se están utilizando determinados antidepresivos tricíclicos o neurolépticos tales como la clonidina, risperidona o paliperidona, particularmente cuando se trata a jóvenes o adultos.

Es conviene subrayar que el efecto y objetivo del uso de estos fármacos no es curar el TDAH, sino que cuando se trata de un caso con diagnóstico contrastado y buena respuesta a la sustancia que se le esté administrando, constituyen una gran ayuda para poder trabajar con el niño en otros terrenos y los resultados que se obtienen son mucho más rápidos, estables y de mayor alcance. Es preciso, sin embargo, tener en cuenta que entre un 25% y un 30 % de los afectados no responden a la medicación o bien no la toleran (Swanson et al., 1998; Orjales, 2007) y que, en todo caso, los efectos a largo plazo tanto de la medicación como de las intervenciones puramente conductuales, por sí solos, son bastante limitados y de discutida validez ecológica. Por lo tanto, se ha hecho necesario ir articulando otras alternativas de abordaje terapéutico que ayudasen a alcanzar la generalización de los efectos beneficiosos logrados a través del tiempo y de los diferentes contextos en que se desenvuelven los niños. Barkley, ya argumentó consistentemente en este sentido, proponiendo un enfoque orientado al desarrollo de la inhibición conductual como vía de acceso a la autorregulación, entendida ésta como la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que el niño inició ante la aparición de un estímulo determinado, además de proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y elaborar una respuesta más adecuada que sustituya a la primera. La idea es que durante la demora de respuesta se pongan en marcha funciones ejecutivas definidas que den lugar a procesos más adaptativos, en la medida en que incorporen una clara formulación del objetivo a lograr, la estimación adecuada de los recursos disponibles para hacerlo y la elaboración de un plan de acción eficaz. La práctica clínica nos muestra que la combinación de diversas técnicas, articuladas en un modelo de intervención coherente, propicia la aparición de mejoras clínicas significativas en mucha mayor medida que el uso aislado de algunas de ellas.

En la revista de Psicoterapia, publicada en marzo del 2016 nos señala que han ido construyendo programas terapéuticos como el de Método de Kotkin, que integra en el mismo a profesores, psicopedagogos y auxiliares educativos cualificados. También en el aula se aplica el programa Classroom Kit de Anhalt, Mc Neill, y Bahl, que se basa en el concepto de aprendizaje cooperativo. Luego, en España, Miranda, Gargallo y Gil desarrollaron un programa en el contexto del aula, espacio que reúne las condiciones adecuadas para que los mecanismos autorregulatorios se interioricen de manera gradual por los niños hiperactivos. Calderón, también estructuró un programa de carácter cognitivo conductual cuya aplicación ha dado como resultado una significativa disminución de las conductas vinculadas al trastorno, mantenida durante el seguimiento. Orjales y Polaino han diseñado un programa de intervención de corte también cognitivo conductual que incluye el entrenamiento en técnicas de auto instrucción, modelado, solución de problemas, autoevaluación o relajación, así como de generalización de aplicación de estos procesos.

Es particularmente interesante que apenas hay presencia significativa en la literatura científica específica del TDAH de los programas integrados de intervención, uno de los recursos que mayor eficacia muestran en el trabajo con los niños hiperactivos, como son las técnicas relacionadas con la corporalidad, el sistema postural y el movimiento, tales como las terapias psicomotrices. Resulta extraño que un trastorno que compromete de forma tan significativa el cuerpo y el movimiento no dé lugar a una presencia mucho mayor de las intervenciones de carácter psicomotriz en su abordaje. Además, su debut tiene lugar en la infancia temprana, período en el que el cuerpo es el mediador por excelencia en los procesos relacionales, de conocimiento y de aprendizaje. En varios modelos se menciona el entrenamiento en relajación, que frecuentemente se deja de lado porque su aplicación en las fases iniciales de tratamiento da escasos resultados, mientras que resulta de gran utilidad en estadios posteriores del mismo. Esto es así porque niños con escaso control regulatorio, si no han trabajado previamente los procesos de excitación e inhibición psicomotriz en el contexto de la organización tónico postural, es muy

difícil integrar los elementos vivenciales imprescindibles para el aprendizaje de la relajación. Sin embargo, una vez que han alcanzado un grado aceptable de regulación tónica, suelen beneficiarse de forma muy significativa del entrenamiento en relajación.

Los últimos 30 años, los especialistas conocidos como terapeutas ocupacionales, han desarrollado un amplio abanico de recursos técnicos en el plano psicomotriz que ofrecen una importante riqueza terapéutica y que por su vinculación con el acto motor suelen ser muy bien aceptados por los niños.

La frecuencia con la que este trastorno se presenta en la población infanto-juvenil está entre un 5% y un 10%, siendo tres veces más frecuente en varones que en hembras.

## **2. La terapia cognitiva conductual**

### **2.1 Definición**

#### **¿Qué son las terapias cognitivas conductuales?**

Las terapias cognitivo-conductuales son métodos de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, las mismas concentran aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo una herramienta más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

Dattilio & Padesky en los apuntes del Taller Introducción al modelo de Terapia Cognitiva Conductual (IPTACC) 2016, señalan “La terapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se siente y actúan”.

## **2.2 Antecedentes**

### **2.2.1. Evolución de la terapia de conducta**

Racham resumió la evolución conceptual de la TC en tres estadios, y O'Donohue en tres generaciones. La primera generación de terapeutas está relacionada con las teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional, en definitiva, la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. Las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, y biofeedback fueron desarrolladas en este periodo.

Primera generación: el surgimiento de la Terapia de Conducta. El surgimiento en Sudáfrica con Joseph Wolpe quien propuso el principio teórico de la inhibición recíproca como base de la intervención para la neurosis: la desensibilización sistemática. Aunque fue propuesto anteriormente, Wolpe lo sistematiza para humanos usando la relajación, las respuestas asertivas y sexuales como respuestas incompatibles con la ansiedad. La técnica desensibilización sistemática fue recogida en detalle en su obra *Psicoterapia por inhibición recíproca* donde aportaba datos de su eficacia. La DS incluía la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiógeno en la imaginación o con el uso de hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que eran explicados de manera precisa, detallada y científica. La construcción de la DS representa el comienzo real de la moderna TC. Rachman (UK) y Lazarus (EEUU) colaboraron en la difusión de la DS.

#### **2.2.1.1. Surgimiento en Inglaterra**

En los años 50 en el Reino Unido un grupo de personas (Yates, Shapiro) en torno a H.J. Eysenck llevaban a cabo aplicaciones prácticas de los principios de la TC. Usaron técnicas como la exposición, aproximaciones sucesivas o la práctica negativa. Este grupo de investigadores fue prolífico y representó la aproximación

neoconductista medicacional con énfasis en la metodología de investigación rigurosa. Llevaron a cabo un análisis comparativo entre psicoterapia freudiana y terapia de conducta en el artículo *The effects of psychotherapy: an evaluation* y en *Learning theory and behaviour therapy*. Los trabajos de Eysenck en el desarrollo de modelos empíricos de personalidad constituyen un esfuerzo por integrar los principios de aprendizaje (Pavlov), la actividad biológica y la identificación de características personales estables.

El grupo de Maudsley destaca por su rigor metodológico y su concepción del psicólogo como un investigador. Eysenck se centró más en investigaciones teóricas con grandes grupos de sujetos, mientras que Shapiro (rechazó los test estándar) se centró en aspectos clínicos de casos individuales (defensa del caso único).

La mayor parte de la aportación británica se ajusta más a la flexibilidad del neoconductismo mediacional y el conductismo metodológico, que al radical. Integraron estímulos, respuestas y constructos como la ansiedad, el miedo o la personalidad en las explicaciones.

### **2.2.1.2. El surgimiento en los Estados Unidos de Norteamérica**

La aparición de la TC resultó más difusa y gradual que en los casos anteriores. El libro *Science and human behavior* de Skinner como inicio de la TC. Skinner descarta apelar a constructos emocionales mediadores. Distinguió dos tipos de respuestas: respondientes (que se provocan) y operantes (que se emiten), y dos tipos de condicionamiento: el tipo E (o E-R pavloviano) y el tipo R (o R-E) en el que el reforzamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante (mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta). El análisis experimental de la conducta se basa en estudios de caso único. Priorizó la inducción frente a la deducción como estrategia de teorización en psicología (consideró que las teorías imponían moldes

a la realidad). No negó la existencia de variables cognitivas, pero no se interesó por ellos por la falta de métodos de estudio apropiados. Desecho el papel mediador de las variables cognitivas y fisiológicas sobre la conducta.

Skinner dio lugar al área más relevante de la TC: el análisis conductual aplicado (ingeniería de la conducta). El análisis conductual aplicado ha proporcionado a la praxis de la TC tres contribuciones fundamentales: 1) Técnicas y programas basados en el control de contingencias, 2) El análisis funcional. Aunque se sitúa el origen de la evaluación y análisis conductual en la obra de Kanfer y Sslow (Behaviour analysis), su procedencia se sitúa en Skinner, y 3) Interés sobre los datos objetivos como elemento de estudio (inducción frente a deducción), interesándose por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas.

### **2.2.2. La primera generación de terapeutas de conducta**

La primera generación presenta rasgos comunes: 1) Extensa base de conocimientos sobre investigación de aprendizaje que exhiben todos los clínicos, 2) aplicación clínica de los resultados más actuales, y 3) visión de la aplicación clínica como formando parte de un programa de investigación y terapia más general.

El estudio de Paul (1966) sobre la efectividad de la DS puede considerarse como la primera investigación de la historia en la que se demostró la efectividad de un procedimiento por encima del placebo y el no tratamiento. La incapacidad para encontrar explicación y alternativas terapéuticas adecuadas en otros trastornos hicieron surgir un malestar que derivó en la búsqueda de otras fuentes explicativas. Con el éxito de la TC nace un nuevo tipo de profesional, más clínico y menos investigador, con menor formación básica.

### **2.2.3. La segunda generación**

La segunda generación está marcada por la heterogeneidad y recoge a quienes tratan de superar deficiencias y limitaciones de las teorías de aprendizaje, aportando elementos de la psicología experimental, cognitiva y social. Con la segunda generación de terapeutas se produce el distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre aprendizaje (más clínico y menos investigadores). El desarrollo de procedimientos de intervención efectivos pasa a ser prioritario (brecha entre ciencia y hacer clínico, ausencia de progreso en teorías de aprendizaje). Se aportó la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo.

En torno a 1970, se inicia una fase de apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Lazarus fue de los primeros en argumentar que los principios de aprendizaje eran insuficientes y se debían interesar por otras áreas de la psicología (emociones, memoria, etc.). El distanciamiento de la investigación básica en esta época constituye todavía hoy uno de los escollos más relevantes para el avance teórico-conceptual de la TCC. Los desarrollos teóricos más representativos en esta fase son las teorías del aprendizaje social de A. Bandura y el enfoque cognitivo en TC.

El aprendizaje social de Bandura. La aportación de Bandura estriba en plantear la posibilidad de aprendizaje a través de la observación (imitación) como forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de la adquisición de comportamientos. Su teoría cognitiva social refleja la contribución de los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y la conducta humana.

En el condicionamiento vicario (observacional) los eventos estimulares se transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente. El aprendizaje se conceptualiza a través de la metáfora del procesamiento de la información, siendo el modelo el input y la ejecución conductual el output, interponiéndose entre ambas una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación. Bandura diferencia entre

aprendizaje y ejecución, haciendo depender la ejecución de la conducta aprendida (que permanece latente) del reforzamiento. El aprendizaje vicario es un condicionamiento superior, no es resultado de la experiencia directa, y la mayor parte de la conducta humana se adquiere de este modo. La imitación ya fue recogida por Skinner como un caso de discriminación operante sin recurrir a procesos cognitivos.

Bandura formula el principio de determinismo recíproco, es decir, la existencia de influencia recíproca entre el comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo. Esta influencia se realiza de forma sincrónica entre todos los elementos.

Otra contribución de Bandura fue el término autoeficacia (proceso central del cambio terapéutico) y su relación con el tratamiento. La autoeficacia se define como las expectativas de eficacia (juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado). Es diferente al concepto expectativas de resultado, que es la convicción del sujeto acerca de que una conducta determinada conducirá a ciertos resultados. La percepción de autoeficacia determina el esfuerzo realizado y la persistencia, y a su vez, está basada en cuatro fuentes: los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal, y el estado fisiológico o actividad emocional.

La principal crítica de este constructo es de tipo tautológico (conducta-expectativas-conducta) y la diferenciación entre expectativas de autoeficacia y de resultado. Bandura rebajó las pretensiones originarias como mecanismo decisivo en el cambio.

Bandura fue el impulsor de los aspectos cognitivos y de la noción de autocontrol. Las aportaciones terapéuticas de Bandura son todas aquellas basadas en el aprendizaje vicario (técnicas de modelado) y técnicas de autocontrol (entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y terapia de grupo conductual).

La imaginación de las situaciones temidas en la DS supone un primer paso en la introducción de los aspectos cognitivos en la primera generación.

Posteriormente, el conductismo mediacional (E-O-R) introdujo variables internas moduladoras de la respuesta al estímulo. Estos planteamientos consideran los aspectos cognitivos como conductas encubiertas. A comienzos de los 70 se le empieza a dar mayor relevancia a los elementos cognitivos, siendo los siguientes elementos los antecedentes de este cambio:

Insatisfacción con la referencia al aprendizaje y a la conducta observable como elementos básicos y únicos de consideración clínica. Los mecanismos que se habían supuestos como responsables de la eficacia de algunas técnicas son puestos en entredicho. Enfoque de la primera generación considerado reduccionista.

La insatisfacción con los resultados de las técnicas más conductuales de la primera generación (control de contingencia, exposición y DS) al aplicarse a problemas de afecto negativo (depresión).

Asume el conductismo de enlace de Homme (1965) que señala que un estímulo puede provocar dos respuestas distintas (abierta y encubierta), que enlaza entre ellas.

El rasgo común a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como elemento determinante de la conducta. Los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. El que aprende, entre otras cosas, encaja la nueva información en un marco organizado de conocimiento acumulado (esquema).

Las terapias cognitivas son diversas, tienen orígenes dispares y carecen de un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelo teórico general. Una de las clasificaciones más conocidas de las terapias cognitivas es la Mahoney y Arnkoff (1978):

Técnicas de reestructuración cognitiva: están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas). Enseñan al paciente a pensar de la manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el

procesamiento de la información. Se incluyen: la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia *cognitiva* de Beck, la reestructuración racional sistemática de Goldfried y el entrenamiento en auto instrucciones de Meichenbaum. Beck (terapia cognitiva para la depresión) y Ellis son los terapeutas más emblemáticos de la orientación cognitiva.

Técnicas para el manejo de situaciones: persiguen enseñar habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas como las caracterizadas por el estrés o el dolor. Como ejemplo: Entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y técnicas de manejo de ansiedad de Suinn. La aportación de Meichenbaum está basada en el uso del lenguaje como instigador de conductas a través del entrenamiento en auto instrucciones.

Técnicas de solución de problemas: dirigida a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. Se incluyen la terapia de solución de problemas sociales de D’Zurrilla, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y la ciencia personal de Mahoney.

A principios de los años 80, se podían identificar cuatro enfoques de intervención surgidos en la generación anterior y esta: análisis conductual aplicado, el conductismo mediacional, la teoría del aprendizaje social y las terapias cognitivas. En esta época aumentó el interés en la eficacia y efectividad de los procedimientos utilizados. Se produjo una expansión a nuevas áreas como la Medicina conductual, el área laboral o la comunitaria.

#### **2.2.4 La tercera generación**

Desde un punto de vista conceptual asistimos a un cambio sustancial que se evidencia en la polarización de los enfoques teóricos de la TCC, con los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las llamadas terapias contextuales, y las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas. Aunque ambas posiciones parten de premisas epistemológicas diferentes, se identifican por la

influencia de un nuevo espíritu del tiempo, se refiere al clima intelectual y cultural de una era postmodernista, responsable del contexto filosófico del constructivismo. Los fundamentos teórico-conceptuales de algunas técnicas (relajación, paradójicas, hipnosis) no están claros. El modo de intervenir más frecuente se fundamenta en dictámenes de eficacia y efectividad (Lazarus).

Es necesario acercarse a las bases epistemológicas que han guiado el quehacer terapéutico. Meichenbaum considera que las terapias cognitivas se han ajustado a tres metáforas básicas que tratan de describir la naturaleza de las cogniciones: metáfora del condicionamiento: cogniciones como conductas encubiertas (Homme) y como auto enunciados encubiertos. A través de ella se explica las técnicas del condicionamiento encubierto de Cautela o la técnica de parada de pensamiento de Mahoney. Metáfora del procesamiento de la información: propia de la segunda generación, considera la mente como una computadora y es la base de las terapias de reestructuración cognitiva (Beck y Ellis). Desde un punto de vista epistemológico estas terapias parten de la existencia de una realidad independiente del sujeto, que puede captarse de forma objetiva mediante un análisis lógico y racional de los datos (distorsiones de la realidad como problema).

Metáfora de la narración constructiva: Articula las terapias cognitivas constructivistas y es propia de la tercera generación. No existe una realidad objetiva al margen de nuestros procesos de conocimiento (realidad como significados particulares del individuo). El papel del terapeuta será el de guiar al cliente y ayudarlo a ser consciente de cómo crea su realidad y de las consecuencias de esa construcción. La historia que construyen es lo verdaderamente relevante para el proceso adaptativo (no son los síntomas de la depresión, ira o ansiedad los que interfieren con el funcionamiento, sino lo que los pacientes se dicen y dicen a otros sobre sus reacciones).

Reda y Mahoney dividen las terapias cognitivas en dos grupos: enfoques asociacionistas (Beck, Ellis, Meichenbaum) y enfoques constructivistas que

plantean una concepción activa de la mente. El enfoque racionalista recogería los modelos de reestructuración cognitiva y los cognitivos conductuales.

El referente conceptual de los modelos constructivistas son las teorías evolucionistas y motrices de la mente (organismos como creadores y productos de su ambiente). Mahoney, impulso del constructivismo, considera que dicho enfoque permite: 1) adoptar una visión más activa de la cognición frente a una más representacional y reactiva, 2) enfatizar la existencia de procesos nucleares tácitos, y 3) pensamientos, sentimientos y conducta son expresiones interdependientes del ciclo vital.

Entre las terapias constructivistas se ha de citar la terapia cognitivo-estructural o Psicoterapia Estructural de Guidano, la Terapia de los Constructos Personales de Neimeyer (constructos personales de Nelly) y la Psicoterapia Constructiva de Mahoney.

Las terapias cognitivas son las más ampliamente utilizadas. Algunas de las críticas a las terapias cognitivas son las siguientes: 1) La falta de definición en imprecisión en los términos utilizados desde el propio enfoque cognitivo (procesos, estructuras, productos), 2) la deficiente sustentación en los conocimientos provenientes de la psicología cognitiva. Las terapias cognitivas surgieron poco antes, o al mismo tiempo, que los principales logros de la psicología cognitiva. 3) La falta de datos sobre la existencia de cambios cognitivos reales en las estructuras, procesos y contenidos después de las terapias cognitivas, y 4) las dificultades metodológicas derivadas de la evaluación de las cogniciones y de los cambios producidos mediante procedimientos cognitivos.

#### **2.2.5. El enfoque contextual**

Los nuevos desarrollos del análisis aplicado de conducta han recibido diversas denominaciones, tales como: análisis de conducta clínica, enfoque contextual, o conductismo contextual en el que se enfatiza el peso del

contexto en la determinación y explicación de la conducta (terapias de tercera generación).

El enfoque contextual toma su nombre de su sustentación en el paradigma del contextualismo funcional y se caracteriza por su ambientalismo radical. El enfoque contextual ha vuelto los ojos a la investigación sobre aprendizaje, tratando de tener en cuenta los desarrollos de ésta. Estos planteamientos han llevado a cuestionar la analogía entre el aprendizaje animal y humano por considerarse reduccionista (conductas simples), centrándose en el estudio del aprendizaje humano (aprendizaje discriminativo, valor informativo de los reforzadores, condicionamiento controlado mediante información y aprendizaje gobernado por reglas, conducta verbal). Dentro del área del lenguaje están teorías como la Teoría de los Marcos Relacionales que sirven de base a la Terapia de Aceptación y Compromiso.

**Las tres terapias más importantes dentro de este enfoque son:**

La Psicoterapia Funcional Analítica: resalta la capacidad terapéutica de la interacción psicólogo-paciente. El intercambio de respuestas y su valor funcional son el elemento principal de la terapia. Destacan el que el psicólogo debe responder al paciente de un modo similar a como ocurre en el medio ambiente del paciente, y no de una forma terapéuticamente correcta. Especialmente útil en problemas recurrentes y en problemas de difícil definición, como los de personalidad.

La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): es un intento de eliminar el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta, tratando de este modo de dar más importancia a las contingencias externas de la conducta. Dirigida a trastornos por evitación experiencial.

La terapia de conducta dialéctica: basada en las dos anteriores, está dirigida a facilitar (moldear) formas adecuadas de expresión emocional en personas con déficit en este ámbito (personalidad límite).

En contraposición con las áreas clásicas de intervención, gran parte del campo de trabajo de las terapias contextuales se centra en problemas con un alto grado de complejidad o de difícil delimitación, como son los trastornos de personalidad (la interacción interpersonal durante la terapia pasa a ser el elemento fundamental). Los procedimientos más utilizados durante el proceso de la Terapia de Aceptación y Compromiso son las metáforas (procedencia cognitiva).

El enfoque contextualista trata de buscar su fundamentación en la investigación básica sobre aprendizaje, tratando de retomar la teorización abandonada durante los años precedentes. Las terapias contextuales toman las nociones sobre el proceso emocional que aporta la psicología básica como conducta legítima con un sentido adaptativo (en el enfoque cognitivo-conductual clásico se realiza desde una perspectiva racional). Algunas críticas a la orientación contextual son:

Carencia de sistematización: En conjunto las terapias contextuales no presentan procedimientos muy sistematizados, sin fases específicas. La puesta en práctica depende de variables del terapeuta y del paciente. Desde su seno apelan a las limitaciones de las estrategias de investigación tradicionales de comparación de grupos y las medidas cuantitativas, decantándose por el estudio de caso único.

La relación entre principios de aprendizaje y las terapias contextuales es una relación post hoc, es decir, inversa al proceso que caracterizo a la primera generación de la TC donde primero eran descubiertos los principios de aprendizaje y después se aplicaban a la clínica.

Problemas metodológicos en los estudios de eficacia (menos rigurosa que en el enfoque cognitivo-conductual, el tamaño del efecto para ACT y para la terapia de conducta dialéctica). Según Ost, ninguna de las terapias de tercera generación cumple los criterios para convertirse en un tratamiento con apoyo empírico.

Escasez de estudios controlados sobre procesos y ausencia de evidencia clara acerca de los principios responsables del cambio sugeridos.

La tercera generación de terapeutas (hasta la actualidad) buscan nuevas alternativas terapéuticas: concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, y de contingencias competidoras pasa a ser central. Se intenta fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica. Algunas terapias de este periodo son las terapias contextuales, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, y Mindfulness (conciencia plena). A esta tercera generación pertenecen los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores. La mayor parte de la práctica clínica está guiada por el empirismo (criterios de eficacia y efectividad).

Las terapias contextuales tienen una concepción del conocimiento y de la percepción del individuo que resulta similar a las propuestas constructivistas de la terapia cognitiva. Las terapias cognitivas constructivistas y contextuales están mostrando gran utilidad en el abordaje de trastornos realmente difíciles.

Definición de terapia cognitivo conductual y características actuales

La práctica de muchos terapeutas conductuales sigue anclada básicamente en nociones del condicionamiento de los años 50 y 60. Las relaciones entre la psicología cognitiva experimental y la terapia cognitiva son bastante tenues.

#### **2.2.6. Principios comunes a todas las orientaciones de la TCC:**

- La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, principalmente en sus inicios, en la psicología del aprendizaje.
- Las técnicas usadas cuentan en una buena parte con base científica, pero también surgen de la experiencia clínica.
- El objetivo del tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes.
- La terapia cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los

cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

- Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.
- Ahora bien, el proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Todo aprendizaje ocurre siempre en un individuo que trae consigo una determinada constitución genética y una historia personal y única. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.
- El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

### **2.3 Características de la terapia cognitivo-conductual**

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios

graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

La tercera generación de terapeutas de TCC (hasta la actualidad) examina nuevas alternativas terapéuticas entre ellas la tendencia a usar la práctica de Mindfulness.

### **3. Mindfulness**

#### **3.1. Definición**

El Mindfulness o atención plena o conciencia plena como concepto psicológico es la concentración de la atención y la conciencia, basado en el concepto de Mindfulness o conciencia plena de la meditación budista. Se ha popularizado en Occidente gracias a Jon Kabat-Zinn.

Jon Kabat Zinn define Mindfulness como “Habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar”.

#### **3.2. Origen**

El origen del Mindfulness es el budismo, concretamente el budismo, por lo que Mindfulness tiene más de 25 siglos de antigüedad. Buda, que fue el iniciador de esta tradición religiosa y filosófica y que recibió enseñanzas de

otros maestros y él mismo perfeccionó. La herencia de esta tradición es la esencia de la práctica del Mindfulness.

Los principales objetivos de las enseñanzas de Buda fueron, y continúan siendo, la erradicación o cese del sufrimiento humano. La meditación o Mindfulness, ideada y transmitida por Buda, constituye el método o la vía para la consecución de dicho objetivo; Mindfulness es considerado como “el corazón” de la meditación budista. La antiquísima meditación vipassana (meditación originaria del budismo y más conservadora), está siendo utilizada por la Psicología, y otras ciencias de la salud, bajo la rúbrica de meditación Mindfulness.

El Mindfulness como concepto psicológico es la concentración de la atención y la conciencia, basado en el concepto de Mindfulness o conciencia plena de la meditación budista. Se ha popularizado en Occidente por parte de Jon Kabat-Zinn. A pesar de encontrarse sus raíces en el budismo, el Mindfulness se enseña desprovisto de cualquier componente o terminología oriental.

Se presenta a la psicología, y muy especialmente a la psicología Clínica, como una alternativa terapéutica, como una nueva técnica de intervención o método clínico o como una filosofía de intervención, e incluso de vida. Por lo consiguiente decimos que la meditación o Mindfulness genera autoconocimiento, es decir, facilita la discriminación de nuestro propio comportamiento.

Mindfulness significa prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento con interés, curiosidad y aceptación. Este tipo de ‘atención o conciencia’ nos permite aprender de forma directa con aquello que está ocurriendo en el aquí y ahora, es decir, pretende entrenar a los sujetos a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos. Su práctica es, en cierto sentido, similar a la meditación. Mindfulness es un método para sosegar la mente, siendo su objeto de estudio las sensaciones, emociones, ideas... que nos

ocurran en el presente. Calmar la mente para ver con claridad, sacándola de su piloto automático.

Desde un punto de vista científico, podemos definir Mindfulness como un estado en el que el practicante es capaz de mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado. Mindfulness es mantener viva la conciencia en la realidad del presente. La palabra deriva de un vocablo inglés que significa pali “sati” que denota conciencia, atención, recuerdo. La atención y aceptación de la respiración, sentidos, sentimientos y del cuerpo además de liberarnos de los pensamientos viviendo el ahora son los pilares del Mindfulness.

Las investigaciones básicas del Mindfulness, plantean cuestiones sobre la naturaleza de la mente y de cómo esta se relaciona con nuestros procesos cognitivos, el cerebro, el cuerpo como un todo, denominado “el yo”. La investigación y aplicación práctica de Mindfulness tiene lugar en materias como: las Neurociencias, la Medicina, la Psicología, el Trabajo Social y la Psicoterapia.

Como constructo, da lugar a una teoría, que subyace una epistemología, un método y objeto de estudio y un amplio campo de investigaciones. La aplicación de la técnica del Mindfulness nos permite “estar” en el momento presente, prestando atención.

En cuanto a los beneficios del Mindfulness, Kabat-Zinn (1994) afirma que: el Mindfulness es “prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar”. Según Vallejo (2006) “Mindfulness es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Simón (2007) indica que es algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando Mindfulness. Lo que sucede es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a

otras, de unos a otros pensamientos. Mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia. El Mindfulness no es un descubrimiento moderno, aunque vivamos ahora su redescubrimiento (y un cierto reencuentro) en el marco de la cultura.

Uno de estos tratamientos alternativos es el entrenamiento en técnicas de Mindfulness para el TDAH, el cual está siendo estudiado en clínicas y universidades de varios países y los resultados son muy alentadores.

### **3.3 Componentes**

En el Mindfulness se distinguen cinco componentes: la atención, la apertura a la experiencia, la aceptación, dejar pasar, la inatención. Para entenderlos hay que preguntarse ¿qué hace una persona cuando piensa o actúa con atención plena?, ocurre lo siguiente:

1. La atención plena al tiempo presente: significa vivir en el presente, y no pensar en el pasado o futuro.
2. La apertura a la experiencia: vivir la experiencia como si fuera la primera vez. “la mente de principiante”
3. La aceptación: no juzgar, experimentar los eventos plenamente.
4. Dejar pasar: no dejarse atrapar por los pensamientos, sentimientos, y deseos
5. La inatención: es lo que cada uno busca y lo lleva a cabo la atención plena.

### **3.4 Investigaciones basadas en la práctica de mindfulness**

Un equipo liderado por Zylowska (2008), se puso a prueba un programa de entrenamiento en Mindfulness de 8 sesiones semanales de 2.5 horas de duración con una muestra de 32 pacientes con TDAH (8 adolescentes y 24 adultos), con el objetivo de estudiar su eficacia y si era factible implementar un tratamiento de este tipo. Se trata de un diseño pretest / post test sin

grupo control. La mayoría de los participantes completaron el entrenamiento. Se detectaron mejoras significativas en el conflicto atencional y en la atención dividida.

El equipo de Van der Oord (2011), estudió la eficacia de un tratamiento similar con una duración inferior 8 sesiones semanales de 1.5 horas, en una muestra de 33 niños (22 niños en el grupo de tratamiento y 11 en el grupo control), con un seguimiento a las 8 semanas. Los padres de los 22 niños realizaron un tratamiento

similar. En cuanto a los resultados, se detectó una reducción significativa de los síntomas atencionales e hiperactivos informados por los padres. Y los padres aumentaron significativamente la conciencia de atención plena.

En el año 2011, Van de Weijs- Bergsma estudio la eficacia de un tratamiento basado en *Mindfulness* similar al descrito anteriormente, pero con adolescentes, con un entrenamiento en *Mindfulness* a padres. El diseño consistía en un pretest/ post test sin grupo control con seguimiento a la 8 semana y a la semana 16. En cuanto a los resultados en el seguimiento a la 8 semana, tanto padres como adolescentes informaron en una reducción de problemas atencionales. En las pruebas informadas para medir atención detectaron una reducción significativa de la velocidad de reacción y de las falsas alarmas.

Existen algunas investigaciones en población adulta exclusivamente, entre ellas tenemos:

La experiencia de Diana Winston, instructora de *Mindfulness* de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) quien señala que la práctica de MDF puede ser la mejor aliada para superar los problemas que causa el TDAH (2010). “Completamente presente” es el libro estrella de esta autora quien fue la primera instructora del programa de *Mindfulness* para personas con TDAH.

Winston estaba buscando formas de enseñar MDF a jóvenes, por lo que diseñó un programa que podía ser útil para adultos y adolescentes y, en

consecuencia, observó que la práctica era tan poderosa que podía ser eficaz aun teniendo TDAH.

Una de las cosas que se reforzó en el estudio fue el hecho de hacerles saber a quienes tenían TDAH que esto no era un problema y que, por el contrario, sus cerebros eran muy creativos. Pero que debían saber cuándo era el momento adecuado para pensar en alguna otra cosa y cuando debían centrarse en la actividad presente. Los participantes aprendieron a notar ese pensamiento distractor que les sacaba del presente y regresaron a la actividad que se estaba realizando.

El grupo completo pudo meditar realizándose readaptaciones que incluían más movimiento, es decir, prácticas de *Mindfulness* que añadían movimiento físico y meditaciones más cortas al principio (de 5, 12 y luego 20 minutos); después de las ocho semanas, las prácticas se prolongaron 30 minutos.

En el estudio se comprobó que los participantes con el paso de las sesiones lograron mantener atención plena durante todo el día.

Finalmente, Winston señala que las mentes de las personas con TDAH normalmente están en el pasado, en el futuro o por todas partes. El MDF es una invitación a volver al momento presente y conectarse directamente con la vida, con el estar aquí y el presente en lugar de estar perdido en los pensamientos y en la ansiedad y tensión que estos pensamientos generan. Además, el *Mindfulness* nos enseña a poner nuestra atención de forma intencionada y consistente en algo, a tener control con nuestra atención y no estar a merced de ella.

La práctica de *Mindfulness* nos aporta un cambio respecto a nosotros mismos y a nuestro contexto interno, las habilidades que se desarrollan son la empatía, compasión, simpatía, paciencia, aceptación, evitar juzgar, etc. Los beneficios para cualquier persona pueden ser: reducir las distracciones o aumentar la concentración, minimizar los efectos negativos de la ansiedad, aceptar la realidad tal y como es, disfrutar del momento presente, potenciar nuestra autoconciencia, reducir el sufrimiento y evitar o reducir la

impulsividad. Por lo tanto, esta Inteligencia Emocional Plena puede ser también una herramienta eficaz para la prevención y resolución de conflictos en equipos docentes y alumnado, ya que con la práctica de *Mindfulness* desarrollamos la capacidad de concentración de nuestra mente, lo que nos ayuda a serenarnos y a percibir, comprender y gestionar mucho mejor los desafíos que nos plantea constantemente la convivencia escolar.

Los estudios que se han ido presentando en los últimos años, tanto dentro como fuera del contexto escolar, señalan que a medida que los niños y jóvenes van adquiriendo competencias emocionales, se observa en su comportamiento las consecuencias positivas que esto pueda tener.

Dra. Astrid M. Zapata (Colombia, 2015). Realizó un estudio titulado: Incorporación de la Practica Mindfulness en TCC en niños con TDAH. Su investigación consistió en implementar ocho semanas de práctica Mindfulness. Basados “Mindfulness Based Stress Reduction Program (MBSR)” de Kabat-Zinn adaptado a niños y en el programa de Eline Snell “Tranquilos y atentos como una rana”. Con 60 minutos semanales y 30 minutos de práctica diaria que se realiza en casa con padres de familia. Participantes niños entre 8 y 11 años de edad. Diagnosticados con TDAH, cinco niñas y cuatro niños. Entre sus objetivos estaba: Desarrollar y reforzar su capacidad de prestar atención a su experiencia interior y exterior. Sus resultados: La implementación de los ejercicios de Mindfulness dentro de la TCC influyo significativamente en la disminución de los niveles de inatención en el aula. El manejo de la respiración permitió la autorregulación de la propia atención. Los niños ganaron más en confianza y no se apresuran a juzgar rápidamente. Se les facilita con más frecuencia volver a centrar o reorientar la atención hacia el “ahora”.

Mejor manejo de su estado emocional, manifestado en menos conflictos dentro del aula. Se dieron cuenta del piloto automático y aprendieron a “parar” por un momento. Desarrollaron habilidades en el tema de la comprensión y resolución de conflictos.

## **CAPÍTULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS**

## 1. Planteamiento del problema

En la actualidad el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad es un problema de rápido incremento en la consulta psicológica (pública y privada), ya sea referidos por maestros o directamente traídos por sus padres debido a las dificultades que presentan estos niños en el medio escolar y familiar y que va en detrimento de sus actividades en las diferentes facetas de su vida diaria.

En el desempeño profesional en el campo educativo privado y en la práctica privada, me permite estar en contacto con esta realidad.

En el año 2009, según estudio realizado en Panamá por las doctoras Gabrielle Britton, Emelyn Sánchez y Silvia Valverde, la prevalencia del TDAH en Panamá es de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo, y un 2.3% de tipo combinado.

En el año 2013, la Fundación Valórate indica que atendió 550 casos en el país. En el 2016 se atendieron a 704 niños en los diferentes centros de la fundación.

Nos preguntamos que origina esta condición, la bibliografía nos indica que en este momento no se tiene una causa determinante de esta condición. Las investigaciones más recientes establecen que hay un componente genético alto (determina hasta el 75% de la presencia del trastorno). También, los problemas durante el embarazo, parto y posparto pueden influir en el desarrollo de la condición. Los diversos estudios lo catalogan como un trastorno neurológico.

Entre los diferentes tipos de corrientes terapéuticas dentro de la Psicología (Psicoanálisis, Terapia Humanista, Gestalt, Terapia cognitivo-conductual...) la única que está avalada científicamente (psicología basada en pruebas) es la Terapia Cognitivo Conductual. Existen numerosos estudios científicos que demuestran su eficacia especialmente en el TDAH.

Nos preguntamos: ¿Es la terapia basada en Mindfulness (TCC) efectiva al tratamiento de los niños con TDAH para disminuir los síntomas de inatención presentados por estos niños?

Hay estudios con adultos que demuestran que la meditación en Mindfulness mejora capacidades como el control, atencional y reduce respuestas automáticas. Pero hay muy pocos estudios que hayan indagado sobre los efectos beneficiosos que podría implicar para los niños diagnosticados de TDAH.

## **2. Objetivos generales**

Planificar estrategias psicoterapéuticas basadas en *Mindfulness (TCC)* para disminuir los signos de inatención del TDAH y reconocer la validez del tratamiento utilizado, en los estudiantes de 7 a 9 años.

## **3. Objetivos específicos**

3.1 Adecuar un procedimiento fundamentado en la psicoterapia basada en *Mindfulness (TCC)* para la modificación de signos de inatención en niños con TDAH que facilite el tratamiento, ya que su bienestar psicosocial está ligado a la sintomatología que presentan.

3.2. Implementar la intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness (TCC)* de acuerdo con un plan de trabajo elaborado.

3.3. Validar estadísticamente la efectividad de la intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness (TCC)*.

## **4. Preguntas de investigación**

4.1. ¿La técnica de intervención de psicoterapia basada en Mindfulness (TCC) contribuirá a la disminución de los signos de inatención en niños con TDAH?

4.2. ¿El número de sesiones programadas en la técnica de intervención de psicoterapia basada en Mindfulness (TCC) serán las necesarias para disminuir los signos de inatención en niños con TDAH?

## 5. HIPOTESIS

### 5.1. Hipótesis de investigación

¿El Programa de intervención terapéutica basada en Mindfulness (TCC), será eficaz para la disminuir los signos de inatención en niños con TDAH?

### 5.2. Hipótesis estadística

**Ho:** La psicoterapia basada en Mindfulness (TCC) no disminuirá los de síntomas de inatención en niños con TDHA.

**H1:** La psicoterapia basada en Mindfulness (TCC) disminuirá los de síntomas de inatención en niños con TDHA.

## 6. Variables

**6.1. Variable independiente:** La intervención de psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC).

**6.2. Variable dependiente:** Síntomas de inatención según criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. (DSM V), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

## 7. Definición de las variables

**7.1. Variable independiente:** La intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (TCC).

### **Definición conceptual de la variable independiente:**

#### **La intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC).**

Jon Kabat Zinn, indica que Mindfulness es la “Habilidad que consiste en centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar”

La terapia basada en *Mindfulness* (TCC), se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado

anímico ahora, analizando la conducta observable, en prestar atención, momento a momento, a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y al ambiente circundante, de forma principalmente caracterizada por "aceptación" -una atención a pensamientos y emociones sin juzgar si son correctos o no.

## **7.2 Definición operacional de la variable independiente:**

### **La intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC).**

La intervención psicoterapia basada en Mindfulness (TCC) se realizó con un programa dividido en dos componentes: con los niños y con los docentes. Con los niños se realizó 10 de sesiones grupales de 45 minutos cada una, una vez por semana, en las que se utilizaron técnicas provenientes de la terapia basada en *Mindfulness (TCC)*. Con los docentes se efectuó una sesión educativa sobre el TDAH y se le dieron herramientas para la implementación de estrategias dentro del aula.

La descripción detallada del programa aparece en el anexo.

## **7.3 Variable dependiente: síntomas de inatención**

### **Definición conceptual de la variable dependiente**

#### **Síntomas de inatención:**

La inatención es un constructo hipotético, ya que no es observable de forma directa; únicamente podemos observar conductas que clasificamos como inatentas.

La inatención es un mecanismo de activación gracias al cual el sujeto no puede captar la información de uno o varios estímulos de su entorno. Es por ello que, utilizaremos los criterios diagnósticos del DSM V, para definirla:

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o

durante otras actividades (por ejemplo: se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo: tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo: parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo: inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo: dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo: tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo: materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo: hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## **Definición operacional de la variable dependiente**

### **I. Inatención:**

Para medir esta variable se efectuó una evaluación de los niveles de inatención con el test EDAH (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Anna Farra i Riba, Juan Narbona García. 6ta edición. TEA. Madrid 2010.

La maestra de cada uno de los niños recibió el test antes de la aplicación de intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness para realizar la evaluación del niño, al finalizar la intervención nuevamente las maestras los evaluaron.

El Test EDAH tiene cinco ítems que miden el área de inatención:

1. Tiene dificultades para el aprendizaje escolar. (escritura, matemáticas, lectura)
2. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.
3. Está en las nubes, ensimismado.
4. Deja por terminar las tareas que empieza.
5. Sus esfuerzos se frustran fácilmente es inconstante.

La puntuación para indicar que el estudiante presenta indicadores de inatención es la siguiente:

Edad	7 años a 9 años
Valores de inatención en el EDAH	9 a 15 puntos

## **8. Tipo de estudio**

Esta investigación es un estudio cuantitativo, ya que según (Hernández, Sampieri 2010), es un conjunto sistemático secuencial y probatorio. Atendiendo al nivel de la investigación se trata de un estudio de nivel explicativo y de corte longitudinal, ya que la variable de interés es medida en dos etapas; antes y después del tratamiento

## **9. Diseño de investigación:**

Utilizamos un diseño cuasiexperimental: pretest- post test de un solo grupo.

En esta investigación, este diseño, consiste en estudiar un grupo de niños diagnosticados por un Paidopsiquiatra con el TDAH. Los maestros de cada uno de los niños participantes recibieron un formulario de la prueba EDAH para que evaluaron los signos de inatención en los niños antes de realizar la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC) por 10 semanas, luego de transcurrida la intervención psicoterapéutica, los maestros nuevamente realizaron la evaluación para ver los resultados.

## **10. Población y muestra**

### **10.1. Población**

El universo de este estudio es la población de nueve niños entre 7 a 9 años del servicio de paidopsiquiatría del Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social, diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

### **10.2. La muestra:**

Se seleccionaron nueve niños diagnosticados por un paidopsiquiatra con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en edades entre 7 a 9 años en el servicio de paidopsiquiatría del Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social, elegidos intencionalmente, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **10.3. Criterios de selección de la muestra:**

El muestreo es intencional, nueve niños que cumplieron con los criterios de inclusión, que voluntariamente desearon participar de la terapia.

### **10.3.1. Criterios de inclusión:**

1. Niños diagnosticados con TDAH por autoridad competente. (Paidopsiquiatra /Neuropediatra).
2. Niños sin recibir Terapia Psicológica.
3. Niños con o sin medicación farmacológica.
4. Niños con edad comprendida de 7 a 9 años.
5. Que voluntariamente desearon participar de la terapia.
6. Que asistan entre 80% a 100% de las sesiones.

### **10.3.2. Criterios de exclusión**

1. Niños que no están asistiendo a una escuela.
2. Niños con presencia discapacidad intelectual (antiguo retraso mental).
3. Niños que presenten daño neurológico o trastorno del espectro autista.
4. Niños con problemas sociales (abuso físico, que no residen al menos con unos de sus progenitores.)
5. Niños con enfermedad médica que le impida participar de las terapias

## **11. Selección de las unidades de análisis**

### **11.1. Instrumentos recolección de datos**

El instrumento que se usó es el EDAH, (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Anna Farre i Riba, Juan Narbona García.

A partir de la experiencia con las escalas de Conners adaptadas y los estudios sucesivos realizados a partir de ellas, los autores Farré y Narbona consideraron la conveniencia de elaborar una nueva escala que, manteniendo las cualidades de las anteriores, pudiera adaptarse a los nuevos conocimientos.

El EDAH tiene el objetivo de medir los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome. Está destinada a la evaluación de niños de 6 a 12 años (1º a 6º de Primaria). Es de aplicación

individual, con una duración de 5 a 10 minutos. La escala consta de 20 ítems, con dos subescalas de 10 ítems cada una. La información que puede ofrecer el maestro es tan valiosa por su objetividad y por la posibilidad de comparar al niño con otros de su misma edad y ambiente, que es imprescindible para acotar al diagnóstico. Este es una de las grandes aportaciones de la EDAH, que permite evaluar los rasgos principales del TDAH de una manera sencilla y objetiva a través de la información aportada por el maestro del sujeto del estudio.

En nuestra investigación, los maestros de cada uno de los sujetos recibieron el formulario del test EDAD antes de realizar la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC) para que realizara la evaluación de los signos de inatención en cada uno de los niños, al finalizar la intervención psicoterapéutica, nuevamente los maestros realizaron la evaluación de los signos de inatención en los niños participantes.

El instrumento, el EDAH, mide las tres variables presentes en el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta.

En este estudio solo queríamos medir la inatención, en el instrumento se presentan cinco preguntas que evalúan esta área, las mismas las presentamos en un formulario (anexo).

1. Tiene dificultades para el aprendizaje escolar.
2. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.
3. Está en las nubes, ensimismado.
4. Deja por terminar las tareas que empieza.
5. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.

## **11.2. Métodos para el control de calidad de los datos**

Los datos se recolectaron con un formulario adaptado de Test EDAH, (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Anna Farre i Riba, Narbona García. 2010.

El cual tiene las cinco preguntas que miden la inatención, el formulario se adaptó para que cumpla con las normas de confidencialidad del sujeto, ya que el protocolo del test tiene los datos del sujeto.

En el formulario a cada sujeto se le asignó un número de participante.

El formulario fue respondido por el maestro de cada niño antes del inicio de la intervención psicoterapéutica y una vez finalizada la terapia, nuevamente realizaron la evaluación del sujeto, para determinar el efecto de la terapia en los niños participantes.

### **11.3. Diseño estadístico**

Este estudio se realizó como investigación de tipo cuasi experimental.

La investigación cuasiexperimental es aquella en la que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, no existe grupo de control propiamente dicho. Los diseños cuasi experimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Estos diseños siempre incluyen una **preprueba** para comparar la equivalencia entre los grupos, y que no necesariamente poseen dos grupos (el experimental y el control), son conocidos con el nombre de cuasi experimentos.

El método cuasi experimental es particularmente útil para estudiar problemas en los cuales no se puede tener control absoluto de las situaciones, pero se pretende tener el mayor control posible, aun cuando se estén usando grupos ya formados.

Algunas de las técnicas mediante las cuales se puede recopilar información en un estudio cuasi experimental son las pruebas estandarizadas, las entrevistas, las observaciones, etc. Se recomienda emplear en la medida de lo posible la preprueba, es decir, una medición

previa a la aplicación del tratamiento, a fin de analizar la equivalencia entre los sujetos.

Los resultados fueron sometidos a prueba de hipótesis mediante la *t* de *student* con un alfa de 0.05 para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las prepruebas y las post pruebas de los sujetos.

## **12. Procedimiento de la investigación**

Una vez obtenida la inscripción de la tesis en la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panama en junio del 2017, se solicita la certificación de no objeción del Director de la Caja de Seguro Social, recibimos respuesta de visto bueno en julio del 2017 y se somete a consideración del Comité de Bioética de la CSS, el cual realizó varias revisiones, además se tuvo que solicitar la aprobación de diferentes directivos y finalmente nos permiten realizarlo en la Policlínica Manuel Ferrer Valdez en el mes de mayo del 2018.

Luego, nos reunimos con el jefe del servicio de Paidopsiquiatría para presentar la investigación, con quien determinamos que nos estaría enviando los sujetos para realizar el estudio se. Inicia el procedimiento para la establecer la muestra, el 25 de mayo, se realizaron 4 sesiones. En este periodo se le envió los folletos del test EDAH a la maestra, para que realizara la evaluación de los niños. A cada sesión llegaba un grupo de padres remitidos por el jefe del servicio de paidopquiatria. Finalmente, para el 15 de junio, tenía conformado el grupo.

A los padres se les explicaba la finalidad de la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness para disminuir los signos de inatención, los padres interesados, llenaban el consentimiento informado, los niños el asentimiento. Al tener el grupo conformado se inicia las sesiones un día a la semana, los viernes, después de mediodía, permitiendo que fueran a su escuela.

Inicialmente, reunía a todo el grupo de niños y padres en el pequeño consultorio, era estrecho y difícil mantener la atención, se realizó la intervención con todos los presentes, establecía la tarea, repasábamos. Después de la quinta semana se decidió dividir el grupo en dos sesiones diferentes, y trabajar solo con los niños, al

final de cada sesión se les explicaba a los padres la técnica de Mindfulness (TCC), usada, para realizar la tarea de la semana.

Al finalizar la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC), visitamos las escuelas de los niños participantes, los maestros evaluaron nuevamente a cada sujeto. Le explicaba a cada maestro lo que consiste el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, le brindamos herramientas para trabajar con los niños, las adecuaciones contempladas en el manual de procedimiento de la ley y una hoja con técnicas de Mindfulness (TCC) usadas.

Luego, se pasa al análisis, e interpretación de los resultados, elaboración de recomendaciones y conclusiones; y revisión del todo el proyecto en sí.

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN**

## Características generales de la muestra

El detalle de los datos demográficos encontrados en la muestra utilizada se encuentra en este apartado. La interpretación que hacemos de los mismos es un valor agregado al análisis de los resultados obtenidos con el uso de las pruebas formales utilizadas en el estudio.

- En el cuadro y gráfico N°1 describiremos a la muestra en términos de edad. El programa de intervención ejecutado para efectos de esta investigación fue intencionalmente diseñado para la población estudiantil entre 7 a 9 años de edad en el servicio de Paidopsiquiatría de la Caja de Seguro Social de mayo a agosto del presente año 2018.

### Cuadro No. 1

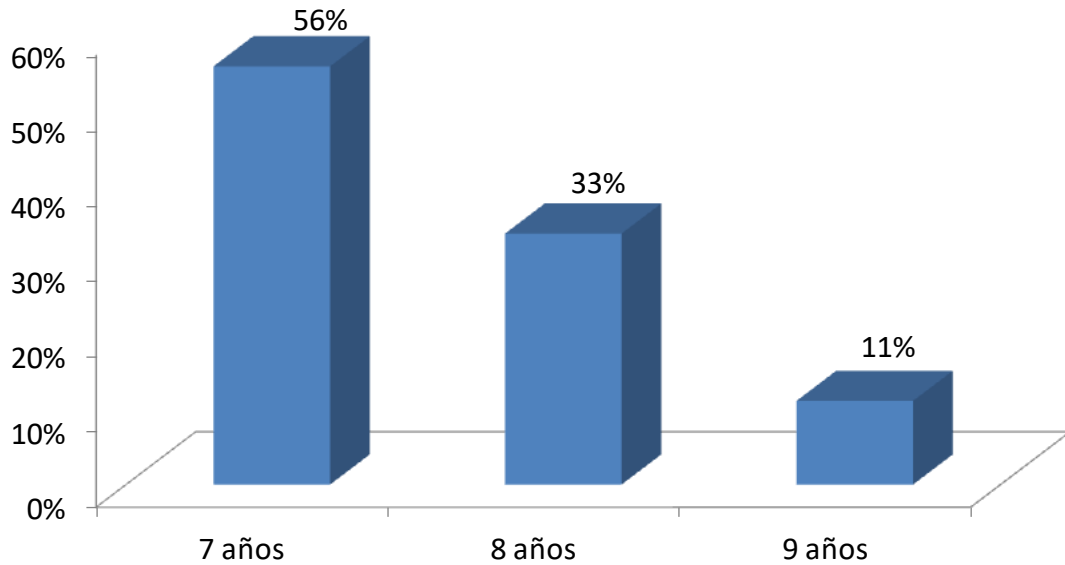
#### Distribución de la muestra por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7 años	5	56%
8 años	3	33%
9 años	1	11%
Total	9	100%

Fuente: Intervención basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

## Gráfica No. 1

### Distribución de la muestra por edad



Fuente: Intervención basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

En el gráfico N° 1 se puede observar que el 56% de la muestra de esta investigación está constituida por niños de siete años; es decir que cinco personas de las nueve que participaron como muestra se encuentran en esta edad. Las personas de edad que tienen ochos años son tres, lo que representa un 33% de la muestra y por último una persona tiene nueve años o que equivale al 11%.

Los siguientes datos que presentamos en el cuadro y gráfica No. 2 son los correspondientes al nivel de escolaridad de los sujetos de la muestra debido a que las participantes son menores de edad no es de sorprender que el nivel educativo se encuentre dentro de la primaria.

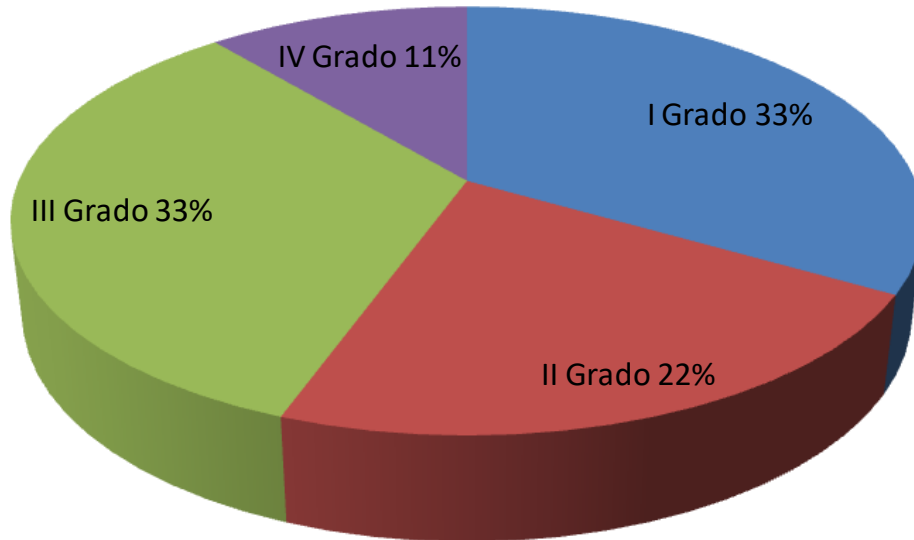
### **Cuadro No. 2**

#### **Distribución de la muestra por nivel educativo**

Grado	Frecuencia	Porcentaje
1 Grado	3	33%
2 Grado	2	22%
3 Grado	3	33%
4 Grado	1	11%
Total	9	100%

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

**Gráfica No. 2**  
**Distribución de la muestra por nivel educativo**



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

En lo referente al nivel educativo de los participantes de la muestra encontramos que tres de ellas, cursan el primer grado de primaria, lo que representa un tercio de la muestra, es decir el 33%, igual cantidad y proporción de la muestra cursa el tercer grado de primaria, 33%, seguido del 22% que cursa el segundo grado, y, por último, el 11% curso el cuarto grado de primaria.

En el cuadro y gráfica No.3 describiremos a la muestra por lugar de procedencia, ya que nos parece un punto importante a analizar, ya que nos indica cómo está la situación de (TDAH) en nuestro país, y que esto no es un problema exclusivo de la región metropolitana.

### Cuadro No. 3

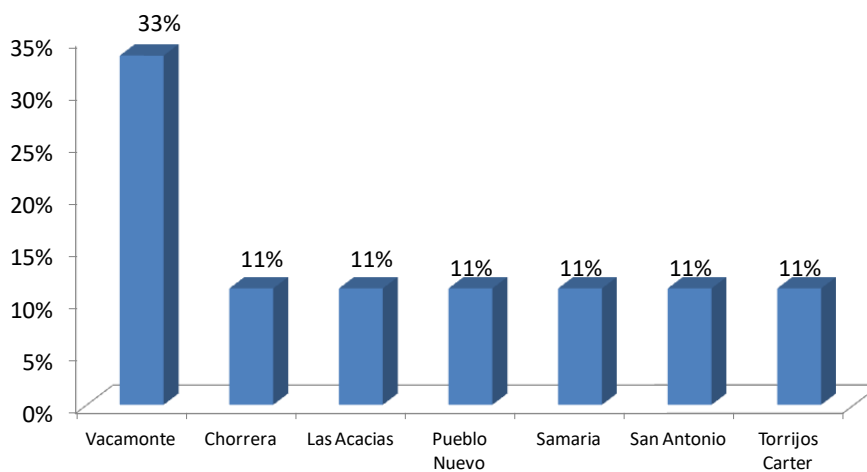
#### Distribución de la muestra según lugar de origen

	Frecuencia	Porcentaje
La Chorrera	1	11%
Las Acacias	1	11%
Pueblo Nuevo	1	11%
Samaria	1	11%
San Antonio	1	11%
Torrijos Carter	1	11%
Vacamonte	3	33%
Total	9	100%

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

### Gráfico No. 3

#### Distribución de la muestra según lugar de origen



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

Observamos que en la composición de la muestra tenemos cuatro participantes que son del área de Panamá Oeste, el 33% reside en Vacamonte y el 11% en La Chorrera, mientras que en la ciudad de Panamá se distribuye el 33%, de los cuales 11% se ubica en Las Acacias, Pueblo Nuevo, San Antonio, mientras que el otro 22% pertenece al distrito de San Miguelito, 11% en Samaria y Torrijos Carter.

En el cuadro y gráfico No. 4 describiremos a la muestra según el sexo de los participantes.

#### **Cuadro No. 4**

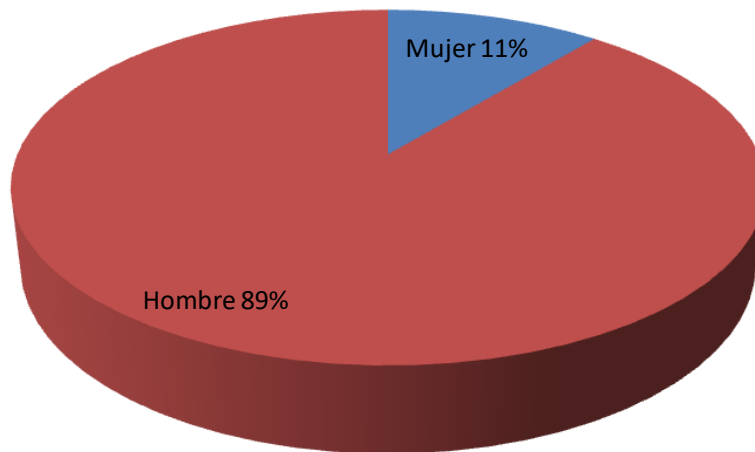
##### **Distribución de la muestra según sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	1	11%
Hombre	8	89%
Total	9	100%

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

#### **Gráfico No. 4**

##### **Distribución de la muestra según sexo**



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

Observamos que solo una de participantes es femenina, corroborando la bibliografía que indica que la mayoría de los sujetos con el TDAH es masculina.

En el cuadro y gráfico No. 5 describiremos a la muestra según si son sujetos que reciben o no reciben medicamentos.

**Cuadro No. 5**

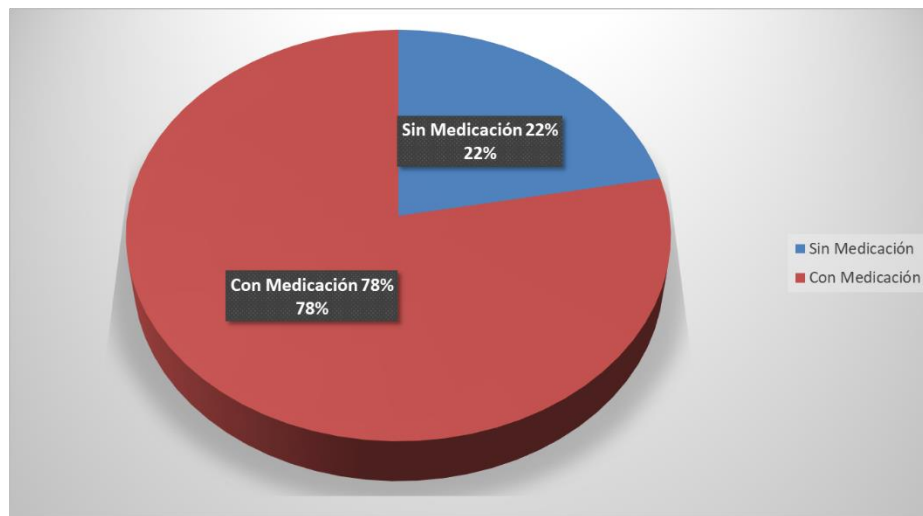
**Distribución de la muestra si recibe o no medicación**

MEDICADO			
	Medicado	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	2	22%
	SÍ	7	78%
	Total	9	100%

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

**Gráfico No. 5**

**Distribución de la muestra si recibe o no medicación**



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

En el gráfico No 5 podemos observar que casi la totalidad de la muestra sí recibe medicamentos; y que dos (2) sujetos no reciben medicación, lo que por complemento nos permite decir que el 78% de la muestra es medicada.

La medicación en esta investigación resulta una variable interviniente.

En el cuadro y gráfico No. 6 describiremos a la muestra según las puntuaciones totales del pretest y post test

### Cuadro No. 6

#### Puntuaciones totales de los sujetos en el pre test y post test

Puntuaciones totales de los sujetos en el pretest y posttest		
	Pretest	Posttest
Sujeto 1	5	3
Sujeto 2	15	12
Sujeto 3	8	5
Sujeto 4	10	4
Sujeto 5	4	3
Sujeto 6	14	15
Sujeto 7	11	6
Sujeto 8	11	3
Sujeto 9	7	6
<b>Promedio</b>	<b>9.44</b>	<b>6.33</b>

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

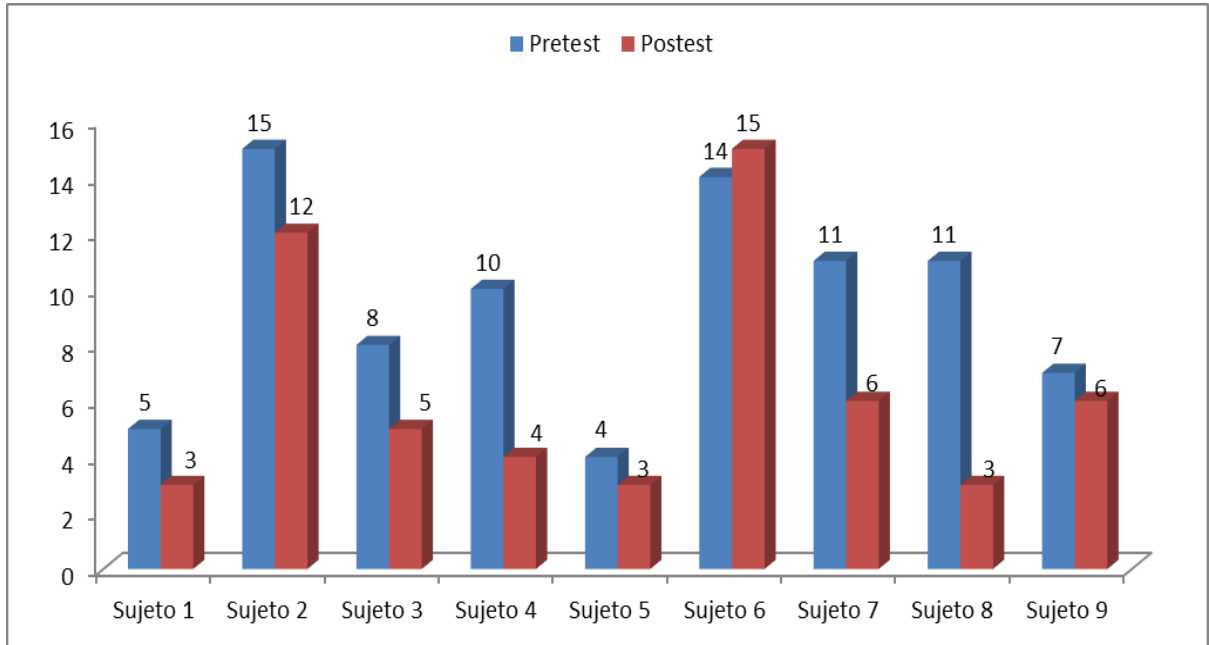
Se observa en 88,8 % de los sujetos diferencias ligeras en la disminución de los signos de inatención en el pretest en comparación con el post test. Teniendo en cuenta la presencia de la variable interviniente que es la medicación.

El sujeto #6 incremento los signos de inatención

El sujeto #8 (no medicado) la disminución de signos de inatención fue mayor, inicio con once puntos y terminó con tres puntos.

Gráfico No. 6

Puntuaciones totales de los sujetos en el pretest y post test



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

Se observa que el 88% de los sujetos el **post-Test refleja** una disminución de los signos de inatención, recordando que está presente la variable interviniente en el 77.8% de los sujetos.

## **Resultados de las pruebas**

### **Prueba t de Student para muestras relacionadas**

La prueba t de Student para muestras relacionadas permite comparar las medias de dos series de mediciones realizadas sobre las mismas unidades estadísticas. En nuestro caso los nueve sujetos fueron medidos antes de recibir el tratamiento, lo que vamos a denominar pretest, luego de aplicado el tratamiento, volvimos a medir a los sujetos lo que denominamos post test, para luego aplicar el estadístico de prueba, lo que nos permitió utilizar la prueba t de Student para muestras relacionadas para detectar la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) entre los dos momentos. Decimos “relacionadas”, ya que el sujeto se midió dos veces, por lo que los datos se organizan por parejas.

## Estadística descriptiva

En lo que se refiere a las estadísticas descriptivas utilizaremos la media, la desviación estándar y el error típico de la media, esta estadística nos permitirá ver las diferencias entre los grupos, pretest y post test.

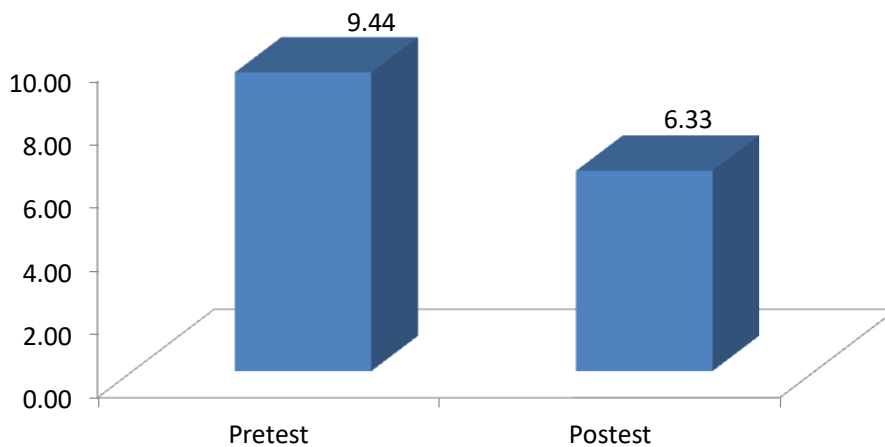
**Cuadro No. 7**

Estadísticos descriptivos de muestras relacionadas				
	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pretest	9.44	9	3.779	1.260
Posttest	6.33	9	4.301	1.434

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

**Gráfico No. 7**

### Puntuación media de los sujetos en el pretest y posttest



Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

En cuanto a la estadística descriptiva utilizaremos la media muestral, en el gráfico No 6 podemos observar que existe una diferencia entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el pretest y el post test, lo que nos lleva a la elaboración de la prueba de hipótesis para determinar si esa diferencia que se observa es estadísticamente significativa

## Prueba de hipótesis

**H<sub>0</sub>:** La psicoterapia basada en Mindfulness no disminuirá los de síntomas de inatención en niños con TDHA.

**H<sub>1</sub>:** La psicoterapia basada en Mindfulness disminuirá los de síntomas de inatención en niños con TDHA.

Para probar la hipótesis, utilizaremos un nivel de confianza de 95%, lo que indica que trabajaremos con un nivel Alpha de 0.05, es decir de 5%.

En cuanto al criterio de decisión, establecemos que si la significancia estadística (calculada) es menor que el nivel de significancia de 5%, rechazaremos la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>)

**Cuadro No. 8**

Prueba t de muestras relacionadas								
Diferencias relacionadas								
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pretest - posttest	3.111	2.804	.935	.956	5.266	3.329	8	.010

Fuente: Intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* (Avilés, 2018)

En la prueba t para muestras relacionadas, llevada a cabo en el programa estadístico IBM SPSS, versión 20, podemos observar que las diferencias medias entre el pretest y el post test es de 3.11, esta diferencia es estadísticamente significativa, ya que la significancia bilateral es de 0.010 lo que indica que es menos que nuestro nivel Alpha de 0.05 (5%), lo que nos lleva a rechazar la H<sub>0</sub>, por lo cual concluimos que las diferencias en las puntuaciones se deben al tratamiento, (teniendo presente la presencia de la variable interviniente que es la medicación) lo que nos permite concluir que la intervención psicoterapéutica basada en *Mindfulness* es efectiva para la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños de 7 a 9 años. Teniendo en cuenta la presencia de la variable interviniente, la medicación.

## **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Después de haber efectuado la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC), para disminuir los signos de inatención en niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) entre 7 a 9 años del servicio de Paidopsiquiatría del complejo hospitalario de la CSS (extra muro Policlínica Manuel Ferrer Valdez). Mayo-agosto del 2018. Utilizando el método cuasiexperimental que es particularmente útil para estudiar problemas en los cuales no se puede tener control absoluto de las situaciones, pero se pretende tener el mayor control posible. En este caso existe una variable interviniente, la medicación en el 78% de los sujetos participantes, que la reciben con periodo de casi un año antes de la intervención psicoterapéutica.

1. Con la utilización del diseño pretest y post test, nos permitió evaluar a los niños antes y después de la intervención psicoterapéutica, los resultados generales muestran una disminución en los signos de inatención después de la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness (TCC) en diez sesiones.

La media en el pretest es de 9.44 y en el post test es de 6.33, una diferencia entre medias de 3.11, indicando una disminución de signos de inatención en la aplicación de los test. Teniendo en cuenta la presencia de la variable interviniente.

2. Al trabajar la terapia basada en Mindfulness (TCC) en forma grupal con los niños, nos permitió profundizar su dinámica escolar donde el niño se incorpora a un grupo de trabajo diariamente.
3. La intervención terapéutica, resulto favorable para su desempeño escolar, mediante la incorporación de técnicas que pueden usar en su dinámica escolar: la tortuga, el escuchar atentamente, etc.

4. Los nueve niños participantes que terminaron las 8 a 10 sesiones mostraron en forma progresiva el manejo de las actividades realizadas, aprendieron a usar las técnicas de la terapia basada en Mindfulness.
5. En las sesiones de la intervención psicoterapéutica mediante Mindfulness, con la técnica mirar- mirar, incrementaron sus niveles de mantenerse tranquilos y atentos hasta 10 minutos.

## **RECOMENDACIONES**

## RECOMENDACIONES

Al concluir esta investigación nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones, primero en relación a la terapia y luego otras relativas a la investigación:

1. Extender la intervención terapéutica para estos niños a fin de reforzar las prácticas de Mindfulness, (TCC) con el objetivo de seguir disminuyendo los signos de inatención, dándole las herramientas de las técnicas de Mindfulness a los padres y maestros.
2. Estimular a los familiares de los estudiantes para que también pongan en práctica Mindfulness (TCC) en sus vidas diarias en su familia.
3. Dar a conocer a la población en escolar en general, programas psicoeducativos que realicen prácticas de Mindfulness (TCC) en las aulas.
4. Difundir a través de diversos medios las prácticas de Mindfulness (TCC), sus beneficios para incrementar el número de personas que se beneficien de esta práctica.
5. Implementar por un periodo más extenso la intervención psicoterapéutica basada en Mindfulness y con un grupo mayor de niños diagnosticados con TDAH en diversos Centros educativos para lograr que más niños se beneficien por esta práctica.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Barkley, R.A. (2000). Niños hiperactivos. *Como comprenderlos y atender sus necesidades especiales*. México: Paidós.

Caballo, V. (2009). Manual de psicología clínica infantil y de la adolescencia. España: Psicología Pirámide. pp. 365-384.

Daniel J, Siegel. Cerebro y Mindfulness. (2015). Paidós

Dattilio & Padesky. Taller introducción al Modelo de Terapia Cognitiva Conductual. IPTCC. Panama. Enero 2017.

DSM-V Workgroup. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. 2013. Washington, DC: American Psychiatric Association.

García Castaño, (2013). Es TDAH. Y ahora... ¿Qué? San Juan P.R. Autopublicación Tagus

Guerrero, R. (2016). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, entre la patología y la normalidad. Cúpula,

Gratch. L. (2009). El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Media Panamericana.

Hallowell y Ratey. (2001). TDA: controlando la hiperactividad. España. Paidós Ibérica.

Kabat- Zinn, J. (2009). *Vivir con Plenitud la Crisis*. New York, U.S.A.: Kairos S. A.

Kabat- Zinn, J. (2013). Mindfulness para principiantes: Kairos S. A.

Lawlis. Frank (2004)- *The ADD answer. How to help your child now*. New York. Viking penguin, penguin books.

Mañas, I. (2013). Mindfulness: La meditación en Psicología Clínica. Gaceta de Psicología, N.º 50,

Obst, J. (2000). *El Psicodrama Cognitivo Conductual*. Argentina: CATREC.

Paloma, S. Mindfulness para niños (2015). Zenith . Planet

Pujol, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. & Romero, B.. (2006). *El alumno con TDAH*. Madrid: Mayo.

La práctica de la meditación y la atención plena. Revista de Psicoterapia, marzo, 2016 Vol. 27 N.º 103.

- Simón. V. Mindfulness y Neurobiología. Revista de Psicoterapia. Marzo. 2016. Vol. 27.
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y Atentos como una Rana*. New York, U.S.A, Kairos S. A.
- Soutullo, C. y Díez A. (2007) *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*: Ed. Médica Panamericana
- Torrijos, F. Prácticas Mindfulness para reducir el estrés. IPTCC. Panamá. Junio de 2013
- Vallejo. M. Mindfulness. Papeles del Psicólogo. 2006. Vol. 27(2).
- Van de Weijer-Bergsman (2011). The effectiveness of mindfulness Training of Behavioral Problem and Attentional Functioning in Adolescent with ADHD Journal of Child and Family Studies, 21
- Van der Oord (2011). The effectiveness of mindfulness. Training for Children with ADHD, and Mindful Parenting for their parents Journal of Child and Family Studies, 21.
- Villar. Orjales (2005) Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad. Madrid. Esquema de Comunicación S. A.
- Yanez. Tellez, G. (2016). Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico, evaluación e intervención. 1º Edición. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Zylowsks, I. (2007). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents with ADHA: A Feasibility Study. Journal Disorders,

## ANEXOS

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES PARA REALIZAR INVESTIGACIONES EN MENORES DE EDAD**

INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA CON LA TERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS (TCC)* EN LA DISMINUCIÓN DE SINTOMAS DE INATENCIÓN EN ESTUDIANTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) ENTRE 7 A 9 AÑOS EN EL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CSS (EXTRA MURO POLICLINICA MANUEL FERRER VALDEZ). Mayo- agosto 2018.

Investigador: Licda. Lourdes Avilés

Teléfono: 345-0722 / 66913122. [lwartsbaugh@cableonda.net](mailto:lwartsbaugh@cableonda.net)

### **INFORMACIÓN**

Un menor de edad a su cargo ha sido invitado(a) a participar en la investigación INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON LA TERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS(TCC)* EN LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DE INATENCIÓN EN ESTUDIANTES CON DIAGNOSTICO DE (TDAH) ENTRE 7 A 9 AÑOS EN EL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CSS (EXTRA-MURO POLICLÍNICA MANUEL FERRER VALDEZ). Mayo- agosto 2018

Su objetivo es adecuar un procedimiento basado en la psicoterapia basada en *Mindfulness* (TCC) para la modificación de conductas de inatención en niños con TDAH que facilite el tratamiento, ya que su bienestar psicosocial está ligado a la sintomatología que presentan.

Implementar la psicoterapia cognitivo conductual basada en *Mindfulness* (TCC) de acuerdo a un plan de trabajo elaborado.

Usted ha sido seleccionado(a) juntamente con un menor a cargo suyo, porque su hijo es un estudiante diagnosticado con trastorno de déficit de atención con hiperactividad en edades entre 7 a 12 años, que cumplan con los criterios de inclusión: El estudiante fue diagnosticados con TDAH por autoridad competente. (Paidopsiquiatra/neuropediatra), no recibe Terapia Psicológica, su edad está

comprendida de 7 a 9 años. En los cuestionarios (TEST EDAH) su puntuación está dentro de la escala de riesgo.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** La participación del menor de edad a su cargo consistirá en participar en 10 sesiones de terapia basada en *Mindfulness (TCC)*, las cuales se realizarán en la Policlínica Dr. Manuel Ferrer Valdez.

**Beneficios:** Usted y el menor de edad a su cargo recibirán el beneficio directo, recibir terapia psicológica.

**Voluntariedad:** Su participación y la autorización para que participe un menor de edad a su cargo son absolutamente voluntarias. Usted y el menor de edad a su cargo tendrán la libertad de participar en las sesiones, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted. Tratándose de investigaciones en menores de edad, Ud. podrá estar presente al momento de su realización.

**Confidencialidad:** Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre y el del menor de edad a su cargo no aparecerán asociados a ninguna opinión particular. Los documentos de esta intervención terapéutica reposarán en un archivero con llave bajo la custodia del investigador.

**El maestro al llenar la encuesta se le informa que la misma es de carácter confidencial. (No puede revelar la información a terceros).**

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez elaboradas las conclusiones de esta intervención terapéutica y presentadas en el informe final se le entregará una copia de las conclusiones.

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal, \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en el estudio “Intervención psicoterapéutica con la terapia basada en *Mindfulness (TCC)* en la disminución de síntomas de inatención en estudiantes con diagnóstico de trastorno de déficit de

atención con hiperactividad (TDAH) entre 7 a 9 años en el servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de la CSS (extra muro Policlínica Manuel Ferrer Valdez). Mayo- agosto del 2018.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

**Para alguna información o consulta adicional:**

Comité Institucional de Ética de la Investigación-CSS- Pol. Manuel Ferrer Valdez,  
3er piso N.º 405

Tel. 503-1700 Ext 497. cie.css1@gmail.com

Firma Participante \_\_\_\_\_

Firma Investigador/a responsable\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

## **ASENTIMIENTO INFORMADO DEL MENOR DE EDAD**

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON LA TERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS (TCC)* EN LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DE INATENCIÓN EN ESTUDIANTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) ENTRE 7 A 9 AÑOS EN EL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CSS (EXTRA-MURO POLICLINICA MANUEL FERRER VALDEZ). Mayo-agosto de 2018.

Lcda. Lourdes Avilés de Wartsbaugh

Tel. 3450722 /66913122

Vamos a realizar unas clases de un método llamado Mindfulness, que son ejercicios de respiración y atención para disminuir los problemas de prestar atención en niños como tú.

Si aceptas estar en nuestras clases, vendrás una vez por semana a la Policlínica y te enseñaremos unos ejercicios respiratorios y de atención a ti y a tus padres.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento de las clases. Además, si decides que no quieres terminar las clases, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar en las clases

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres estar en las clases. Si no quieres estar en las clases, no lo firmes. Recuerda que tú decides estar en las clases y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel o si cambias de idea y después de empezar las clases, te quieres retirar.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

# de participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Firma del investigador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Para alguna información o consulta adicional:**

Comité Institucional de Ética e Investigación-CSS- Pol. Manuel Ferrer Valdez, 3er piso N° 405.Tel. 503-1700 Ext 497. cie.css1@gmail.com

## **FORMULACIÓN DE CADA CASO.**

Sujeto # 1: B

Edad: 8 años

Dirección: Samaria sector c

Escuela: Bellas Luces

Grado: 3°

Motivo de referencia: intranquilo en el aula, habla mucho.

Anamnesis:

Es el cuarto hijo de un hogar constituido por papá, mamá y tres hermanos.

Parto normal. Ligeras dificultades motoras, en el gateo.

Ingreso a la escuela a los 4 años en prekínder. Ha estado en tres escuelas por su conducta.

Diagnóstico: TDAH

Tiempo en el programa de la CSS: desde enero de 2018. Sin medicación.

Sujeto # 2: E

Edad: 7 años

Dirección: Villas de Las Acacias

Escuela: El Buen Pastor. Plaza Tocumen

Grado: segundo grado

Motivo de referencia: Intranquilidad, no copia, parado todo el tiempo.

Anamnesis:

El hijo menor vive con ambos padres, hermana y nana.

Embarazo y parto normal. Desarrollo motor normal.

Inicio escolar en prekínder, desde ese nivel ha presentado el problema.

Tiempo en el programa de la CSS: 1 año con medicación-

Sujeto #3: K

Edad: 7 años

Dirección: Ciudad Vacamonte

Escuela: Residencial Vacamonte

Grado: 2°

Motivo de referencia: Inquieto, no copia, no lee, desobediente.

Anamnesis:

Vive con ambos padres, abuela, bisabuela y dos hermanos mayores.

Embarazo cesárea 8 meses. Desarrollo motor normal. Dificultades en el lenguaje.

Entro a la escuela a los 5 años, a kínder.

Tiempo en el programa de la CSS 1 año con medicamentos

Sujeto # 4: A

Edad: 8 años

Dirección: Ciudad Vacamonte

Escuela: Residencial Vacamonte

Grado: tercero

Motivo de referencia: inquietud, no sigue indicaciones, parado, no trabaja en el aula.

Anamnesis:

Vive con ambos padres, hermanos mayores y menor y abuela.

Embarazo y parto de 9 meses. Cesárea-

Inicio escolar en Prekínder.

Tiempo en el programa de la CSS. 1 año con medicación

**Sujeto # 5: R**

Edad: 7 años

Dirección: Las Huacas, Vacamonte.

Escuela: Aprendo y Juego

Grado: 2°

Motivo de referencia: inquieto, no copia.

Anamnesis:

Vive con ambos padres, hijo menor de 4 hermanos.

Embarazo 9 meses, parto por cesárea. Desarrollo motor normal.

Tiempo en el programa de la CSS: 1 año en el programa, medicado.

**Sujeto # 6: AL**

Edad: 7 años

Dirección: La Chorrera.

Escuela: San Martin de Porras.

Grado: segundo.

Motivo de referencia: inquieta, habla mucho, no trabaja, desobediente.

Anamnesis:

Vive con ambos padres, abuela, bisabuelo, y tres primas.

Embarazo de 9 meses. Parto normal. Desarrollo motor normal.

Inicio escolaridad en kínder.

Tiempo en el programa de la CSS: 1 año, medicada.

**Sujeto #7: M**

Edad: 9 años

Dirección: Pueblo Nuevo

Escuela: María Ossa de Amador

Grado: 4°

Motivo de referencia: intranquilo, no copia.

Anamnesis:

Vive con ambos padres, y dos hermanos mayores.

Embarazo y parto normal. Desarrollo normal.

Inicio escuela en el prekínder.

Tiempo en el programa de la CSS: 1 año con medicación.

**Sujeto # 8: LT**

Edad: 7 años

Dirección: Camino Real.

Escuela: Bilingüe Cristo de los Milagros.

Grado: 2

Motivo de referencia: no presta atención, no copia, un poco inquieto, en su mundo.

Anamnesis:

Padres separados, vive con mamá, abuela y hermano.

Embarazo normal. Parto por cesárea. Desarrollo normal.

Tiempo en el programa de la CSS: junio de 2018. Sin medicación.

Referido por la escuela, esta condicional.

**Sujeto # 9: S**

Edad: 8 años

Dirección: Torrijos Carter

Escuela: Bilingüe School Salomon

Grado: 3°

Motivo de referencia: inquieto, no copia.

Anamnesis:

Vive con ambos padres y hermano mayor.

Embarazo de 7 meses. Parto normal, desarrollo normal.

Tiempo en el programa de la CSS: 1 año con medicación.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTÉRAPEUTICA BASADA EN MINDFULNESS (TCC).**

Objetivo general del programa: Disminuir los signos de inatención.

Objetivos específicos:

1. Estimular situaciones en las que el niño tenga contacto con su ser interior a través de la toma de conciencia.
2. Mejorar su atención, concentración y su capacidad de vivir el presente.
3. Desarrollar su capacidad de acoger sus emociones.

Descripción del Programa de intervención psicoterapéutica basado en Mindfulness (TCC): El programa se desarrolla en 10 sesiones grupales con una duración de 45 minutos por sesión, una vez por semana.

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Entrevista #1 25 de mayo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducir al programa.</li> <li>✓ Presentar de la intervención Psicoterapéutica basada en Mindfulness.</li> <li>✓ Indicar los objetivos de la terapia.</li> <li>✓ Aceptar la participación en el programa</li> <li>✓ Aplicar el pre-test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentación de la terapéutica.</li> <li>✓ Presentación de la intervención Psicoterapéutica basada en Mindfulness.</li> <li>✓ Los objetivos de la misma, disminuir los signos de inatención.</li> <li>✓ El tutor (a) llena los formularios de Consentimiento de los padres y asentimiento del menor, al niño se le lee para que decida si lo firma.</li> <li>✓ Entrevista a 3 de los padres</li> <li>✓ Entrega del folleto del pretest EDAH a los maestros. (7 niños)</li> <li>✓ Sujetos: llegaron 7 sujetos con sus padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consentimiento informado para tutores.</li> <li>✓ Asentamiento informado para menores</li> <li>✓ Formulario del Test EDAH</li> <li>✓ Anamnesis</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Entrevista #2 1 de junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducir al programa.</li> <li>✓ Presentar la terapia basada en Mindfulness</li> <li>✓ Indicar los objetivos de la terapia.</li> <li>✓ Aceptar la participación en el programa</li> <li>✓ Aplicar el pre-test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentación de la terapéutica.</li> <li>✓ Presentación de la intervención Psicoterapéutica basada en Mindfulness.</li> <li>✓ Los objetivos de la terapia.</li> <li>✓ Entrevista 3 de los padres</li> <li>✓ Llenar los formularios de Consentimiento de los padres y asentimiento del menor, al niño se le lee para que decida si lo firma. (1 niño)</li> <li>✓ Entrega del folleto del pretest EDAH a los maestros. (1 niño)</li> <li>✓ Sujetos: llegaron 8 sujetos con sus padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consentimiento informado para tutores.</li> <li>✓ Asentamiento informado para menores</li> <li>✓ Formulario del Test EDAH</li> <li>✓ Anamnesis</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Entrevista #3 8 de junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducir al programa.</li> <li>✓ Presentar la terapia basada en Mindfulness</li> <li>✓ Indicar los objetivos de la terapia.</li> <li>✓ Aceptar la participación en el programa</li> <li>✓ Aplicar el pre-test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentación de la intervención Psicoterapéutica</li> <li>✓ Los objetivos de la misma: Disminuir los signos de inatención.</li> <li>✓ Llenar los formularios de Consentimiento de los padres y asentimiento del menor, al niño se le lee para que decida si lo firma. (un sujeto y su padre).</li> <li>✓ Entrevista a 3 padres.</li> <li>✓ Entrega del folleto del pretest EDAH a los maestros. (1 niño)</li> <li>✓ Sujetos: llegaron 9 sujetos con sus tutores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consentimiento informado para tutores.</li> <li>✓ Asentamiento informado para menores</li> <li>✓ Formulario del Test EDAH</li> <li>✓ Anamnesis</li> </ul>	Se lograrán los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 1 15 de junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducir al programa.</li> <li>✓ Presentar la terapia</li> <li>✓ Indicar los objetivos de la terapia.</li> <li>✓ Crear un espacio grupal seguro y confiado.</li> <li>✓ Expresar sus sentimientos.</li> <li>✓ Introducción a los ejercicios de atención plena.</li> <li>✓ Aprender a respirar con el diafragma.</li> <li>✓ Tomar conciencia de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentación. Dinámica cada estudiante recibe un globo de papel, dice su nombre e imaginariamente, lo inflamos inhalamos y exhalamos, con el color de su preferencia, lo pegamos en la pared.</li> <li>✓ Agenda del día.</li> <li>✓ Se les preguntan cómo se siente, cada uno responde.</li> <li>✓ Identificación del problema en el sujeto y establecer objetivos; se les preguntan cómo se sienten en la escuela. Se le motiva a decir cómo les gustaría cambiar.</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática. Se les enseña a respirar con un globo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Globos de papel de diversos colores</li> <li>✓ Globos para cada niño</li> <li>✓ Postura de animales (yoga)</li> </ul>	Se lograron los objetivos

		<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Juegos de expresión corporal imitando animales.</li><li>✓ Tareas para la casa. Prestar atención a la respiración en diferentes momentos.</li></ul> <p>Llegaron: 9 Sujetos con sus padres.</p>		
--	--	---	--	--

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 2 22 de junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Supervisar las tareas.</li> <li>✓ Expresar sus sentimientos.</li> <li>✓ Identificar los estímulos visuales.</li> <li>✓ Continuar con la práctica de la respiración diafragmática.</li> <li>✓ Tomar conciencia de la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior.</li> <li>✓ Agenda.</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten. Expresan sus sentimientos de lo que le acontece en la escuela.</li> <li>✓ Conversación sobre los estímulos visuales.</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena a estímulos externos visuales.</li> <li>✓ Juegos la linterna. Se enfoca con la linterna áreas del consultorio y ellos responde que ven.</li> <li>✓ Tareas para la casa: recordar 5 cosas de camino a la escuela.</li> <li>✓ Llegaron 9 Sujetos con sus padres.</li> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Linterna</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 3 29 de julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar con los sentidos lo que comemos</li> <li>✓ Tomar conciencia de la respiración.</li> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre la comida y sus sabores.</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena a estímulos externos gustativos: dinámica de la Pasa: tienen que usar sus 5 sentidos, con la pasa</li> <li>✓ Tareas para la casa: Comer con atención</li> <li>✓ Llegaron 9 Sujetos con sus padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasitas</li> <li>✓ Diferentes tipos de Snack</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 4 6 de julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tomar conciencia de la respiración</li> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> <li>✓ Introducir a la práctica de escuchar con atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre lo que escuchan.</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena a estímulos externos auditivos.</li> <li>✓ Tareas para la casa: Escuchar atentamente a mama o hermano</li> <li>✓ Llegaron 9 Sujetos con sus padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Audio con diferentes sonidos</li> <li>✓ Laptop</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 5 13 de julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> <li>✓ Tomar conciencia de la respiración</li> <li>✓ Prestar atención plena al caminar</li> <li>✓ Prestar atención al entorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre los que sus ojos ven</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena al caminar. Caminaron en el consultorio con medias en los petates.</li> <li>✓ Tareas para la casa: observación atenta al caminar, subir escaleras.</li> <li>✓ Llegaron 9 Sujetos con sus padres.</li> </ul>	Petates	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 6 20 de julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> <li>✓ Reconocer las emociones</li> <li>✓ Tomar conciencia de su cuerpo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre las emociones</li> <li>✓ Ejercicios de respiración diafragmática.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena al cuerpo (audio de tranquilo y atento como la rana), las emociones que siente.</li> <li>✓ Escáner corporal, ejercicio con atención a la respiración mientras escanea cada parte de su cuerpo.</li> <li>✓ Tareas para la casa: cierre los ojos como siente por dentro (lluvia o sol)</li> <li>✓ Dos grupos de Sujetos solos (sin sus padres)</li> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laptop</li> <li>✓ Audios de Tranquilos y atentos como la rana</li> <li>✓ Petates</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 7 27 de julio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente.</li> <li>✓ Desarrollar la atención</li> <li>✓ Tomar conciencia de su cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre lo que piensas.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena al cuerpo. Scanner Corporal</li> <li>✓ ejercicios con meditación guiada (audio de tranquilos y atentos como la rana).</li> <li>✓ Mirar-mirar, frente a frente a otro niño se miran por el tiempo que el terapeuta indique.</li> <li>✓ Tareas para la casa. Cierra los ojos y escucha tus pensamientos.</li> <li>✓ Dos grupos de Sujetos solos (sin sus padres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laptop</li> <li>✓ Audios de tranquilos y atentos como la rana.</li> <li>✓ Sillas</li> <li>✓ Petate</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 8 3 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> <li>✓ Tomar conciencia de su cuerpo y las emociones que se producen.</li> <li>✓ Desarrollar la atención selectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Cómo se sienten</li> <li>✓ Conversación sobre las emociones.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena al cuerpo. Escáner corporal.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena a la emoción (audios de tranquilo y atento como la rana)</li> <li>✓ Mirar - mirar</li> <li>✓ Tareas para la casa. Reconocer y nombrar tus sentimientos</li> <li>✓ Dos grupos de Sujetos solos (sin sus padres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laptop</li> <li>✓ Petates</li> <li>✓ Sillas</li> <li>✓ Audios de tranquilos y atentos como la rana.</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 9 10 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente.</li> <li>✓ Reconocer los diferentes tipos de emociones.</li> <li>✓ Identificar las emociones que nos perjudican.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Conversación sobre las emociones que nos perjudican</li> <li>✓ Scanner corporal,</li> <li>✓ Ejercicios de la tortuga. (al tener emociones negativas se enconcha como la tortuga.</li> <li>✓ Mirar -mirar</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Tareas para la casa: practica el ejercicio de la tortuga</li> <li>✓ Dos grupos de Sujetos solos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laptop</li> <li>✓ Videos de la tortuga</li> <li>✓ Petates</li> <li>✓ Sillas</li> </ul>	Se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
Sesión 10 17 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser consciente de los pensamientos y sentimientos que siempre están presentes en nuestra mente</li> <li>✓ Potenciar el autocontrol y la resolución de problemas.</li> <li>✓ Fomentar la interacción social.</li> <li>✓ Desarrollar la atención plena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuento de actividades de la sesión anterior</li> <li>✓ Agenda</li> <li>✓ Revisión de tareas.</li> <li>✓ Conversación sobre la paciencia, la amabilidad y otros valores que contribuyen a la convivencia.</li> <li>✓ Ejercicios de atención plena al cuerpo: escáner corporal.</li> <li>✓ Mirar -mirar.</li> <li>✓ Audio de tranquilos y atentos como la rana. (el tren de la calma, el arco iris)</li> <li>✓ Dos grupos de Sujetos solos (sin sus padres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laptop</li> <li>✓ Audio de tranquilos y quietos como la rana</li> <li>✓ Petates</li> <li>✓ Sillas</li> </ul>	se lograron los objetivos

Sesión/Fecha	Objetivos	Procedimiento	Recursos	Evaluación
<p>Visita a las escuelas</p> <p>24 de agosto y 31 de agosto</p>	<p>✓ Orientar al docente sobre el TDAH</p> <p>✓ Brindar recursos para que pueda lograr el trabajo del niño dentro de aula de clases.</p>	<p>✓ Se le explica el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad a las maestras.</p> <p>✓ Se le da las adecuaciones según el manual de procedimiento de la ley de NEE, MEDUCA.</p> <p>✓ Actividades de Mindfulness usadas en la terapia para trabajar en el aula.</p> <p>✓ Escuelas visitadas: Vacamonte, Plaza Tocumen, La Chorrera, Don Bosco, Rio Abajo, Torrijos Carter, Mano de Piedra.</p>	<p>✓ Formulario de post-test</p> <p>✓ Material de lo que es el TDAH</p> <p>✓ Adecuaciones de NEE-. MEDUCA</p> <p>✓ Información del material de Mindfulness.</p>	<p>Se lograron los objetivos</p>

## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESTUDIO: "INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA CON LA TERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS* (TCC) EN LA DISMINUCIÓN DE SINTOMAS DE INATENCIÓN EN ESTUDIANTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) ENTRE 7 A 9 AÑOS EN EL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CSS (EXTRA-MURO POLICLINICA MANUEL FERRER VALDEZ). Mayo-agosto de 2018."

# DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** RESPONDA A CADA PREGUNTA RODEANDO EL GRADO QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS.

**LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR USTED ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL. (no debe ser revelada a terceros)**

PREGUNTA	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Tiene dificultades para el aprendizaje escolar.	0	1	2	3
2. Se distrae fácilmente, muestra escasa atención.	0	1	2	3
3. Está en las nubes, ensimismado.	0	1	2	3
4. Deja por terminar las tareas que empieza.	0	1	2	3
5. Sus esfuerzos se frustran fácilmente es inconstante	0	1	2	3
TOTALES				

FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FUENTE: Tomado de EDAH, (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Anna Farra i Riba, Juan Narbona García. 6ta edición. TEA. Madrid 2010.