



TESIS DOCTORAL

**VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA BASADO EN
MINDFULNESS PARA NIÑOS CON TDAH Y SUS PADRES**

Doctoranda:

Mónica Valero Chaves

Directores:

Carla Colomer Diago

Ausiàs Josep Cebolla Martí

Abril, 2023



Programa de Doctorado en Psicología

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS PARA NIÑOS CON TDAH Y SUS PADRES

Memoria presentada por Mónica Valero Chaves para optar al grado de doctora por la
Universitat Jaume I

Mónica Valero Chaves
FIRMA original:

Ausiàs Cebolla
FIRMA original:

Carla Colomer
FIRMA original:

Castelló de la Plana, abril 2023.



Licencia CC Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (BY-NC-ND).

. *No se ha contado con fondos de financiación de empresas públicas o privadas.

Para ti, mamá

AGRADECIMIENTOS

Gracias a...

- *A Cristina Botella, porque gracias a ella esta tesis pudo empezarse.*
- *A mis directores Ausiàs Cebolla y Carla Colomer, por decir que sí y a su compromiso durante todos estos años. Me habéis hecho mucho bien, siendo extraordinarios referentes profesionales, de una gran calidad humana. Gracias por vuestro aliento y las numerosas puertas y ventanas que habéis abierto para que pudiera formarme y llegar hasta aquí. Gracias por ser Maestros, aún sin querer ;-)*
- *A mi querida tutora M^a Jesús Presentación, por ser la mejor tutora que podría tener. Tu motivación y ánimo constante han sido fundamentales para mí.*
- *A las asociaciones de padres y niños con TDAH, APNADAH en Valencia y APADAHCAS en Castellón, por darme la oportunidad de colaborar con vosotros y facilitar que esta investigación pudiera llegar a todas las familias. Vuestro trabajo es dedicado, profesional y muy necesario. Agradezco profundamente vuestra confianza y haber hecho que más allá de la investigación, éste protocolo mindfulness pudiera llegar a más personas.*
- *Mi agradecimiento inmenso a todas las familias que habéis participado de esta investigación. Por vuestro gran esfuerzo al venir no solo a las sesiones del programa, sino a todas las evaluaciones, el tiempo dedicado a las pruebas y, sobre todo, por entregaros e implicaros con la práctica como lo hicisteis. Esto es por y para vosotros.*
- *También deseo agradecer a FESPAU (Federación Española de Autismo), por interesarse de forma pionera por el programa MYmind y facilitar que familias con autismo, pudieran conocer los beneficios asociados a la práctica del programa. Gracias a las asociaciones de padres de personas con autismo APNAV, Fundación TEA y APNAC, por confiar en mí y brindarme oportunidades únicas de conocimiento.*
- *Gracias a Pablo Marcos por su presencia y colaboración en todas las sesiones con adolescentes que necesitó esta investigación.*
- *Gracias a Iván Alfaro, por ser el ilustrador de la imagen portada de esta tesis.*

- *Gracias a Rocío, por acompañarme en la mejora continúa recordándome servir desde lo genuino que hay en mí.*
- *Gracias a Luis y Delhara, por hablarme de mindfulness en ese banco de la escuela. A la EDT (Escuela Desarrollo Transpersonal) por sus dos años de formación, lo que hizo que quisiera avanzar en el conocimiento científico de mindfulness y su relación con el TDAH. A Pascale como tutora fantástica y a la “Sociedad de la Chimenea”, por mantener la llama. A Javier Olza, por tu maestría y amorosa sabiduría.*
- *A mi mejor amiga Esther, por ser la mejor amiga del mundo mundial.*
- *A mi maestra de yoga, Lola Massanet.*
- *A Samuel Fernández Carriba, por haber sido el mejor Maestro de Compasión y Amor. Por ser un ejemplo de alegría y virtud. Siempre serás mi inspiración. GRACIAS.*
- *Gracias a Maite y a Daniel, por estar siempre, desde siempre. Gracias por ser “pared” incluso cuando no ha habido suelo.*
- *Gracias a Pati, por hacer magia. Eres bondad y amor.*
- *Gracias a Marcos y Pau, por ser mi familia favorita. A Dani por co-crearla y ser el principio de todo. Por creer en mí y convencerme. Gracias por todo lo que hemos vivido para que pudiera conseguirlo. Os dedico esta tesis.*
- *Gracias a mis padres, por cuidarme y quererme tanto. ¡Cuánto me hubiera gustado mamá, ver tu cara y celebrarlo!*
- *Gracias a mi hermano, por su apoyo incondicional. Y a mis lucecitas Patri, Mireia, Laia y Noa.*
- *Y, por último, gracias a Borja Ben, porque, aunque nos conocimos con la tesis ya empezada, quiso estar presente desde el primer congreso. Gracias por ser un corazón con patas y sostenerme con tanto amor, todo este tiempo. La ilustración que cierra esta tesis es suya.*

Gracias a todos los que, aunque sea por un instante, habéis formado parte de la historia que ha hecho que hoy, pueda finalizar este trabajo de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	19
INTRODUCCIÓN	22
CAPÍTULO I. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	26
1.2. Prevalencia estimada del TDAH	32
1.3. Etiología del TDAH.....	34
1.3.1. <i>Heredabilidad.....</i>	<i>35</i>
1.3.2. <i>Factores biológicos y anatómicos asociados al TDAH</i>	<i>36</i>
1.3.3. <i>Factores ambientales.....</i>	<i>37</i>
1.4. Trastornos asociados al TDAH: características correlacionadas, elementos concurrentes y comorbilidad.	39
1.5. Modelos explicativos del TDAH	42
1.5.1. <i>Modelos de déficit único</i>	<i>42</i>
1.5.2. <i>Modelos de déficit múltiple.....</i>	<i>45</i>
1.6. Funcionamiento ejecutivo y TDAH.....	48
1.6.1. <i>Qué son las funciones ejecutivas</i>	<i>48</i>
1.6.2. <i>El funcionamiento ejecutivo en niños y adolescentes con TDAH</i>	<i>51</i>
1.7. Impacto de la sintomatología del TDAH en la vida diaria.	53
1.7.1. <i>Área académica</i>	<i>53</i>
1.7.2. <i>Área social.....</i>	<i>54</i>
1.7.3. <i>Área familiar</i>	<i>55</i>
1.8. Tipos de intervención para el TDAH	58

1.8.1. Tratamientos psicosociales	59
1.8.2. Tratamiento farmacológico	64
1.8.3. Recomendaciones publicadas por las guías de práctica clínica.....	66
CAPÍTULO 2: MINDFULNESS	70
2.1. El concepto “Mindfulness”	70
2.2. Mindfulness como “rasgo” y/o “estado”	71
2.3. La práctica de la meditación.....	73
2.3.1. Prácticas atencionales.....	73
2.3.2. Prácticas constructivas.....	75
2.3.3. Prácticas deconstructivas.....	76
2.4. Modelos de eficacia mindfulness: mecanismos de acción	77
2.5. Evidencia científica general de las intervenciones basadas en Mindfulness	82
CAPÍTULO 3: MINDFULNESS Y TDAH	88
3.1. Eficacia de los programas MBI para TDAH	88
3.2. El programa MYmind.....	91
3.2.1. Prácticas meditativas contenidas en el programa MYmind.....	93
3.2.2. El Módulo “Mindful Parenting” del programa MYMind.	98
3.2.3. Evidencia empírica del módulo “Mindful Parenting” y otros programas de entrenamiento parental.	98
3.2.4. Eficacia del programa MYmind	100
CAPÍTULO 4. OBJETIVO E HIPÓTESIS	106
4. 1. Objetivos.....	106
4.1.1. Objetivo principal	106

4.1.2. <i>Objetivos específicos</i>	106
4.2. Hipótesis	106
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.....	110
5.1. Participantes.....	110
5.2. Criterios de inclusión y exclusión.	113
5.3. Procedimiento	115
5.4. Instrumentos	119
5.4.1. <i>Evaluación de la sintomatología TDAH y problemas asociados.....</i>	<i>119</i>
5.4.2. <i>Evaluación del Funcionamiento ejecutivo</i>	<i>121</i>
5.4.3. <i>Evaluación de las habilidades Mindfulness en niños.....</i>	<i>122</i>
5.4.4. <i>Evaluación del Estrés Parental</i>	<i>122</i>
5.4.5. <i>Evaluación de la Relación Parental</i>	<i>123</i>
5.4.6. <i>Evaluación del estado emocional de los padres.....</i>	<i>127</i>
5.5. Descripción del programa MYmind.....	130
5.6. Análisis estadístico	136
CAPITULO 6. RESULTADOS	139
6.1. Resultados principales en las variables asociadas a los niños.	144
6.1.1. <i>Sintomatología TDAH</i>	<i>144</i>
6.1.2. <i>Problemas asociados.....</i>	<i>146</i>
6.1.3. <i>Funciones ejecutivas.....</i>	<i>148</i>
6.1.4. <i>Mindfulness</i>	<i>151</i>
6.2. Resultados principales en las variables asociadas a los padres.	152

6.2.1. Estrés Parental.....	162
6.2.2. Estilo de Disciplina	165
6.2.3. Mindfulness	167
6.2.4. Crianza consciente.....	171
6.2.5. Autocompasión.....	173
6.2.6. Autoeficacia	178
6.2.7. Depresión, Ansiedad y Estrés.....	180
CAPITULO 7. DISCUSIÓN.....	185
7.1. Discusión sobre el cumplimiento de las hipótesis del estudio.	185
7.1.1. Eficacia MYMind sobre a Sintomatología TDAH.	185
7.1.2. Eficacia MYMind sobre los Problemas Asociados al TDAH.	187
7.1.3. Eficacia MYMind sobre el Funcionamiento Ejecutivo.....	190
7.1.4. Eficacia MYMind sobre Mindfulness	193
7.1.5. Eficacia de MYmind sobre el estrés parental.	194
7.1.6. Eficacia de MYmind sobre la relación parental.	199
7.1.7. Eficacia de MYmind sobre el estado emocional de las madres.....	203
7.2. Limitaciones.....	208
7.3. Futuras líneas de acción	210
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES.....	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	217
ANEXOS.....	275
ANEXO I. Criterios Diagnósticos del TDAH especificados en DSM-5 (APA, 2013)	275

ANEXO 2. Hoja de Información al Usuario	278
ANEXO 3. Escala IEM-P (Duncan, 2007)	284
ANEXO 4. Instrumento CAAM (Greco, Baer y Smith, 2011)	286
ANEXO 5. Autoeficacia (Bosscher y Smit, 1997)	287

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Evolución del término TDAH</i>	31
Tabla 2 <i>Características sociodemográficas de la muestra</i>	112
Tabla 3 <i>Relación entre Puntuaciones T y riesgo de TDAH</i>	120
Tabla 4 <i>Coefficientes de Consistencia Interna Autoeficacia</i>	126
Tabla 5 <i>Coefficientes de Consistencia Interna Autoeficacia tesis</i>	127
Tabla 6 <i>Estructura Sesiones Padres y Niños Programa MYmind</i>	134
Tabla 7 <i>Resultados ANCOVA para las Variables Relacionadas Niños</i>	140
Tabla 8 <i>Resultados ANCOVA para las Variables Relacionadas Padres</i>	142
Tabla 9 <i>Tamaños del efecto para las Variables Referidas Niños</i>	153
Tabla 10 <i>Tamaños del efecto para las Variables Referidas Padres</i>	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Diagrama de Flujo del proceso de inscripción</i>	115
Figura 2 <i>Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Inatención en cada una de las condiciones</i>	145
Figura 3 <i>Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Hiperactividad/Impulsividad en cada una de las condiciones</i>	145
Figura 4 <i>Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Dificultades de Aprendizaje en cada una de las condiciones</i>	147
Figura 5 <i>Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Agresión en cada una de las condiciones</i>	147
Figura 6 <i>Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Relación entre iguales en cada una de las condiciones</i>	148
Figura 7 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Memoria de trabajo en cada una de las condiciones</i>	149
Figura 8 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Inhibición de trabajo en cada una de las condiciones</i>	149
Figura 9 <i>Evolución de la media marginal de la variable Flexibilidad Cognitiva en cada una de las condiciones</i>	150
Figura 10 <i>Evolución de las puntuaciones T de la variable Función Ejecutiva en cada una de las condiciones</i>	150
Figura 11 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Mindfulness para Niños en cada una de las condiciones</i>	151
Figura 12 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Estrés Parental en cada una de las condiciones</i>	163

Figura 13 <i>Evolución de la media marginal de la variable Interacción</i> <i>Disfuncional en cada una de las condiciones</i>	163
Figura 14 <i>Evolución de la media marginal de la variable Estrés Percibido Hijos</i> <i>en cada una de las condiciones</i>	164
Figura 15 <i>Evolución de la media marginal de la variable Estrés Total en cada</i> <i>una de las condiciones</i>	164
Figura 16 <i>Evolución de la media marginal de la variable Laxitud en cada una</i> <i>de las condiciones</i>	166
Figura 17 <i>Evolución de la media marginal de la variable Sobrerreactividad en</i> <i>cada una de las condiciones</i>	166
Figura 18 <i>Evolución de la media marginal de la variable Estrés Parental Total</i> <i>en cada una de las condiciones</i>	167
Figura 19 <i>Evolución de la media marginal de la variable Observar- FFMQ en</i> <i>cada una de las condiciones</i>	168
Figura 20 <i>Evolución de la media marginal de la variable Describir en cada una</i> <i>de las condiciones</i>	168
Figura 21 <i>Evolución de la media marginal de la variable Actuar con conciencia</i> <i>en cada una de las condiciones</i>	169
Figura 22 <i>Evolución de la media marginal de la variable No Juzgar en cada</i> <i>una de las condiciones</i>	169
Figura 23 <i>Evolución de la media marginal de la variable No Reacción en cada</i> <i>una de las condiciones</i>	170
Figura 24 <i>Evolución de la media marginal de la Escala Total FFMQ en cada</i> <i>una de las condiciones</i>	170
Figura 25 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Conciencia y</i> <i>Atención de la escala IMP-P en cada una de las condiciones</i>	171

Figura 26 <i>Evolución de la media marginal de la variable No Juicio en cada una de las condiciones</i>	172
Figura 27 <i>Evolución de la media marginal de la variable No Reacción en cada una de las condiciones</i>	172
Figura 28 <i>Evolución de la media marginal de la escala Total IMP-P en cada una de las condiciones</i>	173
Figura 29 <i>Evolución de la media marginal de la variable Amabilidad de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	174
Figura 30 <i>Evolución de la media marginal de la variable Autojuicio de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	175
Figura 31 <i>Evolución de la media marginal de la variable Humanidad Compartida, de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	175
Figura 32 <i>Evolución de la media marginal de la variable Aislamiento de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	176
Figura 33 <i>Evolución de la media marginal de la variable Conciencia Plena de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	176
Figura 34 <i>Evolución de la media marginal de la variable Sobre Identificación de la escala SCS en cada una de las condiciones</i>	177
Figura 35 <i>Evolución de la media marginal de la Escala Total SCS en cada una de las condiciones</i>	177
Figura 36 <i>Evolución de la media marginal de la variable Autoeficacia-Iniciativa en cada una de las condiciones</i>	178
Figura 37 <i>Evolución de la media marginal de la variable Autoeficacia-Esfuerzo en cada una de las condiciones</i>	179
Figura 38 <i>Evolución de la media marginal de la variable Autoeficacia-Persistencia en cada una de las condiciones</i>	179

Figura 39 <i>Evolución de las medias marginales totales de la escala de Autoeficacia en cada una de las condiciones.....</i>	180
Figura 40 <i>Evolución de las medias marginales de la variable Depresión de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones</i>	181
Figura 41 <i>Evolución de las medias marginales de la subescala Ansiedad de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones</i>	182
Figura 42 <i>Evolución de las medias marginales de la subescala Estrés de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones</i>	182
Figura 43 <i>Evolución de las medias marginales de la Escala Total Depresión de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones.....</i>	183

RESUMEN

RESUMEN

Antecedentes: Los tratamientos basados en mindfulness han comenzado a ser incluidos por la comunidad clínica durante las últimas décadas como terapia alternativa de una variedad de trastornos psicológicos distintos. La investigación sugiere que los entrenamientos basados en mindfulness, en adelante “MBI” (Mindfulness-based-intervention) podrían ser efectivos para niños y adolescentes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), sin embargo, se necesita más investigación, específicamente con grupos de control aleatorios, muestras grandes y períodos de seguimiento amplios a largo plazo, que permitan evaluar si los posibles beneficios se mantienen. Los MBI que involucran tanto a los padres como a los niños, parecen ser los más prometedores, siendo el programa MYmind, un protocolo de intervención específicamente diseñado para la intervención de niños y adolescentes con TDAH y sus padres. Este trabajo tiene como objetivo validar la eficacia del programa de entrenamiento mindfulness MYmind como método de intervención del TDAH, para una población española de adolescentes entre 9 y 14 años y sus padres, frente a un grupo condición control no activo, aleatorizado.

Método: Se trata de un estudio controlado aleatorizado (ECA) de una muestra compuesta por 30 niños de entre 9 y 14 años, con diagnóstico TDAH como causa primaria del diagnóstico. Los participantes fueron asignados al azar en dos grupos, el grupo MYmind (n=15) y un grupo control “lista de espera” (n=15). Los participantes fueron evaluados en tres períodos de tiempo: antes (pre), después de la intervención (post) y seis meses después de finalizado el programa (seguimiento). A través de distintos instrumentos estandarizados, se midió la eficacia del entrenamiento MYmind respecto a la sintomatología de

TDAH, problemas asociados y funcionamiento ejecutivo de niños con TDAH. Por otro, se analizaron los resultados sobre el estrés parental, los estilos de disciplina, las habilidades mindfulness, la crianza consciente, autocompasión, autoeficacia, depresión, ansiedad y estrés, de los padres.

Resultados: Los participantes del grupo MYMind, para el caso de los niños, redujeron significativamente en la etapa de seguimiento con respecto al grupo condición control, la sintomatología de inatención y los problemas asociados (dificultades de aprendizaje, comportamiento disruptivo y relación con sus iguales). El funcionamiento ejecutivo informado por los padres mejoró significativamente con respecto al grupo condición control, también referido a la etapa de seguimiento.

Por su parte, el grupo de padres que participó del entrenamiento MYmind, vio reducido su estrés parental de forma significativa en el post, en comparación con el grupo de padres participantes de grupo de control. Las escalas que informaron sobre la mejora de la crianza consciente, las medidas de autocompasión o las referidas al nivel de ansiedad y estrés, mostraron en la etapa del seguimiento, resultados significativos con respecto al grupo condición control. También mejoró en esta etapa de seguimiento de forma significativa a favor del grupo de padres MYmind, el estilo de disciplina utilizado siendo la subescala referida al uso de una educación ruda y autoritaria la única variable significativa tanto para el post como para la etapa de seguimiento.

Conclusión: Este trabajo se suma a la eficacia mostrada en otras investigaciones realizadas con el protocolo MYMind para la intervención del TDAH a través de mindfulness. No obstante, será necesaria mayor investigación al respecto.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Según distintos grupos de investigación (Francés et al., 2022; Polanczyk et al., 2015; Willcutt, 2012), entre el 5% y el 11% de los niños en edad escolar, presentarían un trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Siguiendo a Sayal et al. (2018), en España la prevalencia sería del 6.8% para la población no adulta, con un pico de hasta el 7.2% a los 9 años, en función del método elegido para realizar el estudio. La recuperación completa o remisión en la edad adulta es rara y ocurre en menos del 10 % de las personas con TDAH (Sibley et al., 2022).

Este trastorno, se caracteriza por presentar un patrón persistente de conductas de desatención, exceso de actividad y dificultad para controlar los impulsos o impulsividad, que influyen negativamente en el desarrollo social y afectivo y en el aprendizaje (Posner et al., 2020).

Las dos formas de intervención habituales de este trastorno son la farmacológica, basada principalmente en la prescripción de psicoestimulantes y la psicosocial, esto es, el aprendizaje de técnicas de modificación de la conducta, el entrenamiento de los padres centrados en disminuir el estrés parental y favorecer un estilo parental que mejore el vínculo padre-hijo/a, técnicas de autorregulación, entrenamiento en habilidades sociales o adaptaciones del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, ambas intervenciones tienen limitaciones. Respecto a la intervención farmacológica, la guía de práctica clínica SNS (2017) y guías Internacionales como NICE (2009, 2018) resaltan la falta de investigación sobre los efectos beneficiosos de la medicación a largo plazo, recomendando su uso estricto para casos graves donde otro tipo de intervención cognitivo-social, no

sea posible. Esto sumado a los efectos secundarios de la medicación, como la pérdida de apetito, efectos adversos sobre el peso o la estatura, irritabilidad, tics motores o la poca adherencia al tratamiento de muchos de estos niños (Carucci et al., 2021; Parkin, Nicholas y Hayden, 2022), invitan a buscar nuevas formas de intervención. Respecto a las intervenciones psicosociales, metanálisis recientes indican que hay poca evidencia que muestre que las intervenciones actuales pueden mejorar el funcionamiento general de los niños y adolescentes con TDAH, por la dificultad de aplicar el aprendizaje generalizado en el día a día, así como el coste de la intervención de estos procesos terapéuticos a largo plazo, que pueden ser un obstáculo para muchas familias.

Considerando lo anterior, resulta interesante investigar sobre nuevas alternativas o componentes de intervención. Así pues, bajo el paraguas de las intervenciones psicosociales, los programas basados en mindfulness se han introducido como un tratamiento potencial para niños y adultos con TDAH (Hayes, 2004) porque se ha demostrado que el entrenamiento en mindfulness aumenta la capacidad de atención, mejora del funcionamiento global y la calidad de vida. La literatura científica muestra evidencias sobre los beneficios de estas intervenciones en niños y jóvenes para la mejora de la sintomatología TDAH, recomendado mayor investigación al respecto debido a muestras pequeñas, falta de grupos de control y seguimiento a largo plazo, señalando que aquellos programas en los que participaran los padres además de los niños mejorarían aún más la sintomatología TDAH. Entre estas intervenciones destaca el programa MYmind, un entrenamiento basado en MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) para niños y adolescentes con TDAH y sus padres, con una duración de 8 semanas.

La propuesta de este trabajo es aportar más evidencia sobre la eficacia del programa MYmind como un modelo de intervención para niños con diagnóstico TDAH, analizando los resultados respecto a mejoras en la sintomatología TDAH, funcionamiento ejecutivo, problemas asociados y funcionamiento familiar, así como su efecto en los progenitores vinculados al grupo experimental MYmind sobre variables como el estrés parental, el estilo parental, autocuidado o depresión, entre otras. El programa MYmind se ha validado en otros países como Holanda, Canadá o Japón. Es interesante también aportar datos sobre una muestra de población española, en la que tanto los padres como los niños, suelen tener largas jornadas académicas y laborales y poca disponibilidad para el trabajo personal.

Esta investigación se estructura en dos partes: un marco teórico y un marco empírico, con varios capítulos en cada uno de ellos. La primera parte presenta una revisión actualizada de la literatura acerca del diagnóstico TDAH y sus implicaciones en distintas áreas fundamentales de la vida; se presenta también una fundamentación teórica sobre el concepto Mindfulness, las evidencias publicadas sobre su eficacia en personas con TDAH y el programa MYmind. La segunda parte del trabajo recoge el trabajo de investigación realizado. A continuación, se exponen los objetivos de esta investigación y las hipótesis planteadas, dando paso a la metodología, presentación de resultados y discusión de los mismos.



CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

CAPÍTULO I. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1.1. El concepto de TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia caracterizado por un patrón persistente de conductas desatentas, exceso de actividad y dificultad para controlar los impulsos o la impulsividad, que afecta negativamente al aprendizaje y el desarrollo social y afectivo, de curso constante y remisión limitada (Posner et al., 2020).

El impacto de este trastorno en áreas fundamentales como la personal, familiar, académica y social ha suscitado el interés de numerosos investigadores que ya desde el siglo XIX tratan de ofrecer un análisis detallado de las posibles causas así como distintas formas de intervención. Para su comprensión, resulta fundamental realizar un recorrido histórico desde sus anales hasta la actualidad. La descripción de la sintomatología actual del TDAH aparece por primera vez hace dos siglos en un libro del médico Alexander Crichton (1798) llamado "*An inquiry into the nature and origin of mental derangement*", en el que la inatención, hiperactividad y falta de persistencia en la tarea, son características de lo que llamó "*Mental Restlessness*" o inquietud mental.

Más adelante, se recogen en uno de los cuentos para niños de la época escrito por Heinrich Hoffmann (médico psiquiatra), las dificultades de comportamiento de Philip con su familia: un niño de conducta dispersa, inquieto e impulsivo, cuyas características podrían coincidir con un patrón de conducta asociado a niños con TDAH (Lange et al., 2010).

En 1902, George Still, profesor de pediatra inglés, publicaba en la revista científica "*The Lancet*" un artículo que se considera por diversos autores la primera definición del TDAH (GPC, 2010) o primera referencia científica de niños con TDAH (Ramos-Quiroga, Bosch y Casas, 2009). En dicho artículo, realiza una descripción de la conducta observada en consulta de 43 niños sin discapacidad intelectual que presentaban una baja capacidad de adaptarse a las situaciones sociales, presentado un comportamiento inadecuado con una marcada y anormal incapacidad para la atención sostenida, excesiva actividad motora, falta de impulsividad y agresividad, acuñando el término como "defecto de control moral" que al no poder ser explicado por daño orgánico, cognitivo o circunstancia referida al entorno o a la crianza, sugería un estado mental patológico (Still, 1902). Para Still, esta incapacidad atencional se mostraba también incluso en tareas que fueran de interés para el niño, como actividades lúdicas.

El estudio de los supervivientes a un brote de encefalitis que ocurrió en EEUU entre 1917 y 1918 y cuyas secuelas fueron daño cerebral junto con hiperactividad e impulsividad, hicieron sospechar que quizá una lesión cerebral pudiera ser la causa de ese patrón conductual. Fue denominado "Trastorno conductal postencefálico", asociándose por primera vez la hiperactividad, al daño cerebral. Se asumía entonces que una lesión cerebral era la causante de este tipo de comportamientos y también que los problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad señalarían la presencia de un daño cerebral. Sin embargo, había niños que manifestaban ese patrón de conducta en ausencia de lesión cerebral. Comienza a utilizarse el término "disfunción cerebral mínima" o "daño cerebral mínimo" y enfermedades como la epilepsia, traumatismo craneoencefálico o infecciones del sistema nervioso, también apuntaban como

secuelas problemas cognitivos, hiperactividad e impulsividad (Shaywitz y Shaywitz, 1989).

Los primeros en cuestionar esta asociación entre lesión cerebral y comportamiento disruptivo, fueron los médicos Kramer y Pollnow en los años 30, cuando describen la enfermedad “hipercinética de la infancia”, como aquella que se manifiesta por la incapacidad para descansar, observable únicamente durante el día, con tendencia desobediente y sin agitación nocturna y sin las manifestaciones físicas de los niños que habían tenido encefalitis. Esta “hiperkinesis” mostraba una mejora con el paso del tiempo, aunque podía mantenerse también en la edad adulta.

Es en 1950 cuando investigadores de EEUU comienzan a poner el foco en la hiperactividad, apoyados por las aportaciones de la psicología y pedagogía y que abogan por un trastorno conductual de excesiva actividad motora, que se aleja del daño cerebral. Esto quedará recogido posteriormente en el DSM II (APA, 1968) como “Reacción hipercinética de la infancia”, para describir a los niños y adolescentes con problemas de conducta hiperactiva. Los niños con dificultades de aprendizaje fueron agrupados dentro de la categoría “discapacidades de aprendizaje” distinguiéndolos de los “hiperactivos”, que mostraban problemas de conducta (Shaywitz y Shaywitz, 1989). Será en la posterior edición del manual DSM III (APA, 1980) cuando se recoja por primera vez el concepto de “Trastorno por déficit de Atención” bajo dos categorías diagnósticas: con hiperactividad o sin hiperactividad.

Este cambio en el manejo del trastorno que resalta el déficit atencional y relega la sintomatología de la hiperactividad, es debido a las investigaciones dirigidas

por Virginia Douglas (1972) y su equipo, que en los años 70 muestran lo que ya reflejó Still a principios del siglo XX, y es que las causas básicas o primarias del trastorno no residen en un exceso de movimiento, sino en la falta de atención y bajo control de impulsos, como consecuencia de un déficit en la capacidad de autorregulación.

Con el DSM-IV (APA, 1994) se desarrolla la sintomatología asociada a este trastorno y con la siguiente revisión del manual DSM-IV-R (APA, 2002) se define el trastorno en función de la sintomatología dominante, creando el subtipo TDAH con predominio del déficit de atención, subtipo combinado o subtipo hiperactivo-impulsivo, definición que se mantiene hasta el 2013, con la aparición del DSM-5 (APA, 2013) que realiza sucintas modificaciones y cambios en los criterios diagnósticos como veremos más adelante, modificando el término “subtipo” por el de “presentación” queriendo recoger mediante este concepto, la heterogeneidad del trastorno y evolución que puede presentar el trastorno desde su diagnóstico en la infancia.

En el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), será en la revisión CIE-8 (World Health Organization-WHO, 1965), cuando se registra por primera vez “el síndrome hiperkinético de la infancia” para agrupar la sintomatología que posteriormente haría referencia al TDAH. En la siguiente revisión, se determina como trastorno y lo hace bajo el nombre “Trastorno hiperkinético de la infancia”, siendo la falta de atención y la distractibilidad, las dos características que definirían este trastorno. En el CIE-10 (World Health Organization-WHO, 1992) lo hace bajo la denominación “Trastorno de la actividad y de la atención”, dentro de los trastornos hiperkinéticos.

Las sucesivas investigaciones que se realizan sobre el número creciente de personas con diagnóstico TDAH, modifican la idea de que el TDAH es un trastorno propio de la infancia, recogiendo que la sintomatología sobre todo la de la inatención, se mantiene presente durante la adolescencia y adultez. Así pues, el TDAH aparece hoy en día tanto en el DSM-5 como en el CIE-11 recogido en la categoría de Trastornos del neurodesarrollo, expresando la posible persistencia desde la infancia hasta la edad adulta.

En ambas guías de diagnóstico, se eleva el rango de edad hasta los doce años para observar los síntomas, aceptando que en determinados casos puede haber una manifestación tardía en la adolescencia o incluso en la adultez, cuando los mecanismos de compensación del individuo sean inferiores a la demanda que requiere el entorno.

La última clasificación internacional CIE-11 (WHO, 2019) que ha entrado en vigor el 11 de febrero de 2022, facilita la homogenización de los criterios diagnósticos del TDAH al compararlos con lo que estipula el DSM-5. Sin embargo, el CIE-11 ofrece una visión más amplia sin necesidad de cumplir un número determinado de criterios, presentando los límites con la “normalidad” y con otros diagnósticos y facilitando una perspectiva evolutiva que tiene en cuenta las diferencias en cuanto a género y los cambios o manifestaciones que se produzcan en el desarrollo o en función de la edad.

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2013), especifica el nivel de afectación (leve, moderado, grave) a partir de la existencia de seis síntomas o más. Así como el DSM IV-R hacía referencia a tres tipos distintos de TDAH: inatento, hiperactivo e impulsivo y combinado, estos tres subtipos pasan a ser presentaciones con la

actualización que realiza el DSM-5 (APA, 2013) en los criterios diagnósticos e indicando la necesidad de cumplir con al menos 6 de los síntomas en el caso de los niños y 5 en adolescentes y/o adultos (ver anexo 1), para cumplir con el diagnóstico (Morrison, 2015). En nuestro trabajo, nosotros nos hemos guiado por los criterios que facilita esta guía para confirmar el diagnóstico de la muestra a la que se refiere esta investigación.

En la tabla 1, se recogen los distintos conceptos a través de los cuáles se ha ido identificando el TDAH desde principios del siglo XVIII hasta su incorporación tras sucesivas ediciones en el DSM-5 y en el CIE-11.

Tabla 1

Evolución del término del TDAH

Autor	Referencia
Herinch Hoffman (1845)	Der Struwwelpeter (Phil el nervioso)
George Still (1902)	Defecto del control moral
Hoffman (1922)	Trastorno conductual por secuela encefalítica
Kramer y Pollnow (1930)	Trastorno hipercinético de la infancia
Strauss y Lehtinen (1947)	Lesión cerebral exógena
Strauss y Skephart (1955)	Síndrome de daño cerebral infantil
Clements y Peters (1962)	Disfunción cerebral mínima
DSM-II (1968)	Reacción hipercinética de la infancia
Virginia Douglas (1972)	Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad
CIE-9 (1975-1977)	Trastorno hipercinético de la infancia
DSM-III (1980)	Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad

DSM-III-R (1987)	Déficit de atención con hiperactividad
CIE-10 (1992)	Trastorno de la Actividad y de la Atención (categoría Trastornos Hiperkinéticos).
DSM-IV (1994)	Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH)
DSM-IV-R (2000)	Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH).
DSM-5 (2013)	TDAH presentación inatenta, combinada o hiperactiva-impulsiva.
CIE-11 (2019)	El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (categoría Trastornos del neurodesarrollo).

Nota: Tabla de Elaboración propia

1.2. Prevalencia estimada del TDAH

Atendiendo a lo expuesto por Polanczyk et al. (2014) en su metanálisis de más de 30 años estudiando las distintas tasas de prevalencia del TDAH a nivel mundial, la diferente tasa de prevalencia en relación con este trastorno es debido principalmente a las diferencias de criterios entre el DSM-5 y el CIE-10, siendo más restrictivos los criterios de esta última guía. Concluye su artículo indicando que no existen evidencias de que haya aumentado el número de niños diagnosticados con TDAH, si se siguen criterios diagnósticos estandarizados. Por tanto, a nivel global, parece que distintos grupos de investigación sitúan la prevalencia entre el 5% y el 11% (Francés et al., 2022; Polanczyk et al., 2015; Willcutt, 2012).

En España, según un metanálisis de Catalá -López et al. (2012) y posteriores revisiones de Sayal et al. (2018), la prevalencia sería del 6.8% para la población no adulta, con un pico a los 9 años, sugiriendo que la horquilla [2.2-7.2%] recogería la variación en el método elegido para realizar el estudio. La Declaración de Consenso Internacional de la Federación Mundial de TDAH (Faraone et al., 2021) encontró que el 5.9% de los jóvenes, cumplen los criterios para ser diagnosticados por TDAH.

También podemos hablar de una prevalencia distinta en función de la presentación, del género y del estrato social. En el metanálisis realizado por Willcutt (2012) los resultados sugieren que el TDAH de presentación inatenta es el subtipo más común en todas las muestras, excepto para los niños de edad preescolar. Sin embargo, las muestras clínicas suelen contener una mayor proporción de personas con TDAH presentación combinada que inatenta o hiperactiva/impulsiva. Las fluctuaciones de síntomas y por tanto entre distintas presentaciones, así como el deterioro funcional de la persona con TDAH lo largo del tiempo, es muy común. Se ha sugerido que este perfil desigual es el resultado de la interacción entre las demandas ambientales variables en el tiempo y la vulnerabilidad genética subyacente (Sibley et al., 2022).

Respecto al sexo y la edad, también hay diferencias. En la infancia, aproximadamente entre 2,5 y 4 veces más niños que niñas presentan TDAH en estudios poblacionales y/o clínicos, respectivamente (Faraone et al., 2021). Los estudios sugieren que esta proporción cambia sustancialmente a medida que uno transita desde la adolescencia hacia la vida adulta, y una proporción cada vez mayor de casos de TDAH en la adultez, son mujeres (Franke et al., 2018). También es más probable que a los niños se les diagnostique bajo la presentación hiperactividad/impulsividad, mientras que a las niñas se les

diagnostica con mayor frecuencia falta de atención (Martin, Walters, et al., 2018). Es probable que en lo que respecta a las muestras clínicas, esto se explique por el sesgo de derivación, por el cual, comúnmente se deriva a los niños por problemas de conducta o debido a la hiperactividad. También pueden ser importantes los cambios hormonales que se producen en la pubertad (Hinshaw et al., 2022).

En el metanálisis realizado por Loyer Carbonneau et al. (2021) se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a la capacidad de inhibición (motriz y control de interferencia) y flexibilidad cognitiva de forma que, los niños con TDAH presentaron más conductas hiperactivas y mayores problemas de inhibición que las niñas con TDAH.

Según los autores Russell et al. (2016), los niños pertenecientes a hogares económicamente desfavorecidos tendrían más posibilidades de desarrollar el trastorno.

Apoyándonos en los trabajos de distintos autores, se trata de un trastorno de carácter crónico, con altos porcentajes de prevalencia, un 5.3% en la infancia (Cortese y Coghill, 2018), que persiste entorno a un 50% en la adolescencia y cuyas tasas de prevalencia son del 1.4 al 3.6% en la vida adulta (Faraone et al., 2021; Fayyad et al., 2017).

1.3. Etiología del TDAH

Tradicionalmente, la literatura científica ha realizado investigaciones profundas que ayuden a comprender cuáles son los mecanismos biológicos y los procesos ambientales que conducen a desencadenar y desarrollar determinadas condiciones de salud mental con la intención de crear intervenciones más efectivas que apoyen a las personas con tales problemas (Nigg, 2022). Todos

estos avances han revelado cuán complejas y heterogéneas son las influencias genéticas y ambientales, así como los procesos psicobiológicos involucrados en el TDAH. Sobre la heredabilidad del trastorno, parece que hay un consenso sustancial (responsabilidad poligénica) y varios factores de riesgo ambientales, si bien los mecanismos causales reales siguen siendo poco conocidos (Nigg et al., 2020).

1.3.1. Heredabilidad

El TDAH es una afección altamente hereditaria, es decir, la variación individual está fuertemente relacionada con la variación genética, aunque la herencia de la afección (entre generaciones) es compleja y la transmisión familiar de generación en generación puede no ser fácilmente perceptible.

Atendiendo a las investigaciones publicadas, podemos decir que es un trastorno altamente heredable, entorno a un 70%-80% de heredabilidad (Faraone y Larsson, 2019). Los descubrimientos genéticos moleculares están emergiendo rápidamente (Thapar, 2018); el metanálisis de Demontis et al. (2019) publicado en la revista Nature Genetics ofreció evidencias sólidas sobre la base biológica del TDAH identificando doce variantes de riesgo analizando el genoma de más de 50000 personas en todo el mundo, formándose la muestra por 20183 personas diagnosticadas con TDAH y 35191 controles.

Un estudio más reciente con más de 38 000 personas con TDAH y casi 187 000 personas no afectadas identificó 27 loci (ubicaciones físicas de un gen) significativos en todo el genoma (Demontis et al., 2022). Hasta ahora, los estudios de genoma completo de variantes genéticas comunes solo ofrecen estimaciones de la heredabilidad del 20 al 30 % (Demontis et al., 2019).

Identificar los genes involucrados en el TDAH, puede proporcionar información sobre los procesos biológicos asociados con el TDAH, es decir, proporcionar información sobre los mecanismos moleculares y celulares que pueden contribuir causalmente a estos procesos. No obstante, los hallazgos sobre genes individuales aún se están estudiando y son demasiado pequeños para uso clínico (Sonuga-Barke et al.,2022).

1.3.2. Factores biológicos y anatómicos asociados al TDAH

Actualmente no existe ningún marcador biológico, si bien dicho trastorno parece estar influido por los niveles de neurotransmisores (déficit de dopamina y noradrenalina) y las vías neuronales (Purper-Ouakil, Ramoz, Lepagnol-Bestel, Gorwood y Simonneau, 2011), ya que estudios farmacológicos basados en la acción que los estimulantes producen a nivel noradrenérgico, ofrecen resultados positivos en cuanto a la mejora de la atención, memoria de trabajo y respuesta diferida (Pineda, 2020). Una de las funciones fisiológicas más importantes que se atribuyen a la noradrenalina es la de modular los procesos de motivación, concentración, aprendizaje, atención, alerta y vigilancia (Cortese, 2012). La dopamina participaría entre otras, en la regulación del control motor, en las funciones cognitivas de memoria y atención, sistema de recompensa, y las interacciones sociales de la persona (Yager et al., 2015). Esta teoría del déficit dopaminérgico ha sido cuestionada por otros autores (Gonon, 2009; Fusar-Poli et al., 2012) que indican que esas deficiencias habrían sido generadas no por un desequilibrio dopaminérgico basal de origen, sino por un efecto adaptativo a la exposición prolongada a los estimulantes.

Otros estudios señalan que la ferropenia podría contribuir a la aparición de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, ya que la falta de hierro

alteraría el funcionamiento del sistema dopaminérgico (Soto-Insuga et al., 2013). Por tanto, se ha abierto una línea de investigación en la que se estudia si la suplementación de hierro para niños con TDAH, pudiera ser una forma de intervención en el trastorno, sobre todo para el subtipo inatento (Lange et al., 2017; Percinel, Yazici, y Ustundag, 2016).

En la investigación publicada por Hoogman et al. (2017) en la que realizaron un metanálisis utilizando una muestra de 1713 personas con TDAH entre 4 y 63 años y 1529 personas conformando el grupo de control, se encontró un retraso madurativo de las principales áreas del cerebro implicadas (accumben, caudado, putamen y volumen intracraneal). Es interesante añadir que, en este estudio, se rechaza el impacto positivo de la medicación para mejorar las diferencias entre esos volúmenes cerebrales observados. También, se observan diferencias estructurales en la amígdala y en el hipocampo, haciendo hincapié en los problemas de regulación emocional que pueden acusar las personas con TDAH e incluso tratando de favorecer con su estudio, la consideración de “falta de regulación emocional” como fenotipo central del TDAH.

Como conclusión, podríamos decir que tanto los hallazgos sobre los factores genéticos como los antecedentes familiares de TDAH y el riesgo poligénico de TDAH, aunque prometedores, necesitan más investigación (Sonuga-Barke, 2022).

1.3.3. Factores ambientales

Además de los factores genéticos, los factores ambientales también están involucrados en la etiología del TDAH, y es probable que exista una interacción (tanto interacción como correlación) entre los factores genéticos y ambientales.

Una revisión realizada por Kim et al. (2020) sobre factores de riesgo ambientales, factores protectores y biomarcadores periféricos para el TDAH, encontraron como factores de riesgo los prenatales y perinatales, incluidos el sobrepeso antes del embarazo y durante el embarazo, la hipertensión durante el embarazo, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, el uso de paracetamol y el tabaquismo, sin embargo, todos los efectos fueron de tamaño modesto. Otras asociaciones de efecto pequeño que se consideraron fueron el nivel de plomo en la sangre del niño, el nivel de magnesio en la sangre del niño, el estrés materno durante el embarazo y la exposición materna al inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el embarazo. De efecto más grande, pero de credibilidad limitada por tratarse de muestras pequeñas y baja homogeneidad en los resultados, fueron las referidas al parto prematuro o el bajo peso al nacer, y el traumatismo craneoencefálico.

Se necesitan más estudios de este tipo para determinar qué factores de riesgo exigen una intervención (Nigg et al., 2020) El efecto moderador de las exposiciones ambientales sobre la responsabilidad genética o los efectos genéticos sigue estando mal mapeado, aunque han surgido algunos ejemplos importantes. Quizás el más claro es el que se relaciona con la crianza de los hijos. Si bien es poco probable que sea un factor etiológico importante en el TDAH en sí mismo, los comportamientos o estilos de crianza probablemente moderan el curso del desarrollo de las personas con TDAH, especialmente en términos del desarrollo de complicaciones y fuentes concurrentes de deterioro (Daley et al., 2018).

1.4. Trastornos asociados al TDAH: características correlacionadas, elementos concurrentes y comorbilidad.

Existe una correlación sustancial entre los síntomas del TDAH y otras características y rasgos psicológicos, y es común la coexistencia con otras afecciones del neurodesarrollo y de la salud mental (Reale et al., 2017). Las dificultades de regulación emocional, el tempo cognitivo lento y los trastornos del sueño, son tres de los dominios más comunes, en personas con TDAH.

Los problemas de regulación emocional expresada a través de la susceptibilidad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración o a la angustia están presentes en aproximadamente el 40-50 % de los niños con TDAH, especialmente en aquellas personas bajo la presentación combinada de TDAH y asociados con la persistencia del mismo (Faraone et al., 2019). Las dificultades de regulación emocional relacionadas con el TDAH, están asociadas con una calidad de vida reducida, deterioro social y peores resultados educativos/laborales en niños y adultos (Faraone et al., 2019).

El tempo cognitivo lento se refiere a todo un grupo de elementos cognitivos como, por ejemplo: soñar despierto en exceso, estar “perdido en la inmensidad” y elementos motores como sentirse poco activo, lento (Becker et al., 2022). Estos comportamientos afectan al 25-40 % de los jóvenes con TDAH, especialmente a aquellos con presentaciones combinadas o predominantemente inatenta (Becker et al., 2016). Se asocia con aislamiento social, síntomas de internalización (especialmente depresión) y peores resultados funcionales (Becker et al., 2016).

Respecto a los problemas de sueño, los niños, adolescentes y adultos con TDAH tienen más probabilidades que sus iguales sin TDAH, de obtener un sueño insuficiente y/o de peor calidad (Díaz-Román, Mitchell, y Cortese, 2018). Un estudio de restricción/extensión del sueño encontró evidencias de que la reducción de la duración del sueño puede causar aumentos en los síntomas de falta de atención del TDAH, pero no de hiperactividad-impulsividad, en adolescentes con TDAH (Becker et al., 2019). Los problemas del sueño en el TDAH se asocian con una calidad de vida más baja, un peor funcionamiento familiar, presencia del trastorno negativista desafiante y depresión (Lunsford-Avery, Krystal y Kollins, 2016). A su vez, aunque las dificultades de regulación emocional y el tempo cognitivo lento son entidades estadística y clínicamente distintas, a menudo están correlacionadas. Así, tanto los problemas de regulación emocional como el tempo cognitivo lento están correlacionados con la falta de sueño por la noche y la somnolencia diurna (Fredrick et al., 2022).

Respecto a las condiciones concurrentes, cabe destacar la comorbilidad (probabilidad de asociación a otras patologías) que presenta este trastorno, ya que los jóvenes con TDAH con frecuencia presentan otros trastornos asociados al diagnóstico de TDAH como causa primaria. Se estima que el 70% de los diagnósticos cumple criterio de al menos otro trastorno añadido (Frutos de Miguel, 2019), siendo estos comúnmente, el trastorno del espectro autista (Lukito et al., 2017), la discapacidad intelectual (Faraone et al., 2017), dificultades de aprendizaje (Larson et al., 2011; Koolwijk et al., 2014), y/o problemas en el lenguaje (Larson et al., 2011; Korrel et al., 2017), trastorno negativista desafiante (Wolraich et al., 2005) con una prevalencia del 40%-45%, depresión (Fenesy y Lee, 2019), ansiedad (Nyberg et al., 2021) con tasas de entre el 25%-33% y

trastorno disocial con tasas de hasta el 14% (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010).

A medida que las personas crecen, se producen cambios en el patrón de condiciones concurrentes y así, mientras que en la infancia el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta son las condiciones más prevalentes que ocurren junto con el TDAH, el uso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en la edad adulta (Franke et al., 2018).

La falta de atención está más fuertemente relacionada con el retraimiento y la depresión, y la hiperactividad-impulsividad está más relacionada con las condiciones del comportamiento (Willcutt et al., 2012). Después de controlar las tasas base de población específicas por sexo, las mujeres con TDAH tienen más probabilidades de tener autismo, discapacidad intelectual, trastorno de conducta o trastorno oposicionista-desafiante y esquizofrenia (Ottosen et al., 2019), comportamiento suicida (Hinshaw et al., 2022; Ottosen et al., 2019), trastorno de personalidad (Ottosen et al., 2019) y trastorno por abuso de sustancias (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; Ottosen et al., 2019) que sus iguales sin TDAH. Sin embargo, los trastornos por ansiedad o depresión aumentaron de manera similar para ambos sexos.

Un metanálisis de los factores infantiles que predicen la persistencia del TDAH en la edad adulta encontró que la gravedad de los síntomas y la coexistencia con el trastorno de conducta y el trastorno depresivo mayor eran predictores estadísticamente significativos (Caye et al., 2016). Siguiendo con este período de edad adulta, el estudio Tratamiento Multimodal del TDAH (MTA), utilizando datos recopilados en varias edades a lo largo del desarrollo, sugirió que la recuperación completa o remisión sostenida desde la infancia hasta la

edad adulta era rara y que ocurría en menos del 10 % de las personas con TDAH (Sibley et al., 2022).

1.5. Modelos explicativos del TDAH

Se barajan principalmente dos tipos de modelos para explicar las bases del TDAH: modelo de déficit único, que supondría que el déficit en un proceso cognitivo podría explicar por sí misma la sintomatología asociada al TDAH, y modelos de déficit múltiple, que suponen que no hay un único origen sino la interacción de varios procesos cognitivos, es decir, un déficit cognitivo heterogéneo.

1.5.1. Modelos de déficit único

En los modelos que se proponen a continuación, se presupone que la baja eficiencia de un mecanismo cognitivo básico puede, por sí misma, explicar todas las manifestaciones ligadas al TDAH. Si existen otras disfunciones cognitivas, éstas serían subsidiarias del déficit nuclear (Artigas-Pallarés, 2009). Así pues, la literatura hace referencia principalmente, a tres modelos de déficit único:

- *Modelo de inhibición conductual*, explicado por Barkley en 1997, hace responsable al sistema de inhibición, del control de la conducta. Los problemas de los niños con TDAH se deberían a una hipoactivación de los sistemas de inhibición (Barkley, 2006). En este caso, ante un estímulo el individuo debe a la vez, suprimir su respuesta inmediata y controlar los estímulos internos y externos que podrían interferir en esa respuesta (control de la interferencia). Una baja capacidad de inhibición impactaría negativamente en esos procesos de

regulación de la conducta, que a su vez producirían un detrimento de la motivación.

Las funciones neuropsicológicas que quedarían afectadas serían:

- La memoria de trabajo no verbal, que permite retener la información una vez ya no está presente el estímulo inicial y a su vez, permite la capacidad de ver en perspectiva, percibir e imitar en el futuro un comportamiento a partir de la observación de otros.
- La memoria de trabajo verbal, que permite regular la regulación de la conducta, mediante el autocuestionamiento, seguir instrucciones y reflexionar de forma crítica sobre el evento.
- La autorregulación del afecto, motivación y activación o dirección de la acción hacia objetivos; el proceso de reconstitución, que permite el análisis de la conducta, fluidez verbal, creatividad y flexibilidad para generar nuevas respuestas.

Estas funciones influirían en el sistema control motor, ofreciendo una conducta u otra en función de la demanda inmediata y la información que se recibe del entorno (López et al., 2013). Según Orjales (2011), la debilidad en el funcionamiento de estos procesos anteriores podría suponer un control deficiente de la conducta (debido a la dificultad de recuperar información relevante antes de responder, demorar la respuesta, imitar o crear conductas o respuestas nuevas) así como un débil control motor, percepción temporal y limitada capacidad de automotivarse, entre otras.

En las últimas décadas ha habido un interés creciente en estudiar cómo de importante es la inhibición de la respuesta para determinar un diagnóstico de

TDAH (Barkley, 1999; Schachar et al., 2005). Según Bhajiwala (2016) el déficit en la inhibición que presenta el TDAH parece estar asociado a una sintonización inadecuada de los procesos que intervienen en la planificación y atención a la tarea y que esto afecta a su capacidad de evitar la respuesta (Bhajiwala, M. (2016).

- *Modelo de Regulación del estado*: desarrollado por Sergeant, Oosterlaan y Van der Meer (1999). Según este modelo, el TDAH se produciría por una disfunción ejecutiva, pero no de la función de inhibición, sino del déficit en la capacidad de regular adecuadamente el esfuerzo y la motivación necesarias para poder satisfacer las demandas del entorno. Esta capacidad de regulación dependería del lóbulo frontal y sus conexiones con el sistema límbico. Este modelo refiere que, para conseguir un objetivo, se necesita de la activación y movilización de la energía mental para adecuar las energías cognitivas a las demandas y responder adecuadamente a lo que solicita el entorno. Según las pruebas neuropsicológicas, las personas con TDAH mostrarían respuestas desajustadas en el tiempo y en la forma de reacción. Una sobreactivación ocasionaría respuestas rápidas e inadecuadas ante estímulos rápidos y respuestas lentas, ineficaces o imprecisas ante estímulos lentos (Berwid et al., 2005; Johnson et al., 2007).

- *Modelo de aversión a la demora o motivacional* (Sonuga-Barke et al., 1992): este modelo explica que las personas con TDAH se decantan por la obtención de una gratificación inmediata, aunque sea pequeña, antes que por una recompensa de alcance, aunque sea tardía, especialmente cuando la gratificación reduce la duración de una determinada tarea (Sonuga-Barke et al., 1996). Así pues, la impulsividad tendrá lugar como modo de evitar la aversión

que les supone esperar (Sonuga-Barke, Houlberg y Hall, 1994). Los autores Sagvolden et al. (1998) indicaron que los individuos con TDAH necesitarían fuertes y frecuentes refuerzos positivos que fueran próximos al comportamiento que estaba siendo reforzado. En caso de ausencia de reforzadores, se produciría falta de atención e impulsividad motora.

1.5.2. Modelos de déficit múltiple

Los modelos de déficit múltiple, por el contrario, implican la interacción de varios aspectos cognitivos sin un origen único (Artigas-Pallarés, 2009).

- *Modelo cognitivo-energético (Sergeant, 2005)*: supone una ampliación del modelo de regulación del estado anterior y reconoce la disfunción ejecutiva como aspecto nuclear del TDAH. Postula que el déficit inhibitorio aparece cuando existe un problema en cualquiera de los niveles siguientes:
 - Nivel computacional de los mecanismos atencionales: este primer nivel recoge la codificación, el procesamiento central de la información y la organización o coordinación motora.
 - Nivel del estado: este segundo nivel tiene en cuenta los mecanismos que conforman el arousal (estado de excitabilidad o pasividad para actuar), la activación (control sobre la respuesta motora y la disponibilidad para actuar) y el esfuerzo (energía para satisfacer la demanda que requiere la tarea).
 - Nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo: este tercer nivel, dependiente de zonas frontales y límbicas, recoge las habilidades para

inhibir o demorar una respuesta, planificarla, monitorizarla, detectar errores y corregirla.

Los déficits en la organización motora surgirían en el primer nivel, y los déficits en el segundo nivel, concretamente en el esfuerzo, provocarían un rendimiento mayor o menor de la activación o del arousal en función de la activación que realice el esfuerzo al sentir la presencia o no de factores motivacionales.

- *Modelo Dual:* Desarrollado por Sonuga-Barke (2002) y posteriormente ampliado por el mismo autor en 2003, es considerado el primer modelo formal de la heterogeneidad neuropsicológica del trastorno (Doyle et al., 2005). Están basados en el modelo de Barkley (1997) y el modelo de aversión a la demora de Sonuga-Barke et al. (1992). Según el modelo dual, las personas con sintomatología inatenta presentarían anomalías en el “circuito ejecutivo”, esto es, en el control cognitivo y un déficit en el sistema inhibitorio, ocasionado por una alteración del circuito fronto-estriado-dorsal. Por su parte, las personas con presentación hiperactiva-impulsiva, manifestarían esta sintomatología a causa de alteraciones en el “circuito motivacional”, esto es, una desregulación fronto-estriada-ventral, mediada por el sistema de recompensas (Sonuga-Barke et al., 2008).

- *Modelo Triple:* Los autores Sonuga-Barke, Bitsaku y Thompson (2010) crearon este modelo que añade al modelo anterior que contemplaba el control inhibitorio y la aversión a la demora, un tercer dominio neuropsicológico para explicar el TDAH: el procesamiento temporal. Según este modelo, el TDAH implicaría déficits en los procesos de procesamiento y percepción temporal o “timing” (Noreika, Falter y Rubia, 2013) y que estas deficiencias son decisivas para la impulsividad del TDAH.

- *Modelo de Thomas Brown:* Thomas Brown (2000, 2005) definió un modelo psicológico que explicaría las funciones afectadas por el TDAH y añadió además de los déficits en las funciones ejecutivas recogidas por Barkley (2006), que la motivación y la regulación emocional estarían muy afectadas en las personas con TDAH. Por tanto, desde esta teoría, estas personas afectadas por el trastorno funcionarían de forma adecuada en aquellas áreas de su interés que le produzcan una alta motivación.

Ambos autores, Barkley (1997, 2001) y Brown (2000, 2005) afirman que todas las personas con TDAH sufren importantes deficiencias en las funciones ejecutivas y que las deficiencias en el desarrollo de estas funciones ejecutivas son la esencia del TDAH. Mientras que para Barkley la falta de control inhibitorio es lo que provoca que el resto de dominios ejecutivos (memoria de trabajo, autorregulación, control motor...) no ofrezcan la respuesta adecuada, el modelo de Brown postula que la inhibición es solo una de las múltiples funciones ejecutivas, siendo interdependiente e interactiva con todas ellas, sin controlarlas (Brown, 2006).

Para Brown, hay 6 factores que componen la función ejecutiva y que funcionan a la vez, combinándose de varias formas: la activación (se refiere a que las personas con TDAH tendrían dificultades para organizar, priorizar, estimar el tiempo y prepararse para la acción), el foco (los individuos con TDAH tendrían dificultades para poner atención, concentrarse, sostener la atención y poder cambiar el foco atencional en función de la tarea), el esfuerzo (las personas con TDAH tendrían dificultades para regular el estado de alerta, mantener el esfuerzo y procesar la información de forma veloz), la emoción (los individuos con TDAH presentarían obstáculos para manejar la frustración y gestionar las emociones),

la memoria (las personas con TDAH no tendrían facilidad para utilizar la memoria funcional y acceder a recordar) y la acción (los afectados por TDAH presentarían grandes dificultades en su capacidad de autorregulación, seguimiento y control de la propia acción).

1.6. Funcionamiento ejecutivo y TDAH

Como se ha visto en el apartado anterior, el funcionamiento ejecutivo parece ser un factor clave en el TDAH. A continuación, se presentan los principales dominios ejecutivos y su afectación en las personas con TDAH.

1.6.1. Qué son las funciones ejecutivas

El concepto “función ejecutiva” se debe en gran parte a Alexander Luria (1966) que, tras el estudio de distintos casos de pacientes afectados por una lesión prefrontal, observó que estas lesiones afectaban a tres unidades funcionales en el cerebro:

1. Primera unidad funcional “Atención”: relacionada con el sistema límbico y reticular, se refiere a la capacidad de alerta y motivación.
2. Segunda unidad funcional “Simultáneo y Secuencial”: dependiente de las áreas corticales postrolándicas, se refiere a la capacidad de recepción, procesamiento y almacenamiento de la información.
3. Tercera unidad funcional “Planificación”: dependiente de la corteza prefrontal, se refiere a la programación, control y verificación de la actividad.

Para Luria (1970) el concepto “función ejecutiva” sería ese conjunto de procesos cognitivos que permiten la autorregulación de la conducta.

La divulgación oficial del término “Funciones ejecutivas” se debe a Muriel Lezak (1982) que las definió como “las capacidades para la formulación de objetivos, la planificación y la realización de planes de forma efectiva. Son esenciales para el comportamiento independiente, creativo y socialmente constructivo”.

Sin embargo, a pesar de su importancia y su uso en el campo científico de la neuropsicología, no existe consenso sobre su propia definición (Jurado y Rosselli, 2007).

Las funciones ejecutivas realizan procesos complejos o de alto nivel, que permiten la planificación de acciones, la ejecución de problemas nuevos, generar estrategias, regular el comportamiento en función de la información recibida e inhibir la conducta (Lyons Usher et al., 2016; Nigg, 2013; Elliott, 2003). Todas estas funciones están respaldadas por redes neuronales y son necesarias para dirigir el comportamiento hacia un objetivo especialmente cuando se trata de adaptarse a cambios, situaciones nuevas o difíciles (Antshel, Hier y Barkley, 2014; Diamond, 2013).

Otros autores como Friedman et al. (2006) entienden el funcionamiento ejecutivo como un mecanismo de control que interviene en varios procesos cognitivos correlacionados, pero parcialmente independientes y disociables entre sí, regulando la acción y el pensamiento.

Según Engle (2018), los procesos cognitivos asociados a la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y el sistema de inhibición, conformarían la base nuclear sobre la que se asentarían las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas básicas son:

- La memoria de trabajo: se refiere a la capacidad de mantener temporalmente la información, de forma simultánea con el procesamiento cognitivo.

- La flexibilidad cognitiva: relacionada con la capacidad de cambiar la atención de manera eficiente a distintos estímulos o reglas, monitorizar los estímulos entrantes y reemplazar la información antigua por información nueva.
- Los procesos de inhibición (como la habilidad para controlar las respuestas en un entorno controlado), la planificación y el control cognitivo.

Las funciones ejecutivas comprenden distintos dominios neuropsicológicos que si bien parece que surgen durante el primer año de vida, van evolucionando a distinto ritmo y desarrollándose durante toda la vida (Diamond, 2013). El rendimiento de cada proceso cognitivo es sensible y depende de los distintos cambios físicos que se produzcan en el área frontal (Lunt et al., 2012). Las funciones ejecutivas son fundamentales para asegurar el éxito en distintos ámbitos de la vida diaria. Así, se consideran especialmente importantes en la vida escolar, en la que los procesos de lectura y escritura, cálculo y razonamiento crítico se hacen especialmente necesarios (Diamond, 2014); en el bienestar socio-emocional (Goldstein y Naglieri, 2014; Liew, 2012); en el ámbito del trabajo, donde las habilidades respecto a la planificación, organización, asunción de compromisos, normas y reglas, relaciones laborales serán muy importantes, y en el área social (Moffitt et al., 2011)

Las alteraciones en las funciones ejecutivas se han asociado a distintas patologías neurológicas como los trastornos neurodegenerativos: trastornos infantiles como el TDAH y el trastorno específico del aprendizaje (Zelazo, 2020), trastornos del estado de ánimo como la depresión o el trastorno bipolar (Tavares et al., 2007).

1.6.2. El funcionamiento ejecutivo en niños y adolescentes con TDAH

La literatura científica especializada en TDAH reconoce la disfunción ejecutiva como la base del trastorno, presentando deficiencias en la memoria de trabajo, el control inhibitorio y, potencialmente, la flexibilidad cognitiva (Irwin et al., 2019; Willcutt et al., 2005).

A su vez, la memoria de trabajo, el control inhibitorio y flexibilidad cognitiva se han asociado con las habilidades de regulación emocional (Choi, 2011; Schmeichel et al., 2008; Tenenbaum et al., 2019), incluso en muestras pediátricas de TDAH (Sjöwall et al., 2013).

Hay estudios que sugieren que los déficits en la memoria de trabajo pueden ser la base de la expresión fenotípica de los comportamientos de falta de atención e hiperactividad/impulsividad relacionados con el TDAH (p. ej., Kofler et al., 2010; Rapport et al., 2009), y que la desregulación de las emociones es una característica común asociada con el TDAH (Christiansen et al., 2019; Graziano y García, 2016).

A nivel individual, existe una gran heterogeneidad neuropsicológica. En concreto, existe heterogeneidad en las vías etiológicas del TDAH (Hinshaw, 2018; Luo et al., 2019), así como variabilidad en la presencia de disfunción ejecutiva entre las personas con TDAH (Kofler et al., 2018; Nigg et al., 2005). Por ejemplo, la memoria de trabajo se encuentra afectada para un 30% y 85% de los niños con TDAH (Coghill et al., 2014; Fair et al., 2012; Fosco et al., 2019; Kofler et al., 2018; Karalunas et al., 2017); el control inhibitorio se ve afectado entre un 21% hasta un 46% (Coghill et al., 2014; Kofler et al., 2018; Nigg et al., 2005; Sonuga-Barke et al., 2010), y la flexibilidad cognitiva se ve afectada entre el 30 % y el 38 % de los niños con TDAH (Kofler et al., 2018; Willcutt et al., 2005). Además, un

subconjunto de niños con TDAH no parece estar significativamente afectado en ningún dominio del funcionamiento ejecutivo, con estimaciones para este subconjunto no afectado que van del 11 al 79 % (Biederman et al., 2004; Coghill et al., 2014; Fair et al., 2012; Geurts et al., 2006; Kofler et al., 2018; Nigg et al., 2005; Sonuga-Barke et al., 2010).

Estudios realizados en poblaciones clínicas indican que el déficit en el funcionamiento ejecutivo podría estar asociado de forma diferente y con una magnitud distinta, en función de la presentación del trastorno (predominantemente inatento, hiperactivo/impulsivo o combinado). Sin embargo, hoy en día las diferencias encontradas en la realización de esos estudios muestran resultados inconsistentes (Saydam et al., 2015; Geurts et al., 2005; Wodka et al., 2008).

Especialmente importante para un buen uso del funcionamiento ejecutivo es el período de la adolescencia (Nyongesa et al., 2019), ya que es una etapa de grandes cambios físicos, cognitivos, sociales...que preparan al individuo a encontrar su propia identidad y en la que el joven tendrá que enfrentar demandas de autonomía y exploración, autorregulación de aprendizaje y comportamiento, control afectivo y cognitivo a la vez que experimentan dificultades para manejar pensamientos impetuosos y conductas de riesgo.

Investigaciones realizadas con jóvenes con TDAH sobre el impacto de la función ejecutiva al ser comparados con jóvenes neurotípicos, han mostrado deficiencias consistentemente mayores en el desempeño de la función ejecutiva para los jóvenes con TDAH, que para los jóvenes que formaban el grupo sin TDAH (Al-Yagon, Forte y Avrahami, 2020; Barkley, 2012; Weyandt et al., 2014). Los resultados de estas investigaciones recomiendan buscar factores protectores de

estas funciones ejecutivas con la intención de facilitar la transición de estos adolescentes a la vida adulta.

1.7. Impacto de la sintomatología del TDAH en la vida diaria.

Como hemos visto, a pesar de la heterogeneidad de los síntomas expresados por niños y adultos con TDAH, principalmente se caracteriza por la presencia de dos grupos principales de síntomas: la falta de atención y un exceso de actividad y dificultad para controlar los impulsos expresados como hiperactividad o impulsividad. A menudo, estos síntomas resultan en una dificultad significativa en múltiples áreas de funcionamiento, como la académica, social y familiar.

A continuación, se presentan cuáles son las principales impactos y consecuencias de sufrir TDAH en el ámbito académico, social y familiar.

1.7.1. Área académica

Los niños con TDAH tienen problemas para mantener la atención en períodos prolongados de tiempo, dificultades para mantener los objetivos, realizar tareas de planificación y tienen dificultad en la inhibición de impulsos (APA, 2014). Las escasas habilidades de atención y memoria de trabajo en niños y jóvenes con TDAH, se han asociado con un rendimiento académico significativamente más bajo, lo que contribuye a una tasa de abandono escolar más alto en comparación con compañeros neurotípicos (DuPaul y Langberg, 2015).

Además, las interacciones sociales y las relaciones con los compañeros representan otro desafío para los niños con TDAH, quienes, debido a sus síntomas de hiperactividad e impulsividad interrumpen las intervenciones de profesorado y compañeros, no suelen entender bien las reglas de un juego y/o sociales, hacen ruidos, y debido a su afectación en el circuito castigo/recompensa, necesitan más errores para poder aprender a modificar su conducta. Los síntomas de falta de atención se correlacionan con un bajo rendimiento escolar/vocacional y una baja confianza en sí mismos (Willcutt et al., 2012)

1.7.2. Área social

Las personas con TDAH a menudo muestran un deterioro importante del funcionamiento social (Willis et al., 2019) entendido este como el conjunto de habilidades sociales, que permiten procesar y comprender la información que resulta de la interacción y la interacción con sus iguales (Ros y Graziano, 2018). A pesar de su interés por tener amigos y participar de las relaciones sociales, las personas con TDAH a menudo muestran comportamientos sociales inapropiados para su desarrollo, déficits en las habilidades de comunicación social (Bignell y Cain, 2007), procesamiento social (Humphreys et al., 2016) y cognición social (Willis et al., 2019) que debilitan sus probabilidades de crear y mantener amistades (Hoza et al., 2005) y que son entendidos como conductas inmaduras, negativas e intrusivas (Ronk et al., 2011).

El TDAH se asocia con conductas de riesgo marcadas por tasas más altas de embarazo adolescente, apuestas y accidentes y muerte prematura (Shoham, Sonuga-Barke, Yaniv y Pollak, 2021). Los síntomas hiperactivos-impulsivos se

correlacionan con la asunción de riesgos, los accidentes y la exclusión social de los compañeros.

Las personas con TDAH pueden experimentar prejuicios, estereotipos y discriminación debido, a menudo, a la etiqueta del diagnóstico. Estas formas de rechazo son habituales entre la familia, el público y los profesionales (Lebowitz, 2016) y cuando se internalizan, pueden conducir a una sensación de alienación que reduce la búsqueda de ayuda y disminuye la autoestima.

Los estudios clínicos sugieren que entorno al 24%-50% de los niños con TDAH sufren deficiencias en su regulación emocional (Shaw et al., 2014), y esto podría ser importante para explicar una de las causas por las que los niños con TDAH se sienten rechazados en las relaciones con sus iguales o bien, tienen grandes dificultades para iniciar y mantener relaciones sociales (Bunford, Evans y Langberg, 2018). Los déficits de autorregulación son considerados por muchos autores como el problema central asociado al TDAH en niños y adultos (Barkley, 2011; Siebelink et al., 2018).

1.7.3. Área familiar

Para los adolescentes con TDAH, el apoyo familiar es especialmente importante debido a sus dificultades para con el área académica y las relaciones con sus compañeros, deficiencias en el funcionamiento ejecutivo que se manifiestan en dificultades con la organización, planificación y gestión del tiempo, comportamientos oposicionales concurrentes y problemas de conducta, ansiedad y depresión. A su vez, para los padres de niños con TDAH también resulta más difícil brindarles el apoyo que necesitan, debido al estrés de la crianza, sus propios niveles clínicos o subclínicos de síntomas de TDAH u otras psicopatologías como la ansiedad y la depresión (Wiener, 2020).

Los padres de niños con TDAH presentan niveles más altos de estrés parental que la población general (Theule, Wiener, Tannock y Jenkins, 2013). En el estudio llevado a cabo por Miranda et al. (2015) para estudiar el nivel de estrés parental de los padres de 121 niños entre 5 y 9 años con TDAH, TEA y TEA comórbido con TDAH, se averigua que los padres de los niños con TDAH presentan un nivel más alto de estrés que los padres del resto de los grupos. Sin embargo, en el estudio realizado por Riany, e Ihsana (2021) para una muestra de 34 madres de niños con TEA y 31 madres de niños con TDAH y apoyos sociales (familiar, amigos y pareja) prácticamente idénticos entre ambos grupos, no se observan diferencias significativas en los niveles de estrés para ninguno de los grupos. No obstante, para el grupo de madres de niños con TDAH se observa que un bajo nivel de estrés y contar con un buen apoyo social, sí son predictores de una crianza positiva mientras que para las madres de los niños con TEA no se encuentra ningún factor único que contribuya a mejorar la crianza de los niños con TEA.

La ansiedad parental está asociada de forma negativa al afecto parental y a la crianza positiva (Kasdhan et al., 2004). Este estrés parental se configura como un contribuidor de la desadaptación familiar, ya que está asociado a la vivencia de altos niveles de conflicto en el hogar (Johnston y Mash, 2001), más punitiva (Webster-Sratton, 1990) y estricta o controladora (Barkley et al., 1991; Putnick et al., 2008) influyendo significativamente en la expresión de los síntomas del trastorno (Biederman et al., 2002; Margari et al., 2013; Park, Hudec y Johnston, 2017).

El estilo educativo aplicado podría influir en el desarrollo del trastorno o de problemas de conducta (Nicolau, Díez y Soutullo, 2014). Por otro lado, las prácticas de crianza autoritarias o rudas, están a su vez relacionadas, con bajos

niveles de autoestima en adolescentes (Putnick et al., 2008; Margari et al., 2013) y también menor confianza y dominio de las habilidades requeridas para educar por parte de los padres, ya que esas capacidades necesarias para la crianza estarán alteradas (Banks et al., 2008).

Los padres de niños con TDAH suelen atender de forma habitual situaciones de desobediencia, infracción de las reglas o límites, repetición de normas, carga académica para apoyar a sus hijos en sus dificultades escolares, falta de autonomía y continua demanda de atención, que tratan de gestionar siendo más autoritarios y controladores, mostrando desaprobación y correcciones continuas de forma negativa lo que les ocasiona a su vez altos niveles de estrés, problemas conyugales e insatisfacción personal (Pineda, 2020; Ben-Naim et al., 2019).

Si además el niño o adolescente con TDAH presenta problemas de comportamiento asociados, esto repercutirá negativamente en el estrés familiar y en la psicopatología parental (Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul, 1993; Barkley, 2008; Danckaerts et al., 2010; Johnston y Mash, 2001).

La presencia de trastornos mentales en los progenitores influye de forma negativa en el desarrollo del niño con TDAH, además de que esto se asocia a un riesgo mayor en sus hijos, en la etapa de la adolescencia de problemas psiquiátricos y emocionales (Loeber et al., 2009; Margari et al., 2013; Bornovalova et al., 2010).

Como hemos citado anteriormente, el entorno en el que se desarrolla el niño, puede mejorar o empeorar la sintomatología del trastorno. Así pues, según Santurde y del Barrio (2014), serían factores de riesgo: las relaciones frías o conflictivas, estilos de comunicación parental autoritarios, castigos físicos o la ausencia de disciplina familiar. Por el contrario, actuarían como factores protectores una buena salud mental por parte de los padres, especialmente de

la madre, las relaciones afectivas de escucha y tolerancia, la presencia de límites adecuados, la validación de los estados emocionales de los hijos o contar con apoyo familiar (Hinojosa et al., 2012; Theule et al., 2013; Schei et al., 2015).

Podemos concluir indicando que el TDAH afecta negativamente a la relación padre-hijo, afectando la armonía familiar. Al respecto, es interesante destacar el estudio de Uddin et al. (2020) que muestra cómo estar expuesto a experiencias infantiles adversas tiene consecuencias nocivas para la salud y el bienestar de los niños y cómo el estrés de los padres o la resiliencia de los padres puede mediar en la salud mental de los niños o en la sintomatología TDAH. Los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos de Balistreri y Alvira-Hammond (2016) que encontraron para una muestra de jóvenes entre 12 y 17 años con experiencias adversas, cómo un buen funcionamiento familiar era un factor mediador que influía de forma inversa sobre los efectos adversos de esas experiencias negativas.

1.8. Tipos de intervención para el TDAH

Dos formas de intervención principal basadas en la evidencia empírica se recogen hasta la fecha para tratar a los niños con TDAH: el tratamiento farmacológico y tratamientos psicosociales (Van der Oord et al., 2012).

Las guías internacionales (APA, 2013; Wolraich et al., 2019; NCCM, 2009) aconsejan que el tratamiento farmacológico forme parte de un programa de tratamiento más completo que incluya la intervención psicosocial combinada (técnicas de modificación de la conducta, entrenamiento de los padres, técnicas de autorregulación, entrenamiento en habilidades sociales o adaptaciones del proceso de enseñanza-aprendizaje) y esta recomendación está respaldada por

ensayos controlados aleatorios como el estudio Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA, 1999) y diferentes metanálisis (Van der Oord, Prins, Oosterlaan y Emmelkamp, 2008).

1.8.1. Tratamientos psicosociales

Se conoce poco acerca de los mecanismos que permiten que las intervenciones psicosociales sean efectivas. Dentro de ellas, se contempla la intervención en la mejora de las habilidades sociales (siendo este el enfoque central para mejorar el funcionamiento social según Mikami et al., 2014), la capacitación dirigida a los padres, enfoques cognitivo-conductuales más generales e intervenciones en el aula para mejorar la inclusión entre iguales (Battagliese et al., 2015; Gardner et al., 2019; Mikami et al., 2013).

Respecto a la eficacia de las intervenciones psicosociales para mejorar las dificultades de los niños con TDAH en el ámbito social que persisten hasta la adolescencia, el metanálisis de Morris et al. (2021) concluye indicando que hay poca evidencia que muestre que las intervenciones actuales pueden mejorar el funcionamiento social de los niños y adolescentes con TDAH. La crítica habitual a estos programas suele estar en la limitada conversión posterior del aprendizaje generalizado a las situaciones personales y específicas del día a día, siendo esto uno de los puntos importantes a tener en cuenta para el diseño de intervenciones efectivas (Aduen et al., 2018). El reciente metanálisis de Powell et al. (2022) centrado en estudiar la eficacia de la psicoeducación para mejorar las habilidades sociales de los jóvenes con TDAH, reveló que hay una mejora significativa en las relaciones sociales, si bien, el tamaño del efecto es pequeño. En lo referido a que sean los padres quienes reciban la formación en el manejo de la conducta, se considera ésta, la intervención psicosocial más eficaz (Taren

et al., 2017) especialmente cuando los niños son pequeños y las intervenciones están ajustadas al nivel del niño y orientadas a los problemas concretos que cada familia presenta. Capacitar a los padres en la comprensión de cómo se manifiesta el TDAH en la vida de sus hijos, proporcionaría a los progenitores una mejora de su confianza en la crianza, y facilitaría el desarrollo de capacidades y técnicas a través de las cuáles modificar la conducta de sus hijos, disminuyendo las conductas desadaptativas y favoreciendo la adaptación social (Rimestad et al., 2019). Dicha eficacia está respaldada por varios metanálisis (I et al., 2009; Lee et al., 2012; Rimestad et al., 2019).

En el metanálisis de Leijten et al. (2019), se determina que los programas para padres que incluyen refuerzo positivo, elogios, uso de las consecuencias lógicas o naturales, habilidades de comunicación emocional, tiempo fuera y tiempo de práctica en casa (Kaminski et al., 2008) provocan efectos mayores que aquellos programas centrados en la promoción de habilidades cognitivas, académicas y sociales, reducción del estrés y de la ira y estrategias enfocadas en la solución de problemas (Kaminski et al., 2008). La revisión sistemática realizada por Dahl et al. (2020) sobre las intervenciones psicoeducativas para padres y profesores de niños con TDAH, concluyeron que la psicoeducación puede conducir a mejorar los síntomas del TDAH y su comportamiento, por lo que averiguar qué técnicas pueden ayudar a mejorar o reducir su eficacia, es clave (DuPaul et al., 2020).

El metanálisis realizado por Hornstra et al. (2022) enfocado en averiguar qué técnicas específicas son esenciales en los programas de formación conductual de padres y profesores para niños con TDAH, se indica que aquellos programas que ofrecen más sesiones dedicadas a la psicoeducación de los padres informándoles sobre el TDAH, produce efectos más pequeños sobre la mejora

del comportamiento y sintomatología de los hijos con TDAH, que aquellos programas con menos sesiones. Esto podría deberse a que más tiempo para la psicoeducación, resta tiempo de práctica para los padres y sus hijos, además, de que quizá, haber aprendido más sobre el trastorno pudiera influir en que los padres realicen una estimación más severa del comportamiento de los hijos. Respecto a las intervenciones conductuales en el aula, también hay estudios que indican que las intervenciones breves, ofrecen mejores resultados que las intervenciones más largas, posiblemente por la falta de fidelidad de la implementación, como apuntan los autores (Veenman, Luman y Oosterlaan, 2018).

Sin embargo, en este mismo metanálisis se indica que utilizar más sesiones en los programas de intervención para enseñar a los padres a utilizar mejor las consecuencias de los comportamientos no deseados, mejora la conducta de los hijos. Este hallazgo está en consonancia con lo recogido por Leijten et al. (2019). Al respecto, no es conveniente extraer conclusiones de esto de forma aislada, ya que es posible que esta técnica del uso de las consecuencias solo sea efectiva tras dosis altas de refuerzo positivo (Caldarella et al., 2019).

Respecto a la elección de formato grupal o individual de estos programas psicosociales, la literatura científica indica que no hay suficiente información para definir qué es lo más eficaz, ya que el formato grupal puede ser ventajoso para los padres porque permite aprender los unos de los otros (Daley et al., 2018), mientras que el formato individual permite trabajar más específicamente la problemática concreta de ese núcleo familiar. Además, el vínculo que se establece con el terapeuta puede ayudar a disminuir el abandono y mejorar la adherencia al tratamiento. Según un estudio de Wymbs et al. (2016) en el que

se preguntó a 445 padres sobre el formato preferido de su elección, se determinó que los padres preferían el entrenamiento individual, por encima del grupal.

Respecto a qué modelos de psicoterapia resultan más eficaces para la intervención TDAH, la guía GPC (2017) investigó las terapias conductuales, cognitivo-conductuales y sistémicas:

- La terapia conductual, se basa en el uso contingente de reforzadores y castigos. En las familias con TDAH, se trabajaría el establecimiento de normas y límites, el entrenamiento en hábitos y conductas positivas y modificación de conductas disruptivas (Ramírez, 2015).
- La terapia cognitivo-conductual, trabaja el rol que damos a los pensamientos, los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas. Es la terapia psicológica más utilizada para reducir la sintomatología TDAH y utiliza autoinstrucciones, técnicas de auto-control, de inhibición de respuestas y métodos de resolución de problemas (Orjales, 2007).
- En las terapias sistémicas, los síntomas del paciente son entendidos como el resultado de una disfunción en la estructura y comunicación intrafamiliar (Bados, 2008). La solución implicará cambios en el sistema y no solo el cambio de conductas problemáticas. Pone en valor el papel de los padres como agentes de cambio y utiliza “tareas para casa” que faciliten interacciones positivas y cambios en los procesos de comunicación, con el objetivo de comprender a la persona en el contexto del sistema al que pertenece (GPC, 2017).

De todas ellas, la terapia cognitivo-conductual parece más eficaz que otras psicoterapias, recomendándose ésta como primera opción a utilizar para las personas con TDAH (Virta et al., 2010; Safren et al., 2010; GPC, 2017). No obstante, es recomendable considerar que el coste de dichas intervenciones, puede suponer un impedimento para muchas familias (Jensen et al., 2005; Luthy et al., 2015).

Otra forma de abordar el TDAH ha sido la práctica de ejercicio físico. Un estudio de Seiffer et al. (2022) señaló que la actividad física de intensidad moderada se podría utilizar como terapia alternativa para el TDAH.

El metanálisis realizado por Sun, Yu y Zhou (2022) sobre los efectos de la intervención del ejercicio físico en la sintomatología, las habilidades motoras y función ejecutiva en niños con TDAH reveló que el ejercicio físico tiene un efecto significativo en la motricidad y función ejecutiva de los niños con TDAH (Liang et al., 2021; Vysniauske et al., 2020). En concreto, parece que la actividad física intensa durante 70 minutos, dos veces por semana y entre 12 y 14 semanas, resulta beneficiosa para mejorar la función ejecutiva en niños con TDAH.

Estos hallazgos también indican que la actividad física podría mejorar los síntomas relacionados con el TDAH especialmente los síntomas de falta de atención y las habilidades motoras. Los resultados de este metanálisis no recogieron efectos significativos sobre la hiperactividad, depresión o problemas sociales. Será necesaria mayor investigación con muestras más amplias contemplando diferentes formas de ejercicio físico en la intervención para averiguar de una forma más sólida, los efectos de la práctica del ejercicio físico para la sintomatología de inatención e hiperactividad en los niños con TDAH.

1.8.2. Tratamiento farmacológico

En lo referido al tratamiento farmacológico, éste pretende actuar sobre la inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina y la liberación presináptica (Hechtman, 2019). El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 1997) realizó un estudio de tratamiento multimodal que ha marcado un hito histórico en el tratamiento del TDAH, siendo el mayor estudio longitudinal realizado hasta ahora y conocido bajo las siglas "MTA" (Multimodal Treatment Study of ADHD, 2004). Su objetivo fue evaluar las distintas opciones de intervención para el TDAH existentes en ese momento, agrupando una muestra de 579 niños, de entre 7 y 10 años, con comorbilidades asociadas al TDAH (trastorno de conducta, oposicionista-desafiante y trastorno de ansiedad) y procedentes de distintos entornos (escuelas, consultas clínicas y centros de salud mental) de forma randomizada en cuatro grupos: un grupo con intervención farmacológica (Metilfenidato de liberación inmediata), un segundo grupo con intervención psicosocial conductual, un tercer grupo con intervención combinada (farmacológica y psicosocial) y un cuarto grupo que haría las funciones de control y recibiría el tratamiento habitual en la comunidad.

Se realizaron distintas evaluaciones de seguimiento en distintos momentos del tiempo: 14 meses, 24 meses, 36 meses y tras 6 y 8 años después. Los autores Martínez-Nuñez y Quintero (2019) elaboraron una actualización de este estudio revisando las evidencias clínicas existentes acerca de los resultados del MTA, desde los años 90 hasta ahora. Como conclusión y tras el estudio de los resultados de este extenso estudio longitudinal, los autores señalaron que, a partir de los dos años, no se puede destacar la recomendación del uso farmacológico por encima del resto de intervenciones.

El estudio MTA también es un estudio de la seguridad y efectos adversos del metilfenidato, que podría tener como resultado un asumible impacto en la talla, teniendo en cuenta otros riesgos adversos al TDAH (Martínez-Nuñez y Quintero, 2019).

Respecto a la eficacia de la medicación a corto plazo, podemos apoyarnos en la investigación publicada por Cortese et al. (2018), que tras el estudio de 133 casos entre niños y jóvenes, con grupo de control doble ciego, señala que el metilfenidato es el medicamento más eficaz, seguro y mejor tolerado por los pacientes con TDAH a corto plazo, aunque en general, las publicaciones sobre seguridad farmacológica no proporcionan evidencia concluyente sobre los efectos adversos referidos al crecimiento y riesgos cardíacos y cerebrovasculares (GPC, 2017).

Respecto a la eficacia a largo plazo de la medicación, esta guía de práctica clínica (GPC, 2017) también se pronuncia, resaltando que no está claro si los efectos beneficiosos atribuidos a la medicación persisten al largo plazo (Cortese et al., 2013), incluso señalando que no hay acuerdo sobre lo que se entiende por largo plazo. Analizando los estudios que existen al respecto, se considera “largo plazo” a un seguimiento de la muestra de al menos 4 años. Al respecto, el único estudio encontrado que compara distintas estrategias de intervención, es el estudio MTA (1999) comentado anteriormente y que a partir de los 36 meses y hasta los 8 años no encuentra diferencias significativas entre ninguno de los grupos elegidos.

La revisión realizada por Krinzinger et al. (2019) de sesenta y cuatro publicaciones entre 1971 y 2018 para estudiar los posibles efectos neuropsiquiátricos adversos del tratamiento con metilfenidato (la medicación para el TDAH más común) a largo plazo refiriéndose éste al período mínimo de

un año, sugiere que existe alguna evidencia sobre riesgo elevado de psicosis y tics, que remiten tras la interrupción del tratamiento. También sugiere precaución en grupos específicos, incluidos niños en edad preescolar, aquellos con tics y adolescentes en riesgo de abuso de sustancias.

Estos autores concluyen identificando la necesidad de realizar más estudios que utilicen bases de datos longitudinales grandes, se centren en resultados neuropsiquiátricos específicos y comparen los resultados del tratamiento a largo plazo del metilfenidato con los resultados después de una intervención farmacológica más breve o nula.

1.8.3. Recomendaciones publicadas por las guías de práctica clínica

Si nos apoyamos en la Guía de Práctica Clínica en el SNS (2017) que resume las recomendaciones emitidas por otras guías en cuanto a los tratamientos farmacológicos y psicosociales por edad, se aconseja que para niños de entre 4-5 años, el tratamiento de elección debe ser el conductual. Entre los 6 y 18 años, se recomienda preferiblemente la combinación del tratamiento farmacológico (por orden de prioridad: medicación estimulante (metilfenidato), atomoxetina, guanfacina de liberación prolongada y clonidina) y terapia conductual, ajustando las dosis para lograr el máximo beneficio con mínimos efectos secundarios.

La guía NICE (2009, 2018) recomienda que, para los niños en edad preescolar, son los padres madres o cuidadores los que deben asistir a programas educativos o de entrenamiento, sin que los niños reciban tratamiento farmacológico. Añade que, para el caso de niños/as y jóvenes en edad escolar, sea el tratamiento psicológico la primera opción, dejando la medicación para

aquellos niños/as con afectación moderada y hayan rechazado el tratamiento no farmacológico.

Para aquellos niños y jóvenes de afectación grave, la elección debe ser la farmacológica (metilfenidato y atomoxetina como primera elección) y, además, ofrecer un programa de entrenamiento a los padres o madres. En el caso de que este tratamiento sea rechazado, se ofrecerá la intervención psicosocial como segunda opción, advirtiendo de que el beneficio esperado será el menor.

Para las personas adultas con TDAH moderado o grave, el tratamiento de elección recomendado será el farmacológico con metilfenidato.

Estas recomendaciones están en línea con las ofrecidas por la Asociación Británica de Psicofarmacología (BAP) y el ICSI (Institute for clinical System Improvement) que además recomiendan incluir un seguimiento cardiovascular, especialmente para aquellos pacientes que pudieran estar afectados por anomalías cardíacas, debido a los posibles efectos adversos asociados sobre todo a la atomoxetina (agitación, irritabilidad, ideas suicidas, auto-lesiones, toxicidad hepática).

Hemos visto que tanto las intervenciones farmacológicas como las intervenciones psicológicas, son las más populares entre la población con TDAH. Sin embargo, las dos tienen limitaciones para poder generalizar su uso. En el caso del tratamiento farmacológico, el riesgo por no adherencia al tratamiento es mayor durante la etapa de adolescencia (Parkin, Nicholas y Hayden, 2022), estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la respuesta a la medicación puede disminuir durante tratamientos de mayor duración en un alto porcentaje de pacientes (Handelman y Sumiya, 2022), evidencia limitada e inconsistente para mantener la medicación más allá de los dos años (Carucci et al., 2021), o efectos secundarios asociados a la medicación, como pérdida de

apetito, efectos adversos sobre el peso o la altura, irritabilidad y tics motores, entre otros (Carucci et al., 2021; Greydanus, Cates, y Sadigh, 2019). Además, mientras que la medicación trabaja los síntomas principales del TDAH, su intervención respecto a provocar cambios positivos en la regulación emocional es más limitada (al Ghriwati et al., 2017).

Atendiendo a todo lo anterior, resulta interesante estimular y fomentar la búsqueda de nuevas alternativas o componentes de intervención. Los tratamientos basados en mindfulness han comenzado a ser incluidos por la comunidad clínica durante las últimas décadas. Como veremos a continuación, las intervenciones basadas en mindfulness promueven un enfoque integrador de atención a la salud y promoción del bienestar, enfatizando la importancia de enseñar habilidades funcionales para autorregular la atención y la reactividad emocional (Cairncross y Miller, 2020).

Debido al interés creciente sobre cómo los programas mindfulness pueden ser una terapia alternativa para una variedad de trastornos psicológicos distintos, se han diseñado distintos protocolos basados en mindfulness. En los apartados siguientes, se mostrarán tanto las evidencias recogidas hasta el momento sobre la eficacia de las intervenciones mindfulness, como el programa MYmind (Bögels et al., 2008), creado específicamente para la intervención de niños con TDAH.



CAPÍTULO 2

MINDFULNESS

CAPÍTULO 2: MINDFULNESS

2.1. El concepto “Mindfulness”

El término Mindfulness es el que se ha utilizado para recoger el significado de la palabra *sati* (palabra del idioma pali, lengua en la que se redactaron los primeros textos budistas), y aunque no existe un consenso en cuanto a su definición exacta en español, la atención plena o mindfulness se ha descrito como un estado de conciencia en el que hay una mayor atención a la experiencia momento a momento (Brown y Ryan, 2003). Significa poner atención en aquello que ocurre en el presente con apertura y aceptación (Germer et al., 2005) y vivir esa experiencia, dándote cuenta de que la estás viviendo, esto es, con conciencia o atención plena.

Según Bishop et al. (2010), el concepto mindfulness estaría formado por dos dimensiones:

- 1) La autorregulación de la atención: esto es, estar centrado en el momento presente, en el que además de darte cuenta de tu propia respiración, también reconoces lo que ocurre a tu alrededor y su interrelación contigo, esto es, de tus pensamientos, emociones, sonidos, sensaciones corporales.
- 2) La orientación hacia la propia experiencia: observando lo que ocurre con curiosidad, apertura y aceptación. Esto es, observar la realidad sin suposiciones, sin filtros cognitivos. Es importante resaltar la cualidad de esa observación como curiosa y sin juicios. De esta forma, la persona es

capaz de sostener los estímulos internos y externos, tal y como se presentan, sin la voz enjuiciadora de su crítico interno.

Es un concepto complejo y heterogéneo, tal y como muestran Alvear, Soler y Cebolla (2022) los cuáles, a través de un estudio cualitativo a una muestra de 323 practicantes, tratan de averiguar qué significaba el término mindfulness para estos meditadores, contrastando similitudes y diferencias con las aportaciones realizadas por la ciencia y la tradición. La mayoría lo definió como atención, conciencia, actitud sin juicio o no evaluativa, un estado psicoafectivo-espiritual o relacionado con el desarrollo personal.

2.2. Mindfulness como “rasgo” y/o “estado”

De acuerdo con Williams (2010) podemos entender que existen dos “modos” de estar en el mundo, y atender a la experiencia: el modo de “hacer” y el modo “ser”:

- Por “modo hacer” se entiende el modo en el que la mente funciona analizando lo que ha pasado en el pasado y lo que cree que pasará en el futuro, con la intención de conseguir que sucedan aquellas cosas que entendemos necesitar para ser felices y a la vez (esto generará sentimientos y pensamientos de apego), trabajar en evitar que sucedan aquellas cosas que entendemos nos harán infelices (esto generará sentimientos y pensamientos de rechazo).
- El modo “Ser” es aquel en el que no existe una expectativa o meta concreta y la realidad no necesita ser diferente de la que es, aceptándose desde la apertura y permitiendo que los fenómenos que aparecen en el presente acontezcan tal y como devengue la experiencia. La práctica de mindfulness permitirá ir pasando de forma voluntaria y consciente desde el modo hacer al modo ser (García-Campayo y Demarzo, 2018) produciendo un incremento de

cualidades positivas como la conciencia, la compasión y la ecuanimidad (Baer et al., 2016).

Por otro lado, hay otra distinción interesante sobre cómo entender mindfulness. Los autores Kiken et al. (2015) y Wheeler et al. (2016), indicaron que mindfulness es una cualidad de la mente que puede aparecer en forma de rasgo o en forma de estado. Así pues, nos referimos a mindfulness “estado” como la capacidad de mantener la atención en un objeto concreto, de forma intencionada. Por el contrario, nos referimos a Mindfulness “rasgo”, cuando esa capacidad se convierte en una tendencia estable en el tiempo y sin juicio. Los estudios de distintos metanálisis llevados a cabo por Tomlinson et al. (2018) encontraron una clara asociación entre el estado “rasgo mindfulness” y el bienestar psicológico. Además, Shapiro et al. (2011) añaden a lo anterior que las personas con mayor mindfulness como rasgo, presentan además de mayor bienestar, menor estrés percibido y atributos como empatía y esperanza superiores que aquellos individuos con menor mindfulness rasgo.

Muchos teóricos han situado el concepto de mindfulness cercano a un rasgo de personalidad. El metanálisis realizado por Giluk (2009) demostró que los rasgos con los que más correlaciona mindfulness son neuroticismo (inestabilidad emocional) de forma inversamente proporcional y con responsabilidad de forma directa, de forma que, a mayores niveles de mindfulness, menores niveles de neuroticismo y mayores niveles de responsabilidad. La correlación con el afecto, la afabilidad, la empatía y preocupación por los otros, fue directa y moderada.

La revisión realizada por Crescentini y Capurso (2015) también aportó datos sobre la posibilidad de que un entrenamiento mindfulness pueda influir en el desarrollo de la personalidad. El objetivo de esta investigación fue revisar los resultados de los estudios que analizan la relación entre mindfulness y

personalidad, respecto al autoconcepto o perspectiva del yo, concluyendo que entrenar en un programa mindfulness aspectos como el sentido de la personalidad, la autenticidad, la compasión y la autoaceptación, puede moldear la personalidad de los individuos orientándolos hacia un sentido del “yo”, más coherente y saludable. El metanálisis llevado a cabo por Tran et al. (2022) de 146 estudios controlados y aleatorizados (en adelante ECA), aporta además, que la práctica de mindfulness podría ser un mediador del cambio percibido en las intervenciones basadas en mindfulness.

Otros estudios como el metanálisis realizado por Verhaeghen (2020), evidencian una correlación entre mindfulness rasgo y el rendimiento de la atención. Sus hallazgos revelaron que las personas con experiencia en meditación ven mejorado su proceso ejecutivo atencional, a través de las mejoras que se producirían en el componente rasgo mindfulness, de forma que, a mayores niveles de este rasgo, mayor sería la atención.

2.3. La práctica de la meditación

Según Dahl et al. (2015), podemos hablar de tres grandes grupos de prácticas meditativas:

2.3.1. Prácticas atencionales

Fortalecen la autorregulación de diversos procesos atencionales. Su propósito es desarrollar la metacognición, es decir, una función cognitiva superior que permite ser consciente de que estás siendo consciente. Esto es, “no eres la experiencia que estás viviendo”, sino “quién” observa esta experiencia. Esto permite observar lo que está siendo atendido, desde la distancia, con apertura y además pudiendo re-dirigir la atención hacia un objetivo concreto.

En estas prácticas atencionales, el proceso de metacognición estaría dividido en (Hasenkamp et al., 2012):

1) Atención focalizada: esto es, elegir un único objeto y concentrarse de forma unidireccional en él, por ejemplo, en la respiración. Los distintos puntos de anclaje elegidos donde descansar la atención, determinarán distintas prácticas atencionales y objetivos.

2) Monitorización abierta: en estas prácticas la atención no se enfoca en un objeto concreto, sino que se invita a expandir la atención para que el practicante experimente el darse cuenta de las sensaciones, pensamientos o emociones que se van desarrollando en el momento de la práctica meditativa.

Esta monitorización puede ser:

- Monitorización abierta orientada a objetos: dirigir la atención a los pensamientos, percepciones y sensaciones que aparecen en la conciencia.
- Monitorización orientada a la persona: reconocimiento sostenido de la calidad de la atención que desarrolla la persona. Un ejemplo de estas prácticas sería el escáner corporal y la observación sin juicios del contenido mental.

Las meditaciones centradas en los procesos atencionales son las que se practican en un entrenamiento mindfulness por lo que por este motivo apuntaremos también en este apartado, los efectos de este tipo de meditación.

Los estudios revisados por Chiesa et al. (2011) sugirieron que las primeras fases de un entrenamiento mindfulness que están más relacionadas con el desarrollo de la atención focalizada, podrían estar asociadas con mejoras significativas en la atención selectiva y ejecutiva. Las siguientes fases del entrenamiento que se

caracterizan por estar atento/a a los estímulos internos y externos, podrían estar asociadas a mejoras en la habilidad de mantener la atención sostenida desenfocada (monitorización abierta). Además, las prácticas mindfulness podrían mejorar la capacidad de la memoria de trabajo y algunas funciones ejecutivas.

Estudios como los realizados por Tsai y Chou (2016) revelaron que la atención focalizada, mejora el control ejecutivo y que la monitorización abierta, además, desarrolla una mejor orientación atencional. El estudio de Colzato y et al. (2016) apunta que la atención focalizada orienta hacia la persistencia en la tarea que se está realizando, mientras que la monitorización abierta, aumenta la flexibilidad cognitiva.

Por su parte, en 2017 se realizó un metanálisis para identificar la respuesta de ambas meditaciones al estrés. Los resultados indicaron que ambas meditaciones redujeron la tensión arterial, y en concreto las prácticas de atención focalizada redujeron el cortisol y las prácticas de monitorización abierta, la frecuencia cardíaca (Pascoe et al., 2017). En el metanálisis de Paul Verhaeghen (2020) se observó que solo las prácticas de atención focalizada produjeron efectos significativos en el rendimiento de la atención.

2.3.2. Prácticas constructivas

Mediante estas prácticas se pretenden desarrollar estados cognitivos más adaptativos para la persona con los que sentir una mayor sensación de bienestar. Su propósito es modificar el contenido de los pensamientos y de las emociones, no solo observarlos. Esto se lleva a cabo a través de dos procesos cognitivos:

- 1) La reevaluación cognitiva: estrategia de regulación emocional que permite cambiar la forma en la que habitualmente pensamos sobre una

situación, modificando la respuesta. Se relaciona con el córtex prefrontal ventrolateral, córtex dorsolateral, córtex dorsomedial y córtex parietal superior.

2) La toma de perspectiva: mediante este proceso se intenta que una persona analice cómo se sentiría ella misma u otra persona si estuviera viviendo esa situación. Esta técnica es útil para disminuir los prejuicios sociales y el tratamiento de las psicopatías.

Se considera que existen tres grandes grupos de prácticas dentro de este tipo de meditaciones:

- Orientada a las relaciones: para cultivar cualidades hacia el propio individuo como la paciencia o la ecuanimidad y también atributos a favor de la relación con los demás, como la bondad y la compasión.
- Orientada a los valores: reestructurando valores y restableciendo prioridades que permitan identificar el propósito o sentido de vida.
- Orientada a la percepción: modificaría hábitos perceptivos habituales para inducir cambios en los procesos cognitivos implícitos.

2.3.3. Prácticas deconstructivas

Su objetivo no es solo mejorar la metacognición como en las prácticas atencionales sino obtener un autoconocimiento de la experiencia y de cómo funciona la conciencia con el fin de eliminar patrones cognitivos disfuncionales. Este proceso se realiza mediante el autocuestionamiento, que a su vez llevará al autoconocimiento. El autocuestionamiento permite analizar la experiencia, explorando los procesos que tienen que ver con el yo y que generan creencias

que se sienten como verdaderas, para posteriormente cuestionar la consistencia lógica de esas creencias, y llegar al autoconocimiento.

Como indican los autores (García-Campayo y Demarzo, 2018) en este tipo de prácticas se suele escoger una emoción/sensación, dividirla en partes y darse cuenta de cómo los pensamientos, sentimientos y sensaciones que componen esa sensación, están cambiando continuamente. El autocuestionamiento llevaría al autoconocimiento como un cambio en la conciencia que consiste en darse cuenta de una sensación, emoción o pensamiento de la que no se era consciente con anterioridad.

2.4. Modelos de eficacia mindfulness: mecanismos de acción

Averiguar y entender qué hace que un entrenamiento mindfulness provoque cambios significativos en la persona que lo recibe, es desde hace años, un ámbito científico de interés. Poder conocer cuáles son estos mecanismos de acción, ayudaría a crear prácticas más adaptadas a las características individuales de cada persona teniendo en cuenta los distintos estados de salud que pueden atravesar y la enseñanza sería más completa. Una de las primeras propuestas fue la desarrollada por Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman (2006) identificando que los principios según los cuáles la práctica de mindfulness se desarrolla y es eficaz son la intención, la atención y la actitud. Más adelante, Hölzel et al. (2011) sugirieron una propuesta de mecanismos de acción que se combinan entre ellos con distinta intensidad, cuando se realiza la práctica de mindfulness. Son los siguientes:

- 1) Regulación de la atención

Consiste en centrar la atención en un solo objeto como, por ejemplo, la respiración. Cada vez que la mente se distrae, se invita al practicante a volver amablemente a su respiración evitando la rumiación o la evolución de esos pensamientos, emociones o sensaciones. La distracción y la recuperación de la atención, es lo que fortalece la capacidad de redireccionamiento. Mantener la atención en el objeto evitando la distracción, se conoce como atención ejecutiva y es una de las tres redes atencionales de Posner y Peterson (1990).

La investigación indica que es la corteza cingulada anterior quien permite la atención ejecutiva (van Veen y Carter, 2002) al detectar la presencia de conflictos que surgen en el proceso de la información. Durante la meditación, cuando los pensamientos, emociones y/o sensaciones distraen al meditador del objeto de su atención, la activación de la corteza cingulada, puede contribuir al mantenimiento de la atención, alertando a los sistemas que regulan la atención para resolver esa distracción (van Veen y Carter, 2002). Distintos estudios neurocientíficos informan de cómo la práctica de la meditación puede mejorar la activación de la corteza cingulada y por tanto de la atención ejecutiva (Cahn y Polich, 2006; Hölzel et al., 2007). A través de resonancias magnéticas se ha evidenciado que la práctica meditativa favorece el aumento del grosor cortical en la corteza cingulada en meditadores experimentados versus no meditadores (Grant et al., 2010).

Fortalecer la regulación de la atención y el desempeño de la atención ejecutiva podría ser una práctica prometedora para los trastornos de atención (Passarotti et al., 2010) y para el trastorno bipolar (Fountoulakis et al., 2008). La regulación de la atención, se desarrolla en las primeras prácticas de un entrenamiento mindfulness para evitar que la mente se disperse y mantenerse conectado al momento presente (Lutz et al., 2008; Malinowski, 2013).

2) La conciencia corporal

Es la capacidad de notar sensaciones corporales sutiles (Mehling et al., 2009). Según los estudios, una mayor capacidad de prestar atención a las sensaciones corporales favorece una mayor conciencia corporal y esta, una mayor conciencia de uno mismo y de las emociones propias (Hölzel et al, 2011). También se indica que esta mayor conciencia de uno mismo facilitará posteriormente respuestas empáticas (Dekeyser et al., 2008). Los autores Carmody et al. (2009) hallaron una conexión entre la conciencia corporal y la no reactividad. La atención se centra en la experiencia sensorial de la respiración, emociones y otras sensaciones corporales. Las áreas cerebrales relacionadas son la ínsula y la unión temporoparietal, regiones centrales para la toma de decisiones, procesamiento emocional y atención. La práctica meditativa produciría cambios en dichas áreas (Farb et al., 2007).

3) Regulación de las emociones:

La regulación de la atención es una estrategia de regulación emocional (Naragon-Gainey et al., 2017). Se refiere a la alteración de las respuestas emocionales a través de la acción de procesos regulatorios (Ochsner y Gross, 2005). Se puede llevar a cabo:

- A través de la reevaluación: forma en la que la emoción se regula durante la práctica de mindfulness. Esto se denominó por Garnald et al. (2011) como reevaluación positiva, es decir, el proceso por el cual, procesos estresantes pueden ser experimentados como beneficiosos. Según Garland et al. (2011), la práctica de mindfulness conduce a mejoras en la reevaluación y esto conduce a disminuir el estrés. Esto también se ve reflejado con una mejora de la activación en las regiones del cerebro que sostienen esta regulación emocional (Modinos et al., 2010; Ochsner y Gross, 2008; Wager et al., 2008).

- A través de la exposición, extinción y reconsolidación: durante la práctica meditativa, el meditador atiende la experiencia que surge en ese momento dejándose afectar por la experiencia sin reaccionar de forma reactiva, esto es, aceptando las sensaciones y emociones desagradables como el miedo, ira, frustración. Esto podría mejorar la capacidad de enfrentamiento a estos estados a través de la mejora en las habilidades de regulación de la emoción, favoreciendo una respuesta emocional y conductual más adaptativa (Wadlinger y Isaacowitz, 2011).

Las áreas relacionadas con este mecanismo son la amígdala, el córtex prefrontal ventro-medial y el hipocampo.

4) Cambio en la perspectiva del yo:

Consiste en aprender a poner distancia entre el “yo que experimenta” y el “yo que observa”. Atendiendo a Olendzki (2010), la desidentificación favorece experiencias menos aflictivas y “la libertad de experimentar una forma de ser más genuina”. Según Hölzel et al., (2011) al practicar mindfulness se observan todas las experiencias conforme van ocurriendo. Al observar de cerca el contenido mental, se comprende que todo está en constante cambio y que esto no es permanente. Observar sin prejuicios fomenta no identificarse con el contenido de los pensamientos, emociones...etc. Este fenómeno ha recibido diferentes nombres, “repercibir” o “descentrar” (Carmody et al.,2009; Fresco et al., 2007; Shapiro et al., 2006) y se describe como “la perspectiva del observador” (Kerr, Josyula y Littenberg, 2011). Las áreas cerebrales implicadas son la corteza parieto-frontal medial, corteza cingulada posterior, la ínsula y la unión temporal parietal. El cambio de perspectiva sobre uno mismo puede dar lugar a una reevaluación de las situaciones, es decir, volver a visitar la situación, pero desde

otra mirada, lo que puede mejorar el desarrollo de la regulación atencional y la conciencia corporal (Garland et al., 2011).

Cebolla et al. (2018) exploraron la relación entre los distintos mecanismos propuestos por Hölzel tanto en meditadores (n=363) como en no meditadores (n=284) con el objetivo de poder explicar patrones o definir una estructura de cómo se relacionan realmente los mecanismos entre sí, algo que Hölzel hipotetizó. Los resultados de esta investigación mostraron que, aunque meditadores y no meditadores presentaban una estructura similar, las relaciones entre los componentes sí era distinta en función de si había práctica meditativa o no. Esto podría explicar que la práctica de la meditación es clave para mejorar el control atencional, la conciencia corporal, la regulación y la no identificación.

En el grupo de meditadores se observó que la regulación de la atención podría ser el mecanismo base que afectara a la conciencia corporal, facilitara la reevaluación y la no reactividad. En el grupo de no meditadores, los resultados no estuvieron relacionados con la conciencia corporal, por tanto, podría decirse que la conciencia corporal es un proceso clave para entender las diferencias entre meditadores y no meditadores.

Como datos relevantes sobre este mecanismo “conciencia corporal” cabe citar que se observó como la conciencia corporal influyó positivamente en la no reactividad de las experiencias internas, siendo directamente proporcional al control atencional. En esta investigación de Cebolla et al. (2018) se sugiere que la conciencia corporal es un mecanismo específico en la práctica de mindfulness. Según Demarzo et al. (2014), mindfulness y conciencia corporal han sido sugeridos como mediadores en las respuestas cardiovasculares al estrés. La conciencia corporal se utilizará más tarde para hacer frente a situaciones dolorosas.

Otro dato importante de esta investigación fue mostrar que la no-identificación se ve afectada por la reevaluación y la no reactividad e indirectamente por la conciencia corporal y el control atencional. Como indican los autores Feliu-Soler et al. (2016) y Tran et al. (2014), el no-apego podría ser uno de los aspectos más destacados de mindfulness. El no apego podría ser la característica que subyace a los mecanismos planteados por Hölzel et al. (2011) ya que la práctica de mindfulness se hace desde esa desidentificación con la experiencia.

2.5. Evidencia científica general de las intervenciones basadas en Mindfulness

Enmarcadas dentro de las terapias de tercera generación, las intervenciones basadas en mindfulness, en adelante "MBI", han mostrado resultados prometedores (Cairncross y Miller, 2020). En la práctica clínica, el uso de mindfulness está dirigido a mejorar la "conciencia" de los patrones o registros mentales, emocionales y físicos que surgen en la vida diaria de las personas, esto es, aprendiendo a aceptar estos pensamientos y emociones sin intervenir en ellos, intentando vivir el proceso de forma sana (Baer, 2003; Cash y Whittingham, 2010).

Los entrenamientos MBI que cultivan el estado de atención plena, conducen a la comprensión y aceptación no reactiva de la experiencia (Kabat-Zinn, 1982; Segal, 2002). La práctica de la meditación correlaciona positivamente con la salud (reduciendo entre otros los marcadores fisiológicos del estrés) y el funcionamiento ejecutivo y negativamente con síntomas psicológicos (Geronimi et al., 2020; Keith et al., 2017; Tomlinson et al., 2018). También ha demostrado ser eficaz aumentando la regulación de la atención, el rendimiento en tareas de

funcionamiento ejecutivo, la mejora de los procesos cognitivos (Tang et al., 2007), la reducción de la impulsividad (Kozasa et al., 2012), así como la regulación de las emociones (Hölzel et al., 2011; Sibinga et al., 2016), lo que tiene un efecto favorable en la resolución de conflictos (Loo et al., 2007) al mejorar la intensidad emocional y reduciendo lo que se conoce como “mente errante” (Huguet et al., 2019; Tsai y Chou, 2016; Hylander et al., 2017). Influye a su vez en funciones corporales como la respiración, frecuencia cardíaca y la función inmunológica (Davidson et al., 2003; Hölzel et al., 2010; Lazar et al., 2005).

Se han diseñado diferentes MBI que muestran resultados significativos en múltiples trastornos como los trastornos de ansiedad (Strauss, Cavanagh, Oliver y Pettman 2014), ansiedad social (Norton et al., 2015), depresión (Kuyken et al., 2016), trastorno del estado de ánimo (Bueno et al, 2015) o por consumo de sustancias (Bowen et al., 2014), incluso para pacientes con trastorno bipolar (Chu et al., 2018; Lovas and Schuman-Olivier, 2018; Xuan et al., 2020). Será motivo de este trabajo mostrar la evidencia científica más relevante que se haya publicado acerca de la eficacia de mindfulness en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En el apartado de esta tesis dedicado a la comprensión del trastorno TDAH, hemos visto cómo distintos estudios neuropsicológicos coinciden en señalar que las personas con TDAH presentan un déficit en las funciones ejecutivas y diferencias estructurales en la amígdala y el hipocampo, lo que explicaría la falta de regulación emocional o alteraciones en el comportamiento, también asociadas a personas con TDAH. Tomando como referencia lo anterior, sería interesante presentar qué estudios científicos relevantes se han recogido hasta la fecha en jóvenes y adultos, mostrando su eficacia en la mejora de las

funciones ejecutivas (atención, memoria de trabajo, control de la inhibición, entre otras) y/o mejoras en el bienestar emocional, lo que nos invitaría a pensar que los programas mindfulness podrían ser útiles para la mejora de la sintomatología de personas con TDAH. Posteriormente en el apartado “Discusión” se comentará si tras el análisis empírico de los resultados de esta investigación, éstos difieren o son similares de aquellos estudios que se hayan realizado con personas con TDAH jóvenes y adultas, especialmente los referidos a población menor a 18 años, objeto de este trabajo.

En la investigación publicada por Goldberg, Riordan, Sun y Davidson (2022), realizaron una revisión sistemática de metanálisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) sobre intervenciones basadas en mindfulness (MBI). En los metaánalisis analizados se compararon distintas muestras (niños, adultos, adultos de avanzada edad, empleados, profesionales de la salud y estudiantes universitarios), el objeto de la intervención (dolor, condiciones de salud física y psíquica, peso, trastornos psiquiátricos, ansiedad, depresión, trastorno por abuso de sustancias...), el protocolo de intervención (MBCT, MBSR, distintos MBI, aplicaciones móviles) y la eficacia de la intervención (sobre el estrés, el sueño, el bienestar, mindfulness, psicología, afecciones psiquiátricas). Los resultados indicaron que los MBI fueron superiores a los controles pasivos con resultados significativos a favor de los MBI, para muestras realizadas con niños y adolescentes, profesionales de la salud/aprendices, empleados, estudiantes (es decir, estudiantes de postsecundaria o relacionados con la atención de la salud) y adultos. Los tamaños del efecto variaron desde resultados muy pequeños (en el caso de muestras con niños y adolescentes) a moderados (en el caso de estudios realizados con adultos, si bien se incluyeron pocos estudios). Respecto a los tipos de intervención o protocolos utilizados, los

resultados de los MBI fueron superiores sobre los controles pasivos en todos los tipos de MBI utilizados. En el período de seguimiento, la eficacia de los MBI también fue superior a la de los controles pasivos.

En relación a los controles activos y para el post, la significatividad a favor de los MBI fue más baja y los tamaños de efecto pequeños, en aquellos metanálisis realizados con adultos, niños, empleados y profesionales de la salud, sin embargo, difirieron respecto a los controles activos para los estudios realizados con estudiantes universitarios. Respecto a los problemas evaluados, los resultados fueron significativos a favor de los MBI para aquellos estudios sobre la eficacia respecto a los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias, el tabaquismo y la depresión, con tamaños del efecto pequeños. Sin embargo, no difirieron de los controles activos para la mejora de la ansiedad, condiciones físicas y psicológicas de pacientes con cáncer, condiciones de salud física, dolor o relacionadas con el peso/alimentación o ansiedad. Respecto a los tipos de intervención, los resultados fueron significativos a favor de los MBI respecto a los controles activos, para las intervenciones MBCT y varios MBI con tamaños del efecto que variaron de pequeño a moderado, pero no fueron superiores a los controles activos, en aquellos metanálisis que compararon las intervenciones realizadas con aplicación móvil, MBSR o metaánalisis que incluían MBSR, MBCT o una combinación de estos.

En el período de seguimiento, de manera similar a los controles pasivos, hubo menos estimaciones disponibles, siendo similares a las obtenidas en el post para controles activos, pero con una significatividad menor y tamaños del efecto más pequeños.

A modo de conclusión, los autores Goldberg, Riordan, Sun y Davidson, (2022) indican que, por lo general, los MBI comparados con controles pasivos,

pueden ser prometedores para una gran variedad de muestras e intervenciones, mientras que, en el caso de controles activos, los MBI funcionarían a la par o incluso mejor con tamaños del efecto pequeños para la prevención de la recaída por depresión y dejar de fumar. En el caso de los tratamientos para la reducción de la ansiedad, los MBI podrían ser menos efectivos que terapias más específicas (Goldberg et al., 2018). No obstante, es importante considerar tanto el grado de heterogeneidad encontrado en los estudios (de moderado a alto) como el sesgo de publicación y el riesgo de sesgo (la mayoría de las medidas utilizadas en los análisis han sido autoinformadas) para evaluar la solidez de esta conclusión. Hará falta mayor investigación para aumentar el rigor del trabajo en estas áreas tanto para estudios primarios como en metanálisis (Pascoe et al., 2017; Treves et al., 2019)

Veamos a continuación, qué indican los estudios que analizan la eficacia de las intervenciones mindfulness para personas con TDAH.



CAPÍTULO 3

MINDFULNESS Y TDAH

CAPÍTULO 3: MINDFULNESS Y TDAH

3.1. Eficacia de los programas MBI para TDAH

En el apartado anterior veíamos que la investigación muestra evidencias de que los MBI son un tratamiento eficaz para la depresión, el estrés, la ansiedad y otros problemas psicológicos (Goldberg, Riordan, Sun y Davidson, 2022; Khoury et al., 2013), si bien aún no está claro si los MBI pueden mejorar el funcionamiento y aliviar la sintomatología de las personas con TDAH, debido a que los estudios son de baja calidad, bien por la falta de grupos de control, bajo número de participantes o por no utilizar muestras puras de TDAH.

Con el propósito de investigar los beneficios potenciales de las intervenciones basadas en mindfulness para personas diagnosticadas con TDAH, Cairncross y Miller (2020) realizaron un metanálisis de 11 estudios sobre el tamaño del efecto de las distintas publicaciones realizadas con niños/adolescentes o adultos con TDAH, sobre la mejora de la sintomatología TDAH. Los resultados aportan evidencia preliminar de la efectividad de los MBI para reducir la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad en personas diagnosticadas con TDAH, sin embargo, sugieren que debido a que el tamaño del efecto para la reducción de la sintomatología de inatención fue considerablemente mayor en los estudios con participantes adultos, los adultos con TDAH podrían beneficiarse más de los MBI que los niños con TDAH.

Los resultados anteriores son coherentes con los hallazgos de Oliva y et al. (2021) que, tras una revisión sistemática, un metanálisis y una meta-regresión de 31 artículos sobre la eficacia de los MBI en adultos y jóvenes con TDAH,

obtienen los mismos resultados y es que el tamaño del efecto sobre la sintomatología de la atención para personas con TDAH es mayor que sobre la hiperactividad/impulsividad, siendo mayores los efectos recogidos en los adultos que en los niños (Zhang et al., 2018). El análisis de los subgrupos y la meta-regresión añaden a los resultados obtenidos por Cairncross y Miller (2020) que los resultados significativos de los MBI lo son en aquellos estudios cuyos grupos de control son inactivos, de forma que el efecto de los MBI no superarían los resultados de una intervención psicosocial o del entrenamiento en habilidades sociales. Esta investigación destaca también que los MBI mejoran las habilidades “mindfulness” referidas a la atención plena, con un tamaño del efecto grande en aquellos estudios con grupos de control inactivos, y ningún efecto, para controles activos. En todos los estudios se recoge la mejora del funcionamiento global y la calidad de vida siendo de nuevo más efectivos en los controles inactivos que en los activos.

Respecto a la eficacia de los entrenamientos mindfulness en la mejora del funcionamiento ejecutivo, podemos tener en cuenta el metanálisis realizado por Im et al. (2021) cuya investigación se centró en analizar 25 estudios (n=1439) para analizar los posibles impactos de los MBI en cuatro dominios: atención, memoria de trabajo, memoria a largo plazo y función ejecutiva. La muestra utilizada recoge solo un porcentaje pequeño de muestra clínica (psicológica y médica) de entre 16% y 4% respectivamente, siendo solo el 3% referido a adultos con TDAH. Dada la heterogeneidad de los estudios en cuanto a muestra, edad, número de sesiones, duración, tipo de intervención, inclusión o no de grupo de control y estudio estadístico, realizaron una metarregresión que destacó evidencias tempranas en la mejora de las funciones ejecutivas, pero sin

resultados significativos para los dominios de atención, memoria de trabajo y memoria a largo plazo.

La eficacia de los entrenamientos mindfulness para la mejora de sintomatología emocional comórbida que acompaña al TDAH como la depresión, ansiedad y desregulación emocional, fue analizada a través de un metanálisis realizado por Guo, Assumpcao y Hu (2022) que revisaron la eficacia de intervenciones no farmacológicas como las terapias basadas en mindfulness, el entrenamiento a padres, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia dialéctica, terapia cognitiva-conductual, psicoeducación, neurofeedback, intervención del sueño, hipnoterapia y el deporte. En lo referido a Mindfulness, los efectos encontrados en el post variaron de moderados a grandes para los adultos con TDAH, pero solamente para la mejora de la ansiedad, estando en línea con los resultados del metanálisis realizado por López-Pinar (2020). Por el contrario, no se encontró ningún efecto significativo para el caso de los niños con TDAH, si bien solo se pudo valorar un estudio que cumplía con los requisitos de inclusión en el metanálisis (Huguet et al., 2019).

Como conclusión, podemos afirmar que existe evidencia sobre los beneficios de las intervenciones mindfulness para la mejora de la sintomatología TDAH, sobre todo para la sintomatología de inatención siendo mayores los efectos recogidos para adultos que para los niños y/o adolescentes. Estos tamaños del efecto pueden incluso llegar a perderse en presencia de controles activos, es decir, en general no habría diferencias notables entre la realización de un programa mindfulness y otro tipo de intervención. Será necesaria mayor investigación al respecto, aportando principalmente muestras más amplias (sobre todo en los análisis de resultados dirigidos a niños y/o adolescentes) y presencia de controles activos que reduzcan la alta heterogeneidad encontrada

en los estudios y amplíen información sobre el impacto de un entrenamiento mindfulness sobre otras variables afectadas por un diagnóstico TDAH, como cambios en el funcionamiento ejecutivo, en el comportamiento, rendimiento académico o en las relaciones con sus iguales.

3.2. El programa MYmind

El programa MYmind Training (Bögels et al., 2013) está basado en la validación empírica del programa mindfulness MBCT creado por Segal (2002). Recordemos brevemente los orígenes de los programas MBCT y MBSR, para facilitar la comprensión posterior del protocolo MYmind.

El programa MBCT "*Mindfulness-based cognitive therapy*" (Segal, Williams y Teasdale, 2002) combina ejercicios de meditación con la práctica de terapia cognitiva, lo que permite no identificarse con el pensamiento, emoción o sensación corporal que se esté habitando en ese instante y ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas en varios trastornos (Khoury et al., 2013). Su propósito es que los pacientes con depresión puedan evitar las recaídas que a causa de pensamientos rumiativos disfuncionales pueden reactivar el estado de depresión. Mantiene el 80% del contenido del protocolo MBSR y se ha utilizado en la intervención del trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad generalizado y el TDAH en adultos, hipocondría y dolor crónico, mostrando mejoras significativas, como se ha documentado anteriormente.

A su vez, el entrenamiento MBSR "*Mindfulness-based stress reduction*" (Kabat-Zinn, 1982), fue creado por Kabat-Zinn (1990) utilizándose mindfulness por primera vez como uso clínico, como una técnica de reducción del estrés y manejo del dolor complementaria al tratamiento de pacientes con dolor crónico que no

respondían bien a los tratamientos tradicionales. Este programa se centra en fomentar la conciencia en la mente y el cuerpo sin pretender arreglar, cambiar o analizar la experiencia que se está viviendo (Irving, Dobkin y Park 2009). Es decir, este programa no está dirigido a reducir los síntomas sino a modificar la experiencia en la que los eventos estresantes se están viviendo, de forma menos reactiva, con mayor aceptación y tolerancia de lo que se vive.

MYmind training (Bögels et al., 2013) es un programa MBI diseñado específicamente para niños con TDAH y sus padres. Es una intervención dedicada, dirigida a padres y niños con TDAH entre 9 y 18 años y hasta la fecha, es el protocolo que recoge mayor evidencia científica para este fin. Consta de ocho sesiones grupales de una hora y media para entre cuatro y seis niños (de 9 a 12 años), o entre seis y ocho adolescentes (de 13 a 18 años) con diagnóstico de TDAH, y paralelamente ocho sesiones grupales de una hora y media para sus padres (módulo *Mindful Parenting* que veremos a continuación), más una sesión de seguimiento 8 semanas después de finalizar el entrenamiento (Bögels y Restifo, 2013). Los primeros 30 minutos de las sesiones primera y quinta son compartidas entre padres e hijos. La última sesión del entrenamiento se realiza de forma conjunta en su totalidad. La estructura de estas sesiones será explicada en el apartado de Metodología de esta tesis.

El programa de intervención MYmind se imparte de forma paralela, recibiendo el entrenamiento tanto los niños como sus padres. Las sesiones de los padres siguen la estructura del programa Mindful Parenting (Bögels y Restifo, 2013), que se comentará más adelante.

Los objetivos principales del programa MYmind son:

- Mejorar la atención y la concentración, disminuir la impulsividad, la hiperactividad y las conductas disruptivas de los jóvenes con TDAH de entre 9 y 18 años.
- Ayudar a las familias a integrar mindfulness en su vida diaria como una forma de manejar los síntomas del TDAH, el estrés, las relaciones familiares y las emociones difíciles (Bögels et al., 2008).

El programa MYmind también ha sido adaptado para el entrenamiento de niños con autismo y sus padres, registrándose evidencias sobre la mejora de la comunicación social, el funcionamiento conductual y emocional (Ridderinkhof et al., 2018; Ridderinkhof et al., 2020), mejora de la calidad de vida y de los pensamientos rumiativos (de Bruin et al., 2015).

3.2.1. Prácticas meditativas contenidas en el programa MYmind

El protocolo MYmind, utiliza para su desarrollo e implementación, la realización de prácticas formales (centrar la atención en un punto de anclaje) e informales, es decir, aquello que sucede en el día a día y se presta para fijar en esa experiencia la atención.

Veamos a continuación las prácticas nucleares de este protocolo:

1. Práctica de la pasa: este ejercicio permite diferenciar a qué atendemos en un estado de conciencia habitual y qué ocurre cuando vivimos ese mismo evento, con atención plena. Muestra cómo la atención nos permite darnos cuenta de detalles, que anteriormente habían pasado inadvertidos y cómo ese conocimiento añadido, nos puede ayudar a modificar nuestra experiencia y a tomar mejores decisiones si lo extrapolamos a otros momentos de la vida. Permite tomar conciencia de la experiencia tal y como va aconteciendo,

utilizando los cinco sentidos. En el programa MYmind, esta práctica se realiza en la primera sesión y junto con los padres, y se utilizan patatas chips, en vez de una pasa.

2. Meditación sentada: esta práctica se realiza desde la primera sesión hasta la última en todas las sesiones tanto de niños como padres. También se utiliza como actividad práctica a realizar inter-sesión en la primera semana (dos minutos), en la cuarta semana (10 minutos). Es una práctica que se compone de varias partes. Veamos cada una de ellas:

- Mindfulness en la postura: permite fijar la atención en el momento presente a través de las sensaciones corporales que se van sintiendo gracias a la respiración y el mantenimiento de la postura. Con esta práctica se es consciente de la relación cuerpo, pensamiento y emoción. Facilita el tránsito desde el modo hacer hacia el modo ser, ya que en el momento en que comienza la meditación, se está practicando la intención de pasar a un estado de quietud. La postura corporal aporta también el correlato emocional, es decir, la postura de meditación conecta la mente con los atributos asignados a dicha postura: equilibrio, apertura, confianza.
- Mindfulness en la respiración: permite asentar a la persona en el momento presente a través de la respiración que es utilizada como un anclaje que facilita la calma y la estabilidad mental. Se pueden utilizar tres puntos de anclaje: fosas nasales, pecho y abdomen, como lugares en dónde sentir el movimiento de la respiración. Si en algún momento la mente se distrae, la práctica invita a reenfocar la atención de forma amable, sin juicios y dirigirla de nuevo hacia la respiración manejando la mente errante, fomentando la curiosidad y practicando la compasión.

- Mindfulness en las sensaciones corporales: Mediante esta práctica, se aprende a observar la respuesta corporal a las sensaciones agradables, desagradables o neutras. El propósito de esta práctica es mejorar la conciencia corporal conectando la mente y el cuerpo. Ante estímulos que provoquen el rechazo o la aversión, la práctica invita a permanecer en el estímulo sin la necesidad de hacer nada practicando la observación.

3. Mindfulness en los sonidos: se realiza en la cuarta semana, tanto para niños como para padres. En el caso de los niños, la práctica se adapta tratando de identificar los sonidos explícitos que realizan los instructores del programa, y es crucial para trabajar con los niños la conciencia en la distracción. En el caso de los padres, la práctica sigue la meditación diseñada por Williams et al. (2007) y es una invitación a trabajar las reacciones automáticas.

El objetivo de esta práctica es poder aprender a estar con lo que acontece, sin posibilidad de modificar lo que ocurra, ya que en los sonidos no se puede intervenir y nos permite recibir la experiencia tal y como es. A la vez, la práctica invita a tomar perspectiva desde el observador que se da cuenta de cómo su mente reacciona a la etiqueta que ha colocado a ese sonido.

4. Mindfulness en los pensamientos y en las emociones: en el programa MYmind, esta meditación se realiza de forma guiada por los instructores, en función del tema de la sesión. Facilita relacionarse con los pensamientos y emociones, desde otra perspectiva, desde el observador que permite no identificarse con el pensamiento o la emoción. Aprender a ver patrones repetitivos o antiguos y poder trabajar con ellos en cuanto aparecen para transformarlos.

5. Escáner corporal: A partir de la semana dos, tanto para niños como para padres, y adaptada en el caso de los niños realizando un escáner de contracción-

relajación de 10 minutos. Esta meditación se recomienda realizar diariamente y por la noche en el caso de los niños, en el cuaderno de trabajo intersesión. En esta meditación, cada parte del cuerpo es observada y sentida con atención plena a través de un recorrido corporal habitualmente de pies a cabeza. Entre otros aprendizajes se citan como relevantes: manejar la mente errante, al poner la atención en el momento presente (ante un pensamiento que nos distrae, volvemos amablemente a nuestra respiración); desarrollar la conciencia corporal, aprendiendo a dirigir la atención conforme se pasa de una parte del cuerpo a otra de forma intencionada y tomando conciencia de si las sensaciones corporales son agradables, desagradables o neutras; entrenar el músculo de la atención, cambiando la atención de un foco cerrado (una parte del cuerpo) a un foco abierto (sentir todo el cuerpo) y desarrollar la atención compasiva, porque todo el proceso se realiza desde el no-juicio y la aceptación amable.

6. Mindfulness en movimiento y meditación caminando: Desde la semana dos, a través de juegos en el caso de los niños imaginando cómo caminan los robots y viendo las diferencias con las sensaciones cuando se es una muñeca de trapo. En la semana tres, caminando en función de la emoción que se propone y en la semana seis, de forma más formal, a través de una meditación guiada por el instructor/a. En el caso de los padres se introduce en la sexta semana siguiendo la meditación propuesta por Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn (2007). Se refuerza esta práctica durante el trabajo inter-sesión programado para esta semana, recomendando 10 minutos en el caso de los niños/as y de 10-15 minutos para los padres.

En esta práctica, el anclaje lo conforma el movimiento del cuerpo al moverse o caminar. Observar con atención plena aceptando las sensaciones que se producen al andar o volver al movimiento permite tener conciencia de cómo

afloran las emociones en el cuerpo y cómo se responde a ellas en función de si son agradables, desagradables o neutras.

7. Espacio para un respiro: conocida en los protocolos MBSR y MBCT como “Espacio de respiración de tres pasos”, es una práctica breve que suele durar entre tres y cinco minutos, que facilita que la meditación pueda incorporarse en la vida diaria permitiendo el cambio al modo ser o al modo hacer. Es una práctica que se inicia para padres y niños en la tercera semana y permanece hasta el final del entrenamiento, siendo utilizada un gran número de ocasiones. Aparece pauta durante tres semanas seguidas en las actividades inter-sesión, para garantizar la práctica de este espacio, al menos dos veces al día. En el caso de los niños, se realiza una pequeña adaptación de la propuesta por Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn (2007)

- El primer paso consiste en abrir el foco para ver el contenido mental, emocional y corporal de ese instante.
- El segundo paso consiste en reducir ese foco, para centrar la atención en la respiración, saliendo del modo hacer y anclando a la persona en el presente.
- El tercer paso consiste en volver a abrir el foco, sintiendo todo el cuerpo en ese nuevo momento.

Esta práctica permite desarrollar la flexibilidad no solo por los distintos cambios atencionales que sugiere, sino también porque sugiere relacionarse con la experiencia desde distintas perspectivas.

8. Figuras de yoga: aunque la práctica de Hatha-yoga es más propio de un protocolo MBSR, en este caso, el programa MYmind, inicia a los niños en la conciencia corporal, concentrarse en la postura y en la respiración, desde la segunda semana. Esta práctica no se realiza en el entrenamiento dirigido a los

padres, pero se les invita a acompañar a sus hijos en esta práctica revisando el buen hacer de las posturas, en las tareas recomendadas para casa. El manual MYmind, incorpora unas imágenes con el dibujo de cada postura que previamente se han trabajado en sesión. El número máximo de asanas que se realizan es de 5, empleando de 10 a 15 minutos en su realización.

3.2.2. El Módulo “Mindful Parenting” del programa MYMind.

Las autoras Bögels y Restifo (2014), incluyeron en el programa MYmind, un entrenamiento en Mindful Parenting o crianza consciente que permitiera a los padres darse cuenta de su propio estrés, así como tomar consciencia de cómo el comportamiento de su hijo impactaba en su falta de bienestar. Este programa ayudaría a los padres a reorientar su estilo de crianza, invitándolos a desarrollar una actitud menos reactiva y más tolerante hacia sus hijos, procurando su propio auto-cuidado, lo que, de forma directa o indirecta, podría mejorar el comportamiento de sus hijos.

Es por ello que, durante el desarrollo del programa MYmind, los padres reciben este módulo *Mindful Parenting* que tiene como objetivo mejorar las habilidades parentales de los padres en la educación de sus hijos. El objeto principal consiste en "prestar atención al niño y a su educación de una manera particular: intencional, aquí y ahora, sin juzgar" (Kabat-Zinn, 1997).

3.2.3. Evidencia empírica del módulo “Mindful Parenting” y otros programas de entrenamiento parental.

Veamos a continuación qué evidencias empíricas importantes se recogen hasta la fecha sobre el programa *Mindful Parenting* creado por Bögels y Restifo (2014) aplicado únicamente a muestras de progenitores:

Estudios realizados con grupo de control:

El estudio pre-post-follow up, realizado por Bögels et al. (2014) y grupo de control lista de espera realizando una intervención Mindful Parenting (Bögels y Restifo, 2014) a una muestra de progenitores de 86 niños con distintas patologías y de 8 semanas de duración, mostró una reducción en la sintomatología externa e interna tanto de los niños como de los padres con un tamaño del efecto de pequeño a mediano. Los indicadores relacionados con el estrés, la crianza y la coparentalidad, fueron significativos manteniéndose los resultados hasta 8 semanas después del entrenamiento.

Estudios realizados sin grupo de control:

Meppelink et al., (2016) realiza un estudio cuasi experimental sin grupo de control, para una muestra clínica de 70 padres de 70 niños proveniente de tres centros de salud diferentes y con una amplia gama de problemas psiquiátricos (autismo, TDAH, trastorno de ansiedad, trastorno negativista-desafiante, trastornos de conducta), para averiguar la eficacia del programa Mindful Parenting (Bögels y Restifo, 2014) en la mejora de la psicopatología de los padres y de la psicopatología infantil. Los niños no intervinieron en el entrenamiento. Como medidas de conciencia de la crianza consciente se utilizó el instrumento Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (IM-P; De Bruin et al., 2014; Duncan 2007) y como medida de la conciencia mindfulness general, la escala Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006; De Bruin et al., 2012). Tras el análisis, los resultados indican que tanto en el post (al finalizar el entrenamiento a las 8 semanas) como en el follow-up (8 semanas más), la psicopatología infantil se reduce como resultado indirecto del programa

Mindful-Parenting recibido por los padres. Se observó que la mejora en la conciencia general Mindfulness (medida a través de FFMQ) predijo una reducción de la psicopatología de los padres y que la mejora en la crianza consciente de los padres predijo o medió la reducción de la psicopatología infantil, sin embargo, no fue significativa para mejorar la propia psicopatología de los padres, siendo más interesante un entrenamiento mindfulness general que un entrenamiento Mindful Parenting para esta casuística.

A su vez, los cambios en la psicopatología de los padres produjeron efectos beneficiosos en la psicopatología de los hijos. Esto es coherente con resultados obtenidos en otras investigaciones como Bögels (2014), Dykens et al. (2014) y Neece (2014). Con este estudio, se apoya que un entrenamiento en crianza consciente es efectivo para los padres e indirectamente también para sus hijos.

3.2.4. Eficacia del programa MYmind

Se han realizado los siguientes estudios que examinan la eficacia de MYmind en niños con TDAH en términos de resultados, tres de ellos con un diseño pre-post controlado, tres con grupo de control dentro del grupo experimental y solo dos de ellos, con grupo de control aleatorizado.

Aunque los resultados de estas evaluaciones preliminares varían, MYmind ha demostrado ser eficaz para mejorar el TDAH sintomatología, funcionamiento ejecutivo, problemas de comportamiento, estrés parental y estilos de disciplina (Bögels et al., 2008; Haydicky et al., 2015; Van der Oord et al., 2012; van de Weijer-Bergsma et al., 2012; Zhang et al., 2017).

Estudios realizados sin grupo de control:

- El estudio de Bögels et al. (2008) que utilizó una muestra de 14 niños con edades de entre 11 y 17 años, con trastornos de externalización (sólo 2 con TDAH como causa principal del diagnóstico), mostró mejoras en la atención y mejoras en los problemas internalizantes y externalizantes, entre otros.
- Zhang et al. (2017) realizaron una investigación similar con una muestra de 11 niños con TDAH, indicando mejoras en algunas variables de atención.
- Van de Weijer-Bergsma et al. (2012) añadieron períodos de seguimiento de 8 y 16 semanas a los diseños previos usando una pequeña muestra (N=10) de niños entre 11 y 15 años con TDAH. Encontraron algunas mejoras en la atención, problemas de comportamiento, funcionamiento ejecutivo e hiperreactividad reportados por los padres, observándose cambios principales a las 8 semanas de seguimiento.

Estudios que utilizan un grupo de control en el análisis:

- Van der Oord et al. (2012) incluyeron un grupo de control “lista de espera” con un seguimiento de 8 semanas. Sus participantes eran niños más pequeños (de 8 a 12 años) con TDAH, que mostraron mejoras en la sintomatología TDAH reportada por los padres y una reducción significativa del estrés parental y la reactividad de los padres.
- Haydicky et al. (2015) realizaron una investigación en cuatro momentos del tiempo, donde los participantes sirvieron como sus propios controles. Utilizaron la muestra más grande hasta el momento, 18 participantes, de 13 a 18 años, con TDAH, y agregaron el componente de psicoeducación a las sesiones.

Los resultados revelaron mejoras en la falta de atención, problemas de

conducta, mejoras en las relaciones con los compañeros y en el estrés de los padres.

- En la tesis de Meppelink (2019) se publican los resultados de un estudio controlado aleatorizado para comparar la eficacia del programa MYmind en la mejora de sintomatología TDAH y otras variables secundarias, versus el tratamiento farmacológico con metilfenidato, para una muestra de 120 niños de entre 9 y 18 años. Si bien los resultados indican que la medicación fue más efectiva en reducir los síntomas centrales del TDAH que el grupo que solo recibió el entrenamiento Mindfulness, el entrenamiento en mindfulness también favoreció sustancialmente la mejora de la sintomatología de los niños con TDAH. Además, se observó que, para los niños con Trastorno Negativista Desafiante y medicación, se beneficiaron menos de los efectos de la farmacología que los niños que no presentaban este trastorno. Sin embargo, para el grupo MYmind, todos los niños se beneficiaron igualmente de los beneficios en su sintomatología, independientemente de la comorbilidad asociada. Tomando como referencia solo las medidas neuropsicológicas, ambos grupos mostraron mejoras significativas en la atención selectiva, sostenido y control y cambio de la atención.

- Bögels et al. (2021), en los que realizan un estudio cuasi-experimental, con grupo de control para una muestra de 167 jóvenes, de los cuáles el 62% son niños, el 38% niñas y donde el 40% de la muestra son adolescentes. La muestra de edad trabaja con una horquilla de entre 7 y 19 años, cuya media de edad es de 11.4 años. Como objetivo principal de este estudio se plantea averiguar si MYmind ofrece efectos distintos en adolescentes que en niños. Los hallazgos revelan que las mejoras en sintomatología TDAH, síntomas internalizantes y externalizantes así como del funcionamiento ejecutivo, se

producen de forma significativa en el post para el grupo MYmind, y se mantienen en todos los períodos de seguimiento, hasta un año después.

Además, los adolescentes mejoraron de la misma forma que los niños, lo que resulta interesante teniendo en cuenta los cambios neuronales y poda sináptica que experimentan los adolescentes en esta etapa (Kaunhoven y Dorjee, 2017). Los jóvenes que recibieron medicación mejoraron más que los jóvenes que no lo hicieron. Respecto a la distinción por género, no se encontraron diferencias de eficacia entre niños y niñas. Otro resultado relevante fue encontrar el papel mediador de los padres (no madres) con TDAH en la mejora de la sintomatología TDAH. Respecto a la sobrerreactividad parental y el indicador Crianza Consciente (Mindful Parenting) fueron significativos tanto en el post, como 8 semanas después de la realización del programa. Sin embargo, el estrés parental en estas etapas de medición no fue significativo.

- Siebelink et al. (2022) realizaron un estudio con grupo de control aleatorizado para una muestra de entre 8 y 16 años, comparando lo siguiente: un grupo recibiría un entrenamiento mindfulness familiar (MYMind) acompañando a su terapia habitual (farmacológica o psicológica) y otro grupo recibiría únicamente su tratamiento habitual. La muestra para cada uno de los grupos fue de 60 participantes. El objetivo principal fue averiguar la mejora en los déficits de autocontrol de los niños con TDAH. Los resultados indicaron que, aunque las diferencias entre ambos grupos al finalizar el entrenamiento fueron consistentes a favor del grupo MBI+TAU, en su mayoría no fueron significativas. Por el contrario, a nivel individual, los niños que recibieron MBI+TAU obtuvieron resultados significativamente mayores tras el entrenamiento, que el grupo CAU (32% vs 11%). Los

evaluadores fueron tanto padres como los profesores y ambos informaron de mejoras en la sintomatología TDAH, si bien solo se mantuvieron las referidas a hiperactividad en el follow-up (6 meses). Además, en el post (8 semanas) se observaron diferencias significativas para variables psicológicas como la ansiedad, o problemas de insomnio a favor del grupo que recibió el entrenamiento mindfulness que se perdieron en el follow-up. La variable referida al bienestar no fue significativa ni en el post ni en el follow-up para ninguno de los dos grupos. Tras el análisis de estos resultados, los autores recomiendan el entrenamiento mindfulness familiar, en aquellos casos en los que el tratamiento habitual recomendado para la mejora de la sintomatología TDAH no sea suficiente.

Los efectos percibidos y los mecanismos de acción de MYmind también se han comprobado realizando análisis cualitativos (Haydicky et al., 2017; Siebelink et al., 2021; Zhang et al., 2017).

A excepción de los tres últimos estudios realizados por Bögels et al. (2021), Siebelink et al. (2022) y Meppelink et al. (2019), los tamaños de la muestra conseguidos son pequeños (entre 10 y 18 participantes). La mayoría de ellos se centran en mayores de 10 años y en los diseños de la investigación, solo dos de ellos han tenido en cuenta las premisas de un ensayo controlado aleatorizado, lo que hace necesario llevar a cabo estudios más rigurosos.

4

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 4. OBJETIVO E HIPÓTESIS

4. 1. Objetivos

4.1.1. Objetivo principal

El objetivo de este trabajo de investigación consiste en validar la eficacia del programa de entrenamiento mindfulness MYmind como método de intervención del TDAH, para una población española de adolescentes entre 9 y 14 años y sus padres, frente a un grupo condición control no activo, aleatorizado.

4.1.2. Objetivos específicos

a) Evaluar la eficacia del programa MYmind, en la sintomatología de TDAH, problemas asociados y funcionamiento ejecutivo de niños con TDAH, en comparación con el grupo condición control.

b) Evaluar el efecto del programa MYmind en el estrés parental, los estilos de disciplina, autocuidado o autocompasión, mindfulness, crianza consciente, autoeficacia, depresión, ansiedad y estrés de los padres de niños con TDAH, en comparación con el grupo condición control.

4.2. Hipótesis

a) El protocolo MYmind resultará significativamente eficaz para la mejora de la sintomatología TDAH de los adolescentes participantes, en comparación con el grupo condición control, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

b) La intervención MYMind arrojará resultados significativamente positivos en favor del grupo de adolescentes que realice el entrenamiento, mejorando los problemas asociados a la sintomatología TDAH, esto es, las dificultades de aprendizaje, el comportamiento disruptivo (agresión) y la relación entre iguales, en comparación con el grupo condición control, para ambos períodos de tiempo (post y seguimiento) evaluados.

c) La intervención bajo el protocolo MYMind resultará exitosa mejorando de forma significativa el funcionamiento ejecutivo de los adolescentes que participen del entrenamiento en comparación con el grupo control lista de espera, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

d) El protocolo MYmind resultará significativamente eficaz para la mejora de las habilidades mindfulness de los adolescentes participantes, en comparación con el grupo condición control, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

e) El grupo de progenitores (formado por 14 madres y un padre), en adelante “madres” que participarán del entrenamiento a través del módulo Mindful-Parenting incluido en el programa MYmind, experimentarán una reducción significativa del estrés parental en comparación con el grupo condición control, para ambos períodos de seguimiento.

f) El grupo de progenitores que reciban el entrenamiento Mindful-Parenting del programa MYmind, mostrará mejoras estadísticamente significativas en las variables que hacen referencia a una mejora de la relación parental, esto es, mejora del estilo de disciplina, de la crianza consciente y autoeficacia en comparación con el grupo control.

g) Se observará una mejora estadísticamente significativa del estado emocional de los progenitores que participen del programa MYmind, esto es, de las habilidades mindfulness, autocuidado o autocompasión y del nivel de estrés, ansiedad y depresión, en comparación con el grupo control.

5

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1. Participantes

Los participantes de este estudio fueron reclutados a través de los socios vinculados a las asociaciones valencianas de padres y niños con TDAH, APNADAH(en Valencia) y APADAHCAS (en Castellón), que como se detallará en el apartado Procedimiento, fueron invitadas a participar en esta investigación. Se envió un correo electrónico incluyendo una carta detallada sobre la investigación, requisitos y autorización para poder participar en ella a unos 900 socios, obteniendo una tasa de respuesta del 4% (n=35 respuestas). A la convocatoria de reunión explicativa acudieron 32 personas, si bien tras considerar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 30 participantes, tal y como se observa en la Figura 1 sobre el Diagrama de Flujo del proceso de inscripción. En esta investigación participaron pues, 30 niños de entre 9 y 14 años con un diagnóstico clínico de TDAH y 30 progenitores, en concreto, 29 madres y 1 padre. Los niños participantes fueron distribuidos aleatoriamente de la siguiente forma: 12 niños y 3 niñas en el grupo Control “lista de espera” y 11 niños y 4 niñas en el grupo Experimental, que seguiría el protocolo MYMind.

Respecto a las características demográficas y sintomatología de los participantes, como se aprecia en la Tabla 2, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo MYmind y el grupo lista de espera en las variables “Sexo” $X^2(1, N= 30) = 0.24, p = .624$, “síntomas de inatención” $t(28) = -0.09, p = .928$ y “síntomas de hiperactividad / impulsividad” $t(28) = 1.43,$

$p = .163$. Sin embargo, sí fueron significativas las diferencias entre ambos grupos en cuanto a la “edad” $t(28) = 2.18, p = .038$.

Según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), para el grupo que participó de la intervención, el 26.6 % de la muestra tuvo un predominio de la presentación inatenta, el 13% tuvo una presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva, y el 60% tuvo una presentación combinada.

Para el grupo control “lista de espera”, el 33% de la muestra tuvo un predominio de la presentación inatenta, el 13% tuvo una presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva, y el 53.3% tuvo una presentación combinada. En el caso del grupo experimental, el 46.6% de la muestra, siguió únicamente el tratamiento farmacológico, un 13.3% eligió el tratamiento psicosocial como único método de intervención, un 13.3% combinó tanto el tratamiento farmacológico con el acompañamiento psicosocial y un 26.6% de la muestra, indicó que no recibía ningún tipo de tratamiento.

En el caso del grupo control “lista de espera”, el 68% de la muestra siguió una prescripción farmacológica, un 6% de la muestra lo hizo a través de la intervención psicosocial, mientras que el 20% de la muestra combinó ambas intervenciones, cognitiva y farmacológica. El 6% restante, no hizo uso de ningún tratamiento.

Tabla 2*Características sociodemográficas de la muestra*

	Control		MYmind		<i>t</i> / χ^2	<i>p</i>
	n	M (DT)/%	n	M (DT)/%		
<i>Niños</i>						
Edad	15	11.6 (1.29)	15	10.33 (1.83)	2.18	.038
Sexo (% hombre)	12	80	11	73.3	.240	.624
<i>Presentación</i>						
Inatención	5	33.3	4	26.6	.170	.919
Hipereactividad/Impuls	2	13.3	2	13.3	-.09	.928
Combinado	8	53.3	9	60	1.43	.163
<i>Apoyo externo TDAH</i>					2.86	.413
Farmacológico	10	68	7	46.6		
Psicosocial	1	6	2	13.3		
Combinado	3	20	2	13.3		
Ninguno	1	6	4	26.6		
<i>Sintomatología TDAH</i>						
Inatención	15	81.27 (9.42)	15	81.53 (6.17)	-0.092	.928
Hipereactividad/Impuls	15	82.33 (8.31)	15	77.06 (11.51)	1.436	.163
<i>Comorbilidades</i>					6.13	.524
No tiene comorbilidad	8	53.3	12	80		
TND	2	13.33	1	6.66		
Ansiedad	1	6.66	0	0		
Tourette	1	6.66	0	0		
Insomnio	1	6.66	0	0		
Insomnio y Tourette	1	6.66	0	0		
Dislexia	1	6.66	1	6.66		
Epilepsia	0	0	1	6.66		
<i>Padres</i>						
Edad	15	47.4 (3.81)	15	44.6 (5.1)	2.49	.127
<i>Educación</i>					9.53	.146
Primaria	0	0	2	13.3		
Secundaria	4	6	2	13.3		
Estudios Superiores	8	53.3	8	53.3		
Empleado (% Sí)	13	86.6	11	73.3	.013	.910
<i>Estado Civil</i>					2.00	.367
Casado /Pareja	14	93.3	13	86.6		
Soltero/ Divorciado	1	6	2	13.3		

Nota: M: Media; DT: Desviación Típica;

5.2. Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión requeridos para poder participar en este estudio fueron los siguientes:

- 1) Disponer de un diagnóstico clínico previo de un período no superior a dos años en TDAH como causa primaria, validado por una autoridad sanitaria (psicólogo, neuro-pediatra o psiquiatra).
- 2) Acreditar una estimación de CI superior o igual a 80, según el WISC-IV (Weschler 2005).
- 3) Comprometerse en la participación de al menos uno de los progenitores en el entrenamiento.

El diagnóstico de TDAH solicitado, fue validado a través de los cuestionarios completados por los padres, Conners 3P (Conners, 2008) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013). Para el cuestionario de Conners 3P (Conners, 2008), se consideró que cumplían criterios, aquellos participantes cuyo estadístico "T" fueran calificados dentro del rango clínicamente significativo ($T \geq 65$) para las presentaciones de Inatención e Hiperactividad/Impulsividad. Las diferentes presentaciones del diagnóstico fueron confirmadas siguiendo los criterios de la quinta versión del DSM-5 (APA, 2013).

Como criterio de exclusión, en nuestro trabajo se contempló la comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante siempre y cuando fuera un impedimento en el grupo para desarrollar las sesiones, así como no haber realizado en los tres meses anteriores al inicio de la investigación, un entrenamiento mindfulness.

Además, solicitamos como compromiso a los participantes:

- Asistir al 90% de las sesiones del entrenamiento.
- Asistir y participar en todas las etapas de evaluación requeridas en los momentos “pre” (antes de comenzar el programa), “post-intervención” (tras las ocho semanas), y “follow-up” (seis meses después de la realización del entrenamiento).

Las familias fueron informadas de la importancia de realizar las tareas semanales incluidas como cuaderno de actividades tanto para ellos como para sus hijos, y de que su realización incluía mantener un compromiso meditativo con la práctica que iría siendo mayor conforme avanzaran las semanas (de 10 a 20 minutos y de 5 a 15 minutos respectivamente) durante 6 días a la semana.

Esta alianza con la práctica, está respaldada por el metanálisis realizado por Parsons et al. (2017) que encontraron una asociación de pequeña a moderada entre la dedicación diaria a la práctica en casa y los beneficios asociados a la práctica mindfulness.

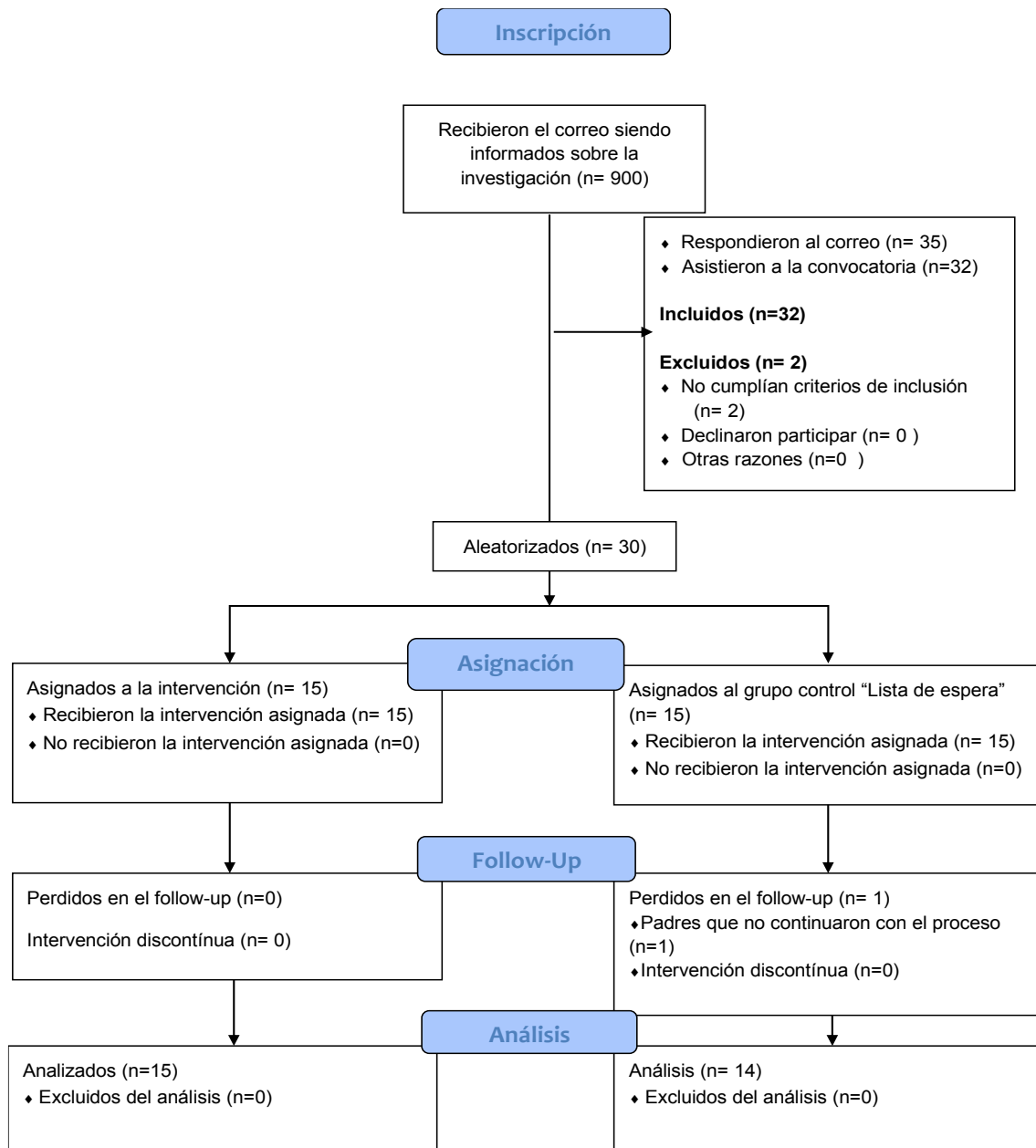
Tanto los requisitos anteriores como los criterios de inclusión y exclusión para participar en esta investigación fueron anticipados como compromisos necesarios en la carta informativa que recibieron los socios de la futura investigación. Según esto y tal y como se observa en la Figura 1 sobre el proceso de participación en el programa:

- Treinta y dos individuos fueron inicialmente seleccionados, si bien, dos participantes (3%) fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión en cuanto al diagnóstico o el criterio $CI > 80$.
- De los 30 participantes finalmente seleccionados, solo uno (3%) de ellos y perteneciente al grupo Control, fue excluido en el Follow-up o período de seguimiento, por no poder asistir en las fechas

programadas para realizar las evaluaciones correspondientes a este período.

Figura 1

Diagrama de Flujo CONSORT del proceso de inscripción



5.3. Procedimiento

Esta investigación ha sido aprobada por la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I (junio de 2018) y sigue las directrices éticas de la Declaración

de Helsinki y la declaración CONSORT (Normas consolidadas de informes de ensayos).

La investigación comenzó con la creación de un grupo piloto formado por cuatro familias y sus hijos con TDAH de la asociación APADAHCAS (asociación de padres y niños con TDAH de Castellón). Este piloto nos sirvió para asegurar la eficacia de las pruebas y averiguar qué tipo de necesidades podrían mostrar los padres y los hijos en el desarrollo de las sesiones.

Una vez concluido el piloto, para la selección de los participantes en el programa, contamos con dos Asociaciones de la Comunidad Valenciana de padres y niños con TDAH (APNADAH en Valencia y APADAHCAS en Castellón) que hicieron saber a través del correo electrónico a todos sus socios de la posibilidad de participar en el estudio, a través de una carta informada (ver anexo 2) en la que se hacían constar:

- Los objetivos de la investigación.
- Edad de los hijos requerida.
- Los requisitos necesarios para participar, esto es, la necesidad de que acudiera al menos un progenitor con su hijo durante ocho semanas, y durante un tiempo aproximado de tres horas que permitiría cubrir la dedicación parental y el entrenamiento en el programa MYmind de su hijo/a.
- En qué consistía el entrenamiento, las evaluaciones y fechas estimadas de cada evaluación.
- Los riesgos y beneficios asociados a dicho estudio.

Además, en dicha carta señalamos que la investigación incluiría un control aleatorio de forma que los participantes no podrían conocer el grupo de

participación (experimental o control) hasta el comienzo del entrenamiento. No obstante, independientemente de la condición asignada, todos aquellos que participaran en la investigación, recibirían la formación en el programa MYmind. El consentimiento firmado se solicitó en la misma carta informativa. Este compromiso vinculaba al progenitor y a su hijo a asistir al 90% de las sesiones y a realizar cada una de las baterías asignadas para la medición de la eficacia del programa MYmind antes del entrenamiento, en la semana 8 del entrenamiento y seis meses después en el follow-up. La investigación se inició con la participación de 30 familias en octubre de 2016 y finalizó en septiembre de 2017, realizándose en dos olas: de octubre a marzo de 2017 y de marzo a septiembre de 2017. A excepción de un padre, el resto de los progenitores que participaron en el grupo experimental fueron madres. Las sesiones parentales reunieron a un máximo de 8 participantes y las sesiones dedicadas a los niños un máximo de 5 individuos.

La investigadora del programa previamente certificada en el programa MYmind, fue quien impartió la formación a todas las familias que participaron en la investigación, si bien, en las sesiones dedicadas a los niños, se contó con la presencia de un psicólogo formado en mindfulness que no intervino en desarrollo de las sesiones, pero sí ayudó en la gestión de los grupos.

Una vez recogidas todas las solicitudes para poder participar en el estudio, los participantes fueron convocados individualmente antes del inicio del programa para recibir la información sobre los objetivos de la investigación, cuál sería la estructura de la investigación, cómo se realizarían las sesiones del programa, los posibles beneficios de poder recibir de forma pionera el programa MYmind, de la importancia de poder cumplir con el compromiso de asistencia a la formación y también a los tres momentos pre-test, post-test y follow-up necesarios para medir la eficacia del programa. Todas las familias participantes

cumplimentaron una anamnesis a través de la cuál se recogió la información sociodemográfica y clínica.

En esa primera reunión, se verificó la condición de idoneidad para participar en el estudio a través de la entrega del diagnóstico reciente en TDAH (menor o igual a dos años) firmado por una autoridad sanitaria y se daba comienzo la realización de primera batería de pruebas correspondientes al pre-test tanto para el progenitor como para el hijo. A todos los participantes en la investigación se les solicitó mantener las mismas pautas médicas indicadas al inicio del entrenamiento.

Una vez concluidas las pruebas del pre-test, se realizó la aleatorización y cada familia recibió un correo electrónico en el que se le indicaba su condición de Grupo Experimental y las fechas y horarios del programa MYmind o su condición de grupo Control y fechas para realizar las pruebas del post-test y follow-up. El programa MYmind se impartió durante las siguientes ocho semanas.

Cada semana, al finalizar cada sesión del programa MYmind, cada familia participante recibía un correo electrónico con el resumen de lo que se había visto en la sesión presencial, el cuaderno de actividades inter-sesión para su hijo y para él/ella a completar durante esa semana y el audio con la meditación. Dichos cuadernos incorporaban un registro diario de la práctica y eran recogidos al principio de cada sesión. No hubo ningún otro contacto con las familias, de forma que su gestión en cuanto a los recordatorios que pudieran haber sido necesarios para facilitar el cumplimiento de las actividades, se realizó de forma autónoma.

5.4. Instrumentos

5.4.1. Evaluación de la sintomatología TDAH y problemas asociados

- El instrumento Conners 3-P (Conners, 2008) es un instrumento de evaluación del comportamiento de los niños de entre 6 y 18 años de edad. En este estudio se utilizó la versión corta para padres en la que valoran la sintomatología de TDAH y problemas comórbidos de sus hijos en torno a seis subescalas:

- Inatención, esto es, concentración y atención débil o dificultad de concentración o de mantener su atención en una tarea concreta; se distrae con facilidad, se aburre con frecuencia y siente rechazo o evita realizar las tareas académicas.
- Hiperactividad: con facilidad se siente excitado, su cuerpo muestra una gran actividad de movimiento, es impulsivo e interrumpe con frecuencia).
- Dificultades de aprendizaje: dificultades de aprendizaje en la lectura, escritura y/o cálculo, dificultad para comprender y retener conceptos, pudiendo necesitar explicaciones adicionales o específicas atendiendo a sus necesidades.
- Funcionamiento ejecutivo: dificultades en las tareas que requieren planificación y organización, dificultades para comenzar o terminar actividades siendo habitual el recuerdo de la tarea en el último minuto.
- Conducta agresiva: se refiere a mostrar un control débil de las emociones fuertes como la ira, la frustración, pudiendo mostrar una conducta agresiva de forma física o verbal o intimidatoria.

- Relaciones sociales: dificultad para iniciar y mantener relaciones sociales, siendo rechazado por los otros con frecuencia.

Está formada por 43 ítems a evaluar en una escala Likert de 0 a 3 puntos, siendo 0 “nada verdadero” y 3 “muy verdadero”. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones T (media de 50 y una desviación típica de 10) de forma que se considera riesgo elevado de TDAH si $T \geq 65$, a tenor de la información que ofrece la Tabla 3. Respecto a las propiedades psicométricas, las escalas Conners han demostrado una buena fiabilidad y validez, bajo unos coeficientes de fiabilidad test-retest de 0.72 a 0.98 y una consistencia interna entre 0.85 y 0.97 (Conners, 2008). En el caso de nuestra investigación, la consistencia interna de la escala completa es de $\alpha = .818$. El valor alfa de Cronbach de las subescalas es el siguiente: $\alpha = .697$ para Inatención, $\alpha = .857$ para Hiperactividad, $\alpha = .583$ para Dificultades de Aprendizaje, $\alpha = .866$ para Funcionamiento Ejecutivo, $\alpha = .869$ para Conducta Agresiva y $\alpha = .785$ para la subescala Relaciones Sociales.

Tabla 3

Relación entre Puntuaciones T y riesgo de TDAH

T-score	Rango
T-score (40-59; percentil 16-83)	Promedio
T-score (60-64; percentil 84-92)	Medio
T-score (65-69; percentil 93-97)	Elevado
T-score (≥ 70 ; percentil ≥ 98)	Muy Elevado

Nota: (Conners, 2008)

5.4.2. Evaluación del Funcionamiento ejecutivo

Para valorar el funcionamiento ejecutivo de los niños, se utilizó el instrumento Conners 3-P (Conners, 2008) descrito en el apartado anterior y los siguientes dos instrumentos más:

- Letras y Números es un subtest del índice de Memoria de Trabajo del WISC-IV (Wechsler, 2005) en el que se lee al sujeto una lista de cifras y letras y éste debe recordarlas diciendo los números en orden ascendente y las letras por orden alfabético. La puntuación escalar de esta prueba se utilizó como medida de memoria de trabajo.

- Subprueba de Inhibición de la batería de evaluación del desarrollo neuropsicológico NEPSY-II (Korkman et al., 2007). Esta subprueba evalúa la capacidad de inhibir las respuestas automáticas, a favor de otro tipo de respuesta (Condición Inhibición) y la habilidad para cambiar entre distintos tipos de respuesta (Condición de Cambio). En esta prueba al niño o niña se le muestra una serie de figuras geométricas o flechas en blanco o negro y debe decir el nombre de la figura geométrica o la dirección de la flecha. En la modalidad de inhibición, el niño o niña debe cambiar su conducta según proceda respondiendo lo contrario a la figura establecida. Por ejemplo, al observar un círculo deberá verbalizar que es un cuadrado o si observa una flecha hacia arriba deberá verbalizar abajo. En la modalidad de cambio, si la figura es negra, el niño deberá decir el nombre correcto de la figura, pero si es blanca, deberá decir el nombre de la otra figura. Así, si la figura es un círculo negro, deberá decir “círculo”, pero si es un círculo blanco, deberá decir “cuadrado”. Se han utilizado las puntuaciones escalares (media 10 y desviación típica 3) para las condiciones de inhibición y cambio respectivamente.

5.4.3. Evaluación de las habilidades Mindfulness en niños

- El instrumento CAMM (Greco, Baer y Smith, 2011) es un cuestionario desarrollado recientemente que evalúa las habilidades mindfulness en niños y adolescentes en edad escolar. Consta de 10 ítems que se califican en una escala Likert de cinco puntos, con un rango de 0 (nunca verdad) hasta 4 (siempre verdad). Las puntuaciones más altas, se asocian a mayores habilidades mindfulness.

Se ha demostrado que el CAMM es confiable ($\alpha = 0.81$), y se han demostrado correlaciones positivas con la calidad de la vida, habilidades sociales y rendimiento académico. Se mostraron correlaciones negativas con índices de somatización, internalización y externalización de síntomas, problemas conductuales e inflexibilidad psicológica (Greco et al., 2011). En el caso de nuestra investigación, la consistencia interna de nuestra escala es de $\alpha = .742$ considerándose aceptable.

5.4.4. Evaluación del Estrés Parental

- The Parenting Stress Index-versión corta (PSI-SF) de Abidin (1995), evalúa el grado en que los padres experimentan estrés debido a diversas fuentes dentro del contexto de crianza, utilizando para ello una escala Likert de 6 puntos, que oscila entre el “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. La puntuación del Estrés Total es una suma de tres subescalas:

- “Malestar Paterno” hace referencia a la percepción del estrés que tienen los padres en su rol como educadores.
- La subescala “Interacción Disfuncional Padres-hijos” hace referencia a la percepción que los progenitores tienen sobre el logro de sus hijos.

- La subescala “Estrés derivado del cuidado de los hijos”, se refiere al estrés derivado por el cuidado del niño.

Este cuestionario dispone de adecuadas propiedades psicométricas (Díaz et al., 2010). Las puntuaciones más altas, indican mayor estrés parental.

El coeficiente de fiabilidad de nuestra muestra es de $\alpha=.873$.

5.4.5. Evaluación de la Relación Parental

- Parenting Scale (Arnold et al.1993) es un instrumento diseñado para evaluar el estilo de disciplina disfuncional que utilizan los padres con sus hijos, cuando estos muestran problemas, dificultades o comportamientos inadecuados, en los dos últimos meses. Consta de 30 ítems en los que los padres deberán señalar la respuesta que más se acerque a su estilo parental, situando su respuesta entre dos opciones opuestas en una escala Likert de 7 puntos. Los ítems se agrupan en tres subescalas:

- Laxitud: definida como una disciplina permisiva e inconsistente. Uno de los ítems que como ejemplo nos podemos encontrar son: “Soy el tipo de padre que establece límites sobre lo que mi hijo puede hacer” versus “Dejo a mi hijo que haga lo que quiera”. Otro ejemplo sería “Cuando le doy una amenaza o advertencia justa, por lo general no la aplico” versus “siempre hago lo que digo”.
- Sobre-reactividad: definida como disciplina autoritaria, emocional y ruda. Unos ejemplos de los ítems que nos podemos encontrar son: “Cuando estoy molesto o bajo presión, soy caprichoso y ando detrás de mi hijo” versus “no soy más caprichoso de lo habitual”. Otro ejemplo podría ser “Cuando mi hijo se porta mal, nalgueo, abofeteo, agarro o golpeo a mi hijo nunca o raramente” versus la mayoría del tiempo.

- Hostilidad: definida como el uso de la fuerza o violencia verbal o física. un ejemplo de ítem que podemos encontrar es evaluar “antes de que mi hijo haga algo respecto a un problema, le doy varias advertencias o recordatorios” versus “uso solo un recordatorio o advertencia”. Otro ejemplo de esta misma escala sería “si el decir “no” no funciona de inmediato, tomo algún otro tipo de acción” versus “sigo hablando e intento llegar a mi hijo”.

El cuestionario tiene una buena fiabilidad test-retest y adecuada consistencia interna, con coeficiente alfa de Cronbach corregido para la longitud de la escala, para padres respectivamente, de 0.85 y 0.82 en hostilidad, 0.8 y 0.8 en sobrereactividad y 0.78 y 0.83 en laxitud (Rhoades and O’Leary, 2007).

En el caso de esta investigación, el coeficiente de fiabilidad es de $\alpha=.771$, siendo de .798 para la subescala Laxitud, de .703 para la subescala Sobrereactividad y .180 para la subescala Hostilidad. Debido a la puntuación no aceptable obtenida para la escala de Hostilidad, no se utilizará en los análisis.

- Interpersonal Mindfulness in Parenting (IEM-P): El IEM-P de Duncan (2007) es una escala de 10 ítems que valora el nivel de crianza consciente, es decir, el nivel de dominio interpersonal en la interacción entre padres e hijos a través de tres subescalas: Conciencia y Atención centrada en el presente (4 ítems), la subescala “No juicio” (3 ítems) y la subescala “no reacción” (3 ítems). La medición utiliza cinco estadios que se valoran desde el “nunca es verdad” hasta el “siempre es verdad”. Contiene elementos como “Cuando estoy enfadado/a con mi hijo/a, calmadamente le dije a él/ella cómo me siento” o “Soy consciente de como mi estado de ánimo afecta la forma en la que trato a mi

hijo/a". Dispone de una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.71$) siendo el coeficiente de fiabilidad de nuestra investigación de .539.

- Autoeficacia "General Self-Efficacy Scale -12" (Bosscher y Smit, 1997)

La autoeficacia hace referencia a la creencia que la persona tiene sobre su capacidad de llevar a cabo una conducta específica. Estas creencias afectan a la decisión de iniciar una acción, la cantidad de esfuerzo que invertirá en realizarla y cuánto tiempo podrían persistir en ese comportamiento si el entorno se complica. Estas creencias sobre la propia autoeficacia predecirán diferencias de comportamiento entre los individuos. Teniendo en cuenta que en nuestra investigación vamos a analizar un programa que tiene en cuenta cómo el comportamiento de los padres puede o no influir en la sintomatología del TDAH de sus hijos, disponer de este instrumento para medir la autoeficacia general, se hace necesario. En un inicio, esta escala general de autoeficacia fue diseñada por Sherer et al.(1982), compuesta por 30 ítems y dos subescalas, la subescala general y la subescala social, si bien Sherer et al. (1982) señalaron que la subescala de autoeficacia general parecía más útil que la subescala social para valorar las creencias sobre la autoeficacia del individuo (Sherer y Adams,1983). Con respecto a esta subescala de autoeficacia general de 17 ítems, Bosscher y Smit (1997) diseñaron esta escala corta de 12 ítems, eliminando 5 ítems por encontrar su redacción ambigua y correlaciones bajas. Esta escala GSES-12 ha sido utilizada en varios estudios con diferentes muestras (ancianos, personas con depresión, mujeres maltratadas) (Galenkamp et al.,2012; Steunenberget al., 2010) y consta de tres dominios o factores:

- La iniciativa, relativa a la disposición para iniciar un comportamiento;

- El esfuerzo, relacionado con el trabajo o la dificultad que se ha de asumir adicionalmente para completar ese comportamiento.
- La persistencia, esto es, perseverar para completar la tarea cuando se presentan obstáculos.

La escala se completa siguiendo una escala Likert de 5 puntos que va desde el “totalmente en desacuerdo” al “totalmente de acuerdo”. Cuanto menor es la puntuación, menores son las competencias relacionadas con la autoeficacia y al revés, a mayor puntuación, mayor es la autoeficacia.

Las propiedades psicométricas de esta escala han sido validadas en población española por Herrero et al. (2014). La Tabla 4 muestra los coeficientes de consistencia interna de la escala:

Tabla 4

Coefficientes de Consistencia Interna Autoeficacia

Subescala	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach test-retest (1mes)
Iniciativa	.83	.67
Esfuerzo	.77	.74
Persistencia	.80	.84
General	.86	.84

La confiabilidad de la escala general de autoeficacia en el caso de nuestra investigación es de .308, por tanto, de pobre confiabilidad, siendo los valores de consistencia interna de las subescalas, los mostrados en la Tabla 5 de continuación:

Tabla 5*Coefficientes de Consistencia Interna de Autoeficacia en esta tesis*

Subescala	Alfa de Cronbach
Iniciativa	.872
Esfuerzo	.838
Persistencia	.742
General	.308

5.4.6. Evaluación del estado emocional de los padres

• Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Este cuestionario se evaluó con la versión española (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Cebolla et al., 2012). Es un instrumento que consta de 39 ítems y evalúa la competencia mindfulness de los padres a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Los elementos se califican en una escala Likert que va de 1 (“Nunca o muy raramente cierto”) a 5 (“Muy a menudo o siempre verdadero”). Las subescalas empleadas son:

- Observar: referido a notar o prestar atención a experiencias internas o externas como sensaciones, pensamientos o emociones.
- Describir: se refiere a identificar las experiencias internas con palabras.
- Actuar con conciencia: incluye concentrarse en las actividades propias cuando ocurren en vez de actuar de forma automática.
- No juzgar la experiencia interior: se refiere a adoptar una postura no evaluativa hacia pensamientos y sentimientos.

- No reactividad a la experiencia interior: se refiere a permitir que los pensamientos y sentimientos vayan y vengan, sin quedar atrapados o dejarse llevar por ellos.

La versión española del FFMQ (Cebolla et al., 2012) tiene una alta confiabilidad, con un valor de alfa de Cronbach (α) de .88. El coeficiente de fiabilidad de nuestra muestra es de $\alpha=.737$

- Self Compassion-short version: La SCS-SF (Raes et al., 2011) es la versión corta de 12 ítems de la escala SCS (Neff, 2003) de 26 ítems diseñada para evaluar la autocompasión, esto es, cómo los padres aceptan el sufrimiento, el fracaso, y sus propios defectos como algo natural de nuestra condición humana. El análisis factorial sugirió seis subescalas:

- Autoamabilidad: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades”.
- Auto-juicio: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente”.
- Humanidad compartida: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana”.
- Aislamiento: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso”.
- Conciencia plena: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio”.

- Sobre-identificación: un ítem de ejemplo para comprender este concepto es “Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos”.

Para marcar las respuestas se utiliza una escala Likert de 5 puntos (1 = "Casi nunca" a 5 = "Casi siempre"). Las puntuaciones de las subescalas se obtienen calculando la media de las respuestas de los ítems de la subescala. La SCS-SF demostró una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach $\geq 0,86$) y una correlación casi perfecta con la forma larga del SCS ($r \geq 0,97$ todas las muestras). En nuestra muestra, el alfa de Cronbach de la escala completa es de .382.

- DASS-21 (Bados et al., 2005), versión abreviada de Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS; Bados, Solana, y Andrés, 2005) de la escala original de Lovibond y Lovibond (Depression, Anxiety, Stress Scales [DASS-21], 1995) para la autovaloración de la Depresión, Ansiedad y Estrés. Consta de 21 ítems valorando a través de una escala Likert de 4 puntos (de 0 a 3) la intensidad o frecuencia con la que se siente cada síntoma:

- Depresión: evalúa el sentimiento de tristeza, desánimo, ocasionado por la pérdida del interés en tareas habituales, la desvaloración de uno mismo o de su vida.
- Ansiedad: evalúa la activación fisiológica (sudor de manos, temblor, etc.) relacionadas al experimentar tensión y la ansiedad.
- Estrés: se evalúa la irritación, la impaciencia, la reactividad, o la dificultad para estar relajado.

Los niveles de fiabilidad de la escala española (Bados et al., 2005) fueron adecuados en las tres subescalas (α = entre .70 y .84). El coeficiente de fiabilidad de la escala en nuestra muestra es de α =.915 siendo la consistencia interna para la subescala de Depresión de .821, para la subescala de Ansiedad de .799 y .646 para la subescala de Estrés.

5.5. Descripción del programa MYmind

MYmind (Bögels et al., 2013) es una intervención basada en mindfulness para padres y niños con TDAH, basado en la validación empírica del programa de mindfulness MBCT creado por Segal (2002).

Dos son sus objetivos principales:

- 1) Mejorar la atención y la concentración, disminuir la impulsividad, la hiperactividad y las conductas disruptivas de los adolescentes con TDAH de entre 9 y 18 años.
- 2) Ayudar a las familias a integrar mindfulness en sus vidas diarias como una manera de manejar los síntomas del TDAH, el estrés, las relaciones familiares y las emociones difíciles (Bögels et al., 2008).

El programa consta de ocho sesiones (ver tabla 6) y de una duración de 8 semanas, para padres e hijos con TDAH, con una duración de 1.5 horas para cada grupo. Si bien el programa original de Bögels et al. (2008) indica la realización de las sesiones en paralelo, en nuestra investigación, se llevó a cabo en grupos separados y de forma continua, siendo los padres los primeros en comenzar la sesión, a excepción de las sesiones primera y quinta, en la que, siguiendo el protocolo original, progenitores y niños comparten sesión durante 20 minutos aproximadamente. Las familias fueron informadas de la estructura y

compromisos que requería el desarrollo de la investigación en una entrevista inicial anterior a la realización de las primeras mediciones, coincidiendo con la etapa PRE-Test. Las sesiones de los niños se llevaron a cabo en grupos reducidos de 4 o 5 miembros y fueron guiadas por un profesional certificado en mindfulness y en el programa MYmind y acompañados por una figura de apoyo que actuó de observador. La duración de las sesiones de los niños se realizó sin descansos de forma intensiva durante 60 minutos aproximadamente. Los cuadernos de actividades para la práctica inter-sesión fueron traducidos al español respetando el formato, recogidos en cada encuentro y comentándolos al principio de cada sesión, tal y como indica el protocolo MYmind. Estos cuadernos incluyeron ejercicios mindfulness, lecturas sobre psicoeducación en TDAH y crianza consciente para el caso de los padres y meditaciones, registros de experiencias en función de la práctica meditativa y ejercicios de yoga, para el caso de los niños. Los audios grabados en español correspondientes a cada meditación tanto las dirigidas a los padres, como a los niños, se enviaron por correo electrónico al finalizar cada sesión, sirviendo ese mail para recordar lo importante de lo visto en cada sesión y anticipar las actividades que se trabajarían durante la semana siguiente.

Finalizado este correo no utilizamos ningún recordatorio más entre sesiones, puesto que el protocolo MYmind no lo refiere. Sin embargo, sí consta en la primera sesión una actividad obligatoria orientada a fortalecer el compromiso con la práctica y es la realización de una tabla de recompensas tipo “economía de fichas” en la que se acuerdan distintos premios de distinta envergadura que son canjeables cuando se han conseguido determinados puntos semanales (10, 20, 30 y 40) y que están exclusivamente vinculados a la realización de las prácticas que propone el cuaderno de actividades inter-sesión.

El contacto con los padres y niños se realizó en cada sesión de acuerdo con el horario programado que siempre fue el mismo día de la semana y a la misma hora.

- **Sesiones de los niños**

Las sesiones se llevaron a cabo en un aula de la universidad. El grupo se organizó formando un círculo y cada alumno dispuso de una silla para la realización de las prácticas. El sonido del “gong” y una breve meditación iniciaban el encuentro. La duración de las meditaciones fue variando conforme avanzaron las sesiones, empezando con meditaciones cuya duración no superaba los 5 minutos y aumentando de forma paulatina hasta conseguir las últimas semanas un tiempo de meditación sostenido de unos 15 minutos diarios.

Después de la meditación, se daba paso al nuevo tema y se realizaban las actividades dispuestas para la comprensión de la temática. A partir de la segunda semana, las sesiones incorporaron la realización de los ejercicios de yoga de unos 10 minutos de duración para favorecer la atención al cuerpo, a la respiración, al estiramiento y contracción de los músculos. Las sesiones finalizaban recordando las actividades a realizar durante la semana e informando a los niños sobre la consecución de los puntos a canjear por sus papás, tras el cumplimiento de las tareas de la semana anterior.

- **Sesiones de los padres**

Las sesiones de los padres se realizaron en un aula de la universidad en grupos de 7 u 8 progenitores. Las sesiones de los padres comenzaban con un ejercicio de meditación. A continuación, por parejas, se compartían las experiencias que habían tenido lugar durante esa semana al realizar las actividades del cuaderno de trabajo propias y las de sus hijos, dirigiendo el relato

de la experiencia hacia los pensamientos que surgían, las emociones y la localización del registro corporal. Una vez finalizada esta parte, el instructor introducía el nuevo tema y se realizaban los ejercicios dispuestos para su integración. Antes de finalizar la sesión, se anticipaban las actividades que se deberían practicar durante la semana siguiente correspondientes a su trabajo inter-sesión y se finalizaba la sesión con una meditación. El tiempo de meditación que se utilizó en la primera sesión fue de 10 minutos y fue evolucionando hasta llegar a 20-30 minutos en las últimas sesiones.

La Tabla 6 muestra la estructura de las sesiones.

Tabla 6*Estructura de las Sesiones de Padres y Niños del Programa MYMind*

Sesión	Tema Sesión Niños	Ejercicios
1	Desde Marte	Junto con los padres, realizar el ejercicio de la pasa. Sesión Niños: Ejercicios para tomar conciencia de los sentidos. Ejercicio de la pasa con papas Meditación respirando.
2	Mi cuerpo	Meditación respirando, ejercicios de conciencia corporal, escáner corporal y ejercicios de yoga
3	Mi respiración	Meditación respirando, ejercicios de conciencia corporal, escáner corporal y ejercicios de yoga
4	Distractores	Meditación respirando, ejercicios para ser consciente de los distractores, escáner corporal y ejercicios de yoga.
5	Reacciones automáticas	Junto con los padres: meditación respirando y evaluación grupal Sesión Niños: Espacio para un respiro, ejercicios para tomar conciencia de cómo identificar las reacciones automáticas, escáner corporal y ejercicios de yoga.
6	Hasta ahora	Meditación respirando, ejercicios de repaso de lo aprendido, aplicación de la técnica Espacio para un respiro en situaciones difíciles, escáner corporal guiado por uno de los niños, meditación de los sonidos, ejercicios de yoga.
7	Practica	Meditación respirando, ejercicios de yoga y meditaciones realizadas por los niños como instructores, escáner corporal.
8	Por mi cuenta	Junto con los padres: Meditación respirando, escáner corporal, ejercicios de yoga y meditación

guiados por los niños como instructores,
calendario de meditación para los próximos
meses, cierre del entrenamiento.

Sesión	Tema sesión padres	Ejercicios
1	Desde Marte	Junto con los niños, realizar el ejercicio de la pasa. Sesión Parental: Psicoeducación en TDAH y mindfulness, meditación respirando, explicación de cómo se ha de completar el cuaderno de trabajo y cómo ayudar a su hijo en las actividades.
2	Mi cuerpo	Meditación respirando y escáner corporal.
3	Mi respiración	Escáner corporal, espacio para un respiro, ejercicios de meditación para tomar conciencia de los cambios que produce la respiración en mi cuerpo.
4	Reacciones automáticas	Ejercicios de meditación para tomar conciencia de los cambios que produce la respiración en mi cuerpo, psicoeducación sobre el estrés y su impacto en la generación de respuestas automáticas, ejercicios para facilitar la comunicación positiva con los hijos, Espacio para un respiro.
5	Hábitos y reacciones automáticas	Junto con los niños: Meditación respirando y evaluación grupal. Sesión padres: Meditación de los sonidos y de la respiración, psicoeducación para responder a situaciones estresantes con los hijos utilizando la técnica Espacio para un respiro.

6	Comunicación con tu hijo	Meditación respirando, ejercicios para practicar el uso de la técnica Espacio para un respiro en situaciones estresantes
7	Aceptación y Autonomía	Meditación respirando, ejercicios para practicar el uso de la técnica Espacio para un respiro en situaciones estresantes.
8	Por tu cuenta	Junto con los niños: Meditación respirando, escáner corporal, ejercicios de yoga y meditación guiados por los niños como instructores, calendario de meditación para los próximos meses, cierre del entrenamiento.

Nota: Tabla de elaboración propia.

5.6. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS Statistics 21. El análisis de la covarianza ANCOVA es el que se ha utilizado para la comparación del grupo MYmind (n=15) y el grupo condición control 'Lista de espera' (n=15), teniendo en cuenta la edad y las puntuaciones obtenidas previas a la intervención (el pre-test), como covariables. El nivel de significación establecido para los análisis ha sido de 0.05 ($p < .05$).

ANCOVA es un método estadístico adecuado para diseños pre-post de una prueba determinada (Dimitrov y Rumrill, 2003). Se utilizó eta parcial al cuadrado como medida del tamaño del efecto considerando pequeños, valores inferiores a 0.06, medianos si el resultado está entre 0.06 y 0.14 y grandes para valores superiores a 0.14. Para cuantificar el tamaño de la diferencia entre ambos grupos en cada período, se utilizó la d de Cohen (1998), que sugiere que $d = 0.2$ sea considerado como un efecto pequeño, 0.5 como tamaño de efecto

medio y 0.8 como tamaño de efecto grande. Finalmente, se realizó un análisis de poder para determinar si el presente estudio tenía el poder estadístico adecuado con nuestro tamaño de la muestra ($N = 30$) utilizando G * power v. 3.1.9.743 (Heinrich Heine-Universität, Düsseldorf, Alemania). Los resultados indicaron que el estudio actual tenía 98.83% de potencia para ANCOVA.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

CAPITULO 6. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los ANCOVAS entre el grupo MYmind y el grupo condición control 'Lista de espera', obtenidos tras las ocho semanas de intervención del programa MYmind (post) y 6 meses después en la etapa de seguimiento, agrupados en las categorías siguientes:

- En el caso de los niños, hemos medido la eficacia del entrenamiento en la Sintomatología TDAH (Inatención, Hiperactividad/impulsividad), problemas asociados al TDAH (Aprendizaje, Conducta y Relación entre iguales), Funciones Ejecutivas (Memoria de Trabajo, Inhibición y Flexibilidad Cognitiva) y Mindfulness. (Ver Tabla 7 “Resultados ANCOVA para las Variables Referidas a los Niños” y Tabla 8 “Tamaños del Efecto para las Variables relacionadas con los Niños”).
- En el caso de los padres, hemos medido el impacto del entrenamiento en las variables Estrés parental, Estilo de Disciplina, Mindfulness, Crianza Consciente, Autocompasión o Autocuidado, Autoeficacia, Depresión, Ansiedad y Estrés. (Ver Tabla 9 “Resultados Ancova para las Variables Referidas a los Padres” y Tabla 10 “Tamaño del Efecto para las Variables relacionadas con los Padres”).

Tabla 7

Resultados ANCOVA para las Variables Relacionadas con los Niños

	Variables Niños									
	MYmind (n=15)			Control (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Seguim M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Seguim M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η ² _p	Grupo F _{1,26} (p)	η ² _p
<i>Sintomatología TDAH</i>										
Inatención	81.53 (6.17)	76.93 (7.23)	70.80 (14.20)	81.27 (9.42)	80.47 (8.96)	79.92 (9.88)	0.74 (.397)	.028	5.13 (.032)*	.170
Hiperactividad/ Impulsividad	77.07 (11.52)	69.40 (13.02)	67.46 (14.19)	82.33 (8.31)	80.60 (11.21)	79.07 (12.48)	2.10 (.159)	.075	2.85 (.103)	.103
<i>Problemas Asociados</i>										
Dificultades de Aprendizaje	66.80 (11.07)	61.80 (7.29)	55.60 (8.47)	64.87 (9.96)	62.47 (9.27)	63.28 (9.31)	0.34 (.564)	.013	5.88 (.023)*	.190
Agresión	65.27 (17.81)	62.67 (15.01)	59.93 (15.34)	61.80 (17.08)	63.67 (19.54)	66.21 (18.23)	0.88 (.356)	.033	4.43 (.045)*	.151
Relación entre iguales	77.60 (16.01)	71.87 (17.39)	63.80 (11.46)	75.40 (17.92)	73.47 (18.95)	74.28 (17.66)	0.12 (.732)	.005	5.31 (.030)*	.175

Nota: *p < .05

Variables Niños										
	MYmind (n=15)			Control (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Seguim M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Seguim M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η ² _p	Grupo F _{1,26} (p)	η ² _p
<i>Funciones ejecutivas</i>										
Memoria de Trabajo	7.47 (3.09)	9.47 (3.11)	9.66 (2.87)	9.47 (3.54)	9.00 (2.83)	8.42 (3.84)	1.67 (.207)	.060	2.65 (.116)	.096
Inhibición	9.40 (3.50)	9.53 (2.97)	10.27 (4.01)	9.13 (3.48)	10.27 (3.86)	9.64 (2.87)	0.07 (.798)	.003	2.67 (.115)	.096
Flexibilidad cognitiva	8.54 (3.54)	11.33 (3.83)	10.87 (3.54)	9.53 (3.24)	9.73 (3.03)	10.78 (2.81)	3.34 (.079)	.114	0.11 (.737)	.005
Informe Parental FE	75.60 (6.72)	69.67 (9.45)	64.26 (9.27)	74.33 (13.65)	75.33 (11.00)	73.07 (13.22)	3.13 (.089)	.188	11.43 (.002)*	.314
<i>Mindfulness</i>										
CAAM	19.73 (8.03)	15.86 (6.77)	15.20 (7.02)	15.06 (6.98)	13.06 (6.39)	11.28 (5.25)	0.120 (.731)	.005	1.06 (.311)	.041

Nota: *p < .05

Tabla 8*Tamaños del Efecto para las Variables Referidas a los Niños*

	MYmind (n=15)		Control (n=15)	
	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]
<i>Sintomatología TDAH</i>				
Inatención	0.91 [0.16, 1.66]	1.31 [0.52, 2.10]	0.12 [-0.60, 0.83]	0.19 [-0.53, 0.90]
Hiperactividad/ Impulsividad	0.83 [0.09, 1.58]	0.99 [0.23, 1.75]	0.23 [-0.48, 0.95]	0.41 [-0.31, 1.13]
<i>Problemas Asociados</i>				
Dificultades de Aprendizaje	0.71 [-0.03, 1.45]	1.52 [0.70, 2.33]	0.33[-0.39, 1.05]	0.22 [-0.50, 0.94]
Agresión	0.21[-0.51, 0.93]	0.43 [-0.30, 1.15]	-0.14 [-0.85,0.58]	-0.33 [-1.05, 0.39]
Relación entre iguales	0.46 [-0.27, 1.18]	1.32 [0.53, 2.11]	0.14 [-0.58, 0.86]	0.08 [-0.63, 0.80]
<i>Funciones ejecutivas</i>				
Memoria de Trabajo	-0.86 [-1.61, -0.11]	-0.98 [-1.74, -0.22]	0.20 [-0.52, 0.91]	0.38 [-0.34, 1.10]
Inhibición	-0.05 [-0.77, -0.66]	-0.31 [-1.03, 0.41]	-0.41[-1.14, 0.31]	-0.21 [-0.93, 0.50]
Flexibilidad cognitiva	-1.01 [-1.77, -0.25]	-0.88 [-1.63, -0.13]	-0.09[-0.80, 0.63]	-0.55 [-1.28, 0.18]

Informe Parental FE	0.96 [0.21, 1.72]	1.87 [1.01, 2.73]	-0.11 [-0.82, 0.61]	0.13 [-0.59, 0.84]
<i>Mindfulness</i>				
CAAM	-0.69 [-1.43, 0.04]	-0.80 [-1.54, -0.06]	-0.38 [-1.11, 0.35]	-0.79 [-1.55, -0.04]

Nota: d= tamaño del efecto de Cohen; 95% Intervalo de Confianza.

6.1. Resultados principales en las variables asociadas a los niños.

6.1.1. Sintomatología TDAH

En este punto vamos a analizar, si el entrenamiento MYMind ha influido en la mejora de la inatención, hiperactividad y/o impulsividad de los participantes. Los resultados ANCOVA indican que en el período post-intervención, no ha habido diferencias estadísticamente significativas entre el grupo MYmind y el grupo lista de espera, para las variables Inatención e Hiperactividad / impulsividad que fueron medidas a través del instrumento Conners-3P, autocompletado por los padres. No obstante, en el “Seguimiento”, sí se observan diferencias significativas entre el grupo MYmind respecto al grupo lista de espera a favor del grupo experimental, mostrando una reducción de la sintomatología de *Inatención* ($p = .032$; $\eta_p^2 = 0.170$) (Ver Figura 2).

Para la sintomatología de *Hiperactividad / impulsividad* no se observan diferencias significativas, aunque como se aprecia en la Figura 3, existe una tendencia positiva favor del grupo MYmind ($M=67.46$) en comparación con el grupo Control ($M=79.07$). Respecto al tamaño del efecto dentro de los grupos para *Inatención e Hiperactividad / Impulsividad*, el grupo MYmind mostró un tamaño del efecto alto tanto en el post ($d = 0.91$, $d=0.83$ respectivamente) como en el seguimiento ($d=1.31$, $d= 0.99$, respectivamente) (ver Tabla 8).

Figura 2

Evolución de las puntuaciones T estimadas de la variable Inatención en cada una de las condiciones.

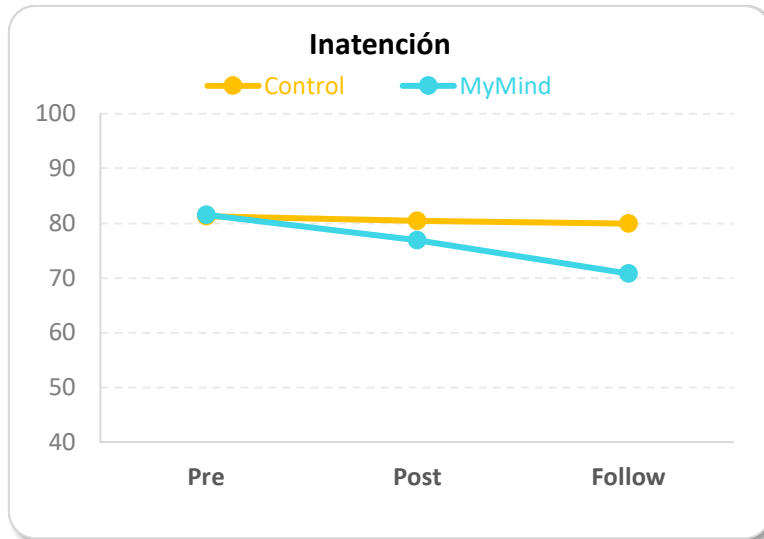
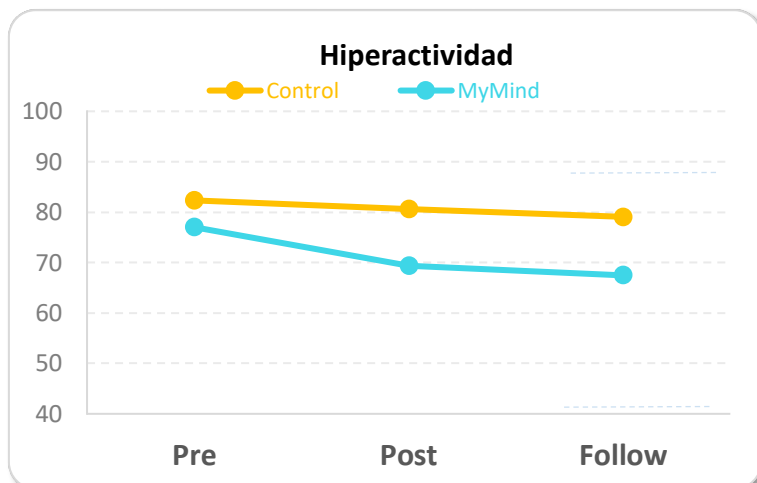


Figura 3

Evolución de las puntuaciones T de la variable Hiperactividad/Impulsividad en cada una de las condiciones.



6.1.2. Problemas asociados

Estas tres subescalas de la escala Conners-3P, hacen referencia a aquellas dificultades adicionales que pueden presentar los niños, como consecuencia del diagnóstico TDAH.

Para el período post-intervención, no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, para el momento de seguimiento, sí fueron estadísticamente significativas las diferencias a favor del grupo MYmind, para las variables *Dificultades de aprendizaje* ($p = .023$; $\eta_p^2 = .190$), *Agresión* ($p = .045$, $\eta_p^2 = .151$) y *Relaciones con los compañeros* ($p = .030$, $\eta_p^2 = .175$) Esto indicaría que el grupo MYmind tuvo menos problemas comórbidos respecto a la condición control, durante seis meses después de finalizar la intervención. Cabe señalar que los tamaños del efecto dentro del grupo fueron especialmente altos para la variable *Dificultades de aprendizaje* en el grupo MYmind, tanto entre el pre-post intervención ($d = 0.71$) como entre el pre-seguimiento ($d = 1.52$) (ver Tabla 8). La variable *Relación entre iguales*, mostró un tamaño del efecto medio tras la intervención ($d=0.46$) y un tamaño del efecto muy alto tras seis meses del programa ($d=1.32$) a favor del grupo MYmind. La evolución de las puntuaciones T para cada uno de los grupos y subescalas, puede observarse en las figuras 4, 5 y 6 de a continuación.

Figura 4

Evolución de las puntuaciones T de la variable Dificultades de Aprendizaje en cada una de las condiciones.

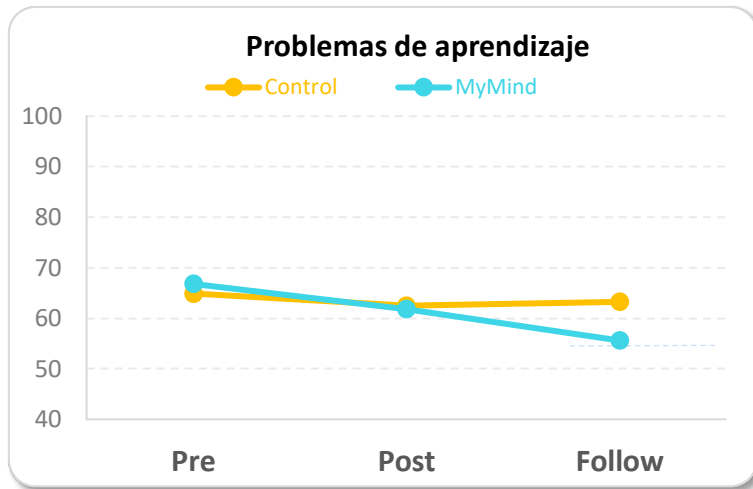


Figura 5

Evolución de las puntuaciones T de la variable Agresión en cada una de las condiciones.

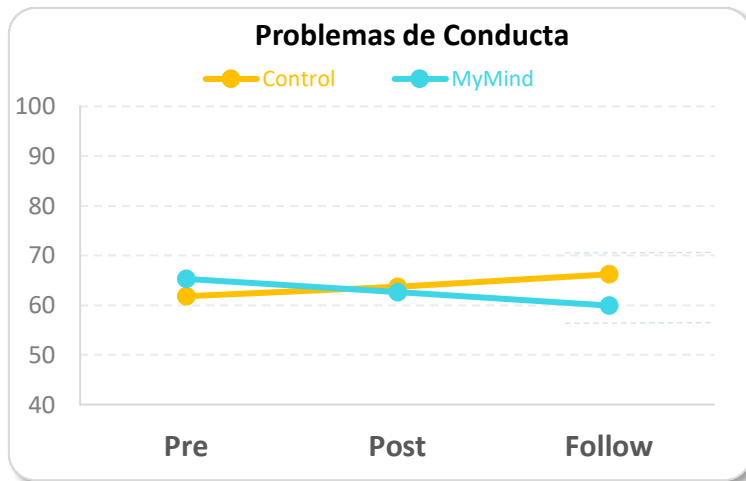
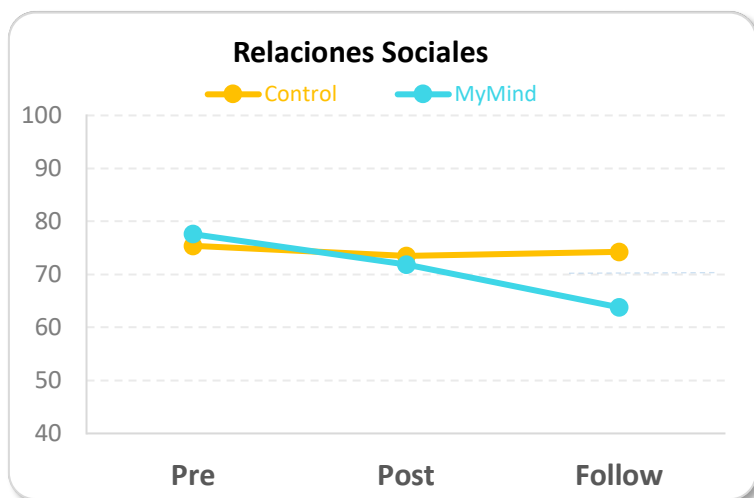


Figura 6

Evolución de las puntuaciones T de la variable Relación entre iguales en cada una de las condiciones



6.1.3. Funciones ejecutivas

En el momento post-intervención, no se observan diferencias significativas entre el grupo MYmind y el grupo control en ninguno de los procesos ejecutivos evaluados. Sí se observan diferencias significativas en el seguimiento, para la categoría de *Funcionamiento ejecutivo general* informado por los padres a favor del grupo que recibe la intervención MYmind ($p = .002$, $\eta_p^2 = .314$). Respecto al tamaño del efecto en el período post-intervención, los resultados indican un tamaño del efecto alto, para las variables *Memoria de trabajo* ($d = -0.86$), *Flexibilidad cognitiva* ($d = -1.01$) y *Funcionamiento ejecutivo* ($d = 0.96$) a favor del grupo MYmind.

Para el momento seguimiento, se mantienen los tamaños del efecto alto obtenidos en el post a favor del grupo que recibe el entrenamiento MYmind siendo incluso más altos para la variable *Memoria de trabajo* ($d = -0.98$) y *Funcionamiento ejecutivo* informado por los padres ($d = 1.87$). La variable

Flexibilidad Cognitiva, mantiene el tamaño del efecto alto, aunque ofrece un valor más bajo ($d=-.088$ en el seguimiento versus $d=-1.01$ del post). Las figuras 7, 8 y 9 muestran la tendencia de las medias marginales para cada uno de los grupos con respecto a *Memoria de trabajo*, *Inhibición* y *Flexibilidad Cognitiva*. La figura 10 muestra la evolución de las puntuaciones T para cada grupo, referido al *Funcionamiento Ejecutivo* informado por los padres.

Figura 7

Evolución de las medias marginales de la variable Memoria de trabajo en cada una de las condiciones

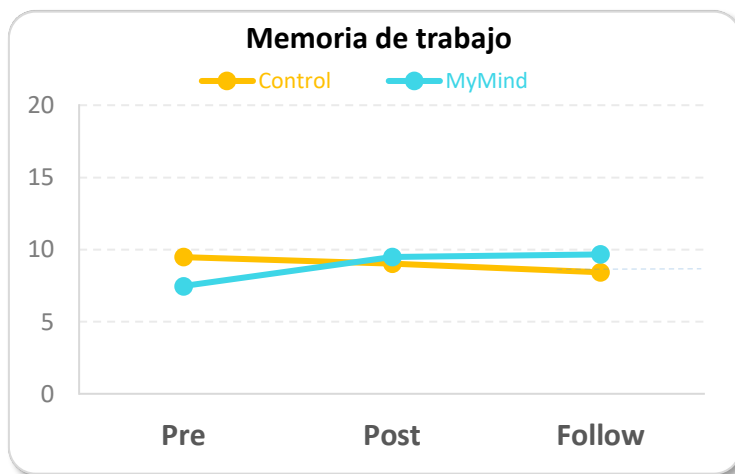


Figura 8

Evolución de las medias marginales de la variable Inhibición en cada una de las condiciones

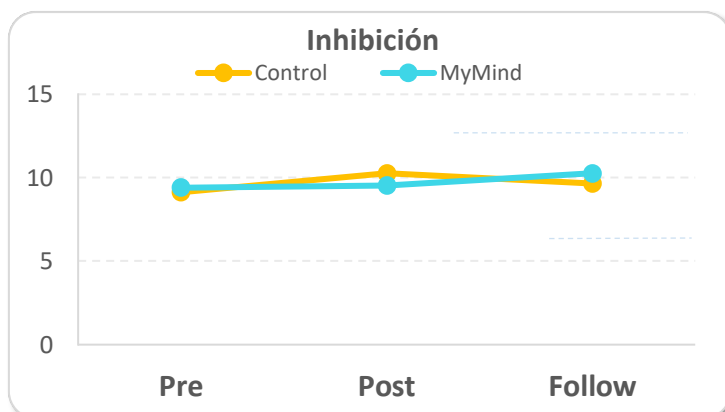


Figura 9

Evolución de la media marginal de la variable Flexibilidad Cognitiva en cada una de las condiciones

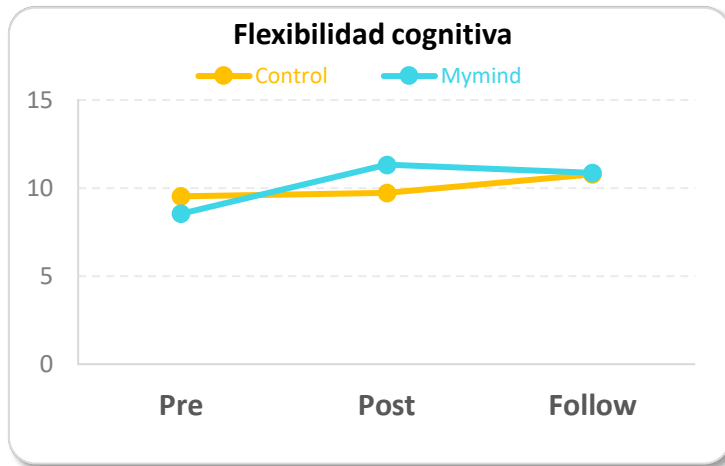
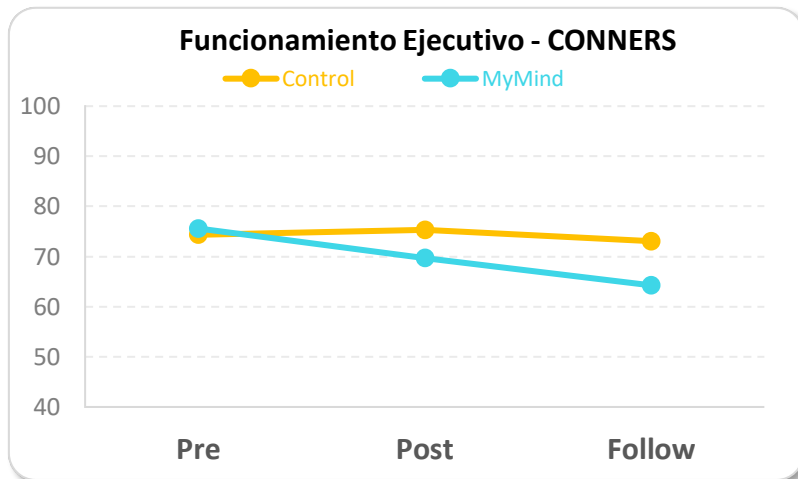


Figura 10

Evolución de las puntuaciones T de la variable Función Ejecutiva informada por los padres en cada una de las condiciones

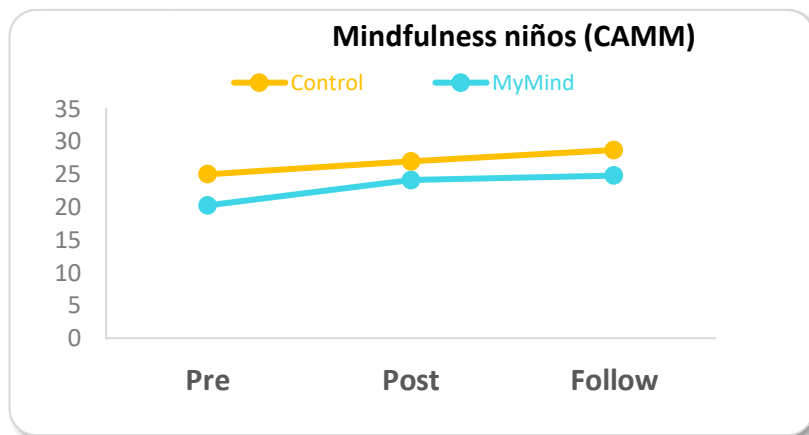


6.1.4. Mindfulness

Tal y como se aprecia en la tabla 8, no hubo diferencias significativas entre los grupos ni en el momento post-intervención, ni en el período de seguimiento. Puede apreciarse la evolución de las medias marginales para cada grupo y período, en la Figura 11.

Figura 11

Evolución de las medias marginales de la variable Mindfulness para niños (CAAM) en cada una de las condiciones



6.2. Resultados principales en las variables asociadas a los padres.

A continuación, presentamos los resultados y tamaños del efecto de las variables Estrés parental, Estilo de Disciplina, Mindfulness, Crianza Consciente, Autocompasión o Autocuidado, Autoeficacia y Depresión, Ansiedad y Estrés, referidas a los progenitores, expuestos en las Tablas 9 y 10.

Tabla 9

Resultados ANCOVA para las variables referidas a los padres

	Variables Parentales						Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	MYmind (n=15)			Lista de Espera(n=15)			Grupo F _{1,27} (p)	η^2_p	Grupo F _{1,26} (p)	η^2_p
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)				
<i>Estrés Parental</i>										
Malestar Paterno	32.46 (9.37)	27.33 (5.72)	26.26 (10.81)	34.66 (8.39)	35.26 (8.56)	35.07 (9.60)	4.79 (.038)*	.155	3.67 (.067)	.128
Interacción disfuncional Padres-Hijos	28 (6.34)	28 (4.39)	30.73 (6.50)	28.66 (7.11)	34.13 (9.34)	31.46 (6.43)	9.58 (.005)*	.269	0.18 (.673)	.007
Estrés cuidado hijos	39.86 (6.13)	37.20 (5.37)	33.26 (7.24)	41.10 (6.49)	40.13 (8.25)	33.14 (9.91)	1.25 (.274)	.046	0.02 (.901)	.001
Total	100.33 (17.51)	92.53 (12.77)	90.26 (18.27)	104.43 (19.06)	109.53 (23.05)	99.66 (18.20)	6.42 (.018)*	.198	0.88 (.357)	.034

Nota: *p < .05

<i>Variables Parentales</i>										
	MYmind (n=15)			Lista de Espera (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η ² _p	Grupo F _{1,26} (p)	η ² _p
<i>Estilo Parental</i>										
Laxitud	2.69 (0.91)	2.72 (0.80)	2.63 (0.61)	3.04 (0.81)	3.04 (0.979)	2.85 (0.67)	0.10 (.752)	.004	0.55 (.465)	.022
Sobre- reactividad	3.65 (0.74)	2.98 (0.91)	2.83 (0.92)	3.88 (0.71)	3.77 (0.778)	3.85 (1.03)	6.18 (.020)*	.192	8.97 (.006)*	.264
Hostilidad	4.23 (0.65)	4.04 (0.78)	3.70 (0.85)	4.68 (0.61)	4.8 (0.818)	4.61 (0.73)	1.83 (.188)	.066	4.93 (.036)*	.165
Total	3.49 (3.75)	3.28 (0.61)	3.06 (0.57)	3.79 (0.50)	3.77 (0.51)	3.71 (0.43)	3.28 (.082)	.112	10.84 (.003)*	.302

Nota: *p < .05

Variables Parentales										
	MYmind (n=15)			Lista de Espera (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η^2_p	Grupo F _{1,26} (p)	η^2_p
<i>Mindfulness</i>										
Observar	11.66 (2.31)	11.86 (1.95)	12.60 (2.09)	11.80 (2.21)	11.66 (2.05)	11.50 (2.40)	0.28 (.596)	.011	1.39 (.249)	.053
Describir	11.66 (3.13)	11.20 (2.65)	10.86 (2.97)	10.86 (1.68)	10.73 (2.60)	11.78 (1.88)	0.02 (.881)	.001	4.97 (.035)*	.166
Actuar	13.53 (2.85)	11.53 (2.19)	11.20 (2.00)	12.86 (1.80)	13.20 (2.90)	13.14 (1.79)	4.23 (.049)*	.136	1.25 (.279)	.073
No Juzgar	14.26 (2.05)	13.46 (2.44)	14.66 (1.63)	14.33 (1.49)	13.73 (1.98)	13.64 (1.59)	0.04 (.833)	.002	4.42 (.049)*	.189
No reacción	11.80 (2.36)	12.00 (1.96)	12.06 (2.52)	11.06 (1.53)	11.53 (1.99)	11.42 (2.31)	0.04 (.826)	.002	0.02 (.886)	.001
Total	62.53 (3.18)	66.06 (3.73)	61.40 (5.39)	60.46 (2.85)	60.86 (2.85)	61.50 (4.20)	1.062 (.312)	.039	2.552 (.123)	.093

Nota: *p < .05

	Variables Parentales									
	MYmind (n=15)			Lista de Espera (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η^2_p	Grupo F _{1,26} (p)	η^2_p
<i>Crianza Consciente</i>										
Conciencia y Atención	14.53 (1.99)	14.46 (2.03)	14.46 (1.55)	14.40 (1.05)	14.06 (1.53)	13.71 (.99)	0.19 (.661)	.008	2.82 (.105)	.102
No juicio	11.60 (1.91)	11.86 (1.95)	12.60 (1.91)	11.26 (1.53)	10.66 (2.28)	10.57 (2.17)	1.42 (.244)	.052	6.60 (.017)*	.209
No reacción	8.46 (2.13)	10.00 (1.60)	10.00 (1.46)	8.40 (1.45)	8.86 (1.50)	8.64 (1.49)	1.83 (.187)	.066	5.00 (.034)*	.167
Total	34.60 (4.43)	36.33 (4.48)	37.06 (3.63)	34.06 (3.12)	33.60 (4.03)	32.92 (3.85)	1.89 (.181)	.068	9.559 (.005)*	.277

Nota: *p < .05

Variables Parentales										
	MYmind (n=15)			Lista de Espera (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η ² _p	Grupo F _{1,26} (p)	η ² _p
<i>Autocompasión</i>										
Amabilidad	6.06 (1.90)	6.66 (1.63)	7.26 (1.33)	5.53 (1.72)	5.66 (1.67)	6.00 (1.70)	1.45 (.238)	.053	4.25 (.050)	.145
Auto-juicio	3.26 (.96)	3.13 (.83)	2.73 (1.43)	3.33 (.97)	3.06 (1.03)	3.14 (1.23)	0.006 (.939)	.000	0.935 (.343)	.036
Humanidad compartida	5.80 (1.82)	6.60 (1.84)	7.13 (1.84)	5.86 (1.68)	6.40 (1.72)	6.71 (1.32)	0.34 (.564)	.013	0.505 (.484)	.020
Aislamiento	5.40 (2.55)	4.93 (1.98)	4.40 (2.06)	6.26 (1.66)	5.40 (2.35)	6.07 (2.16)	0.002 (.967)	.000	4.63 (.041)*	.157
Conciencia Plena	7.13 (1.92)	7.00 (1.00)	7.93 (1.22)	6.80 (1.56)	6.93 (1.57)	6.57 (2.06)	0.006 (.937)	.000	6.55 (.017)*	.208
Sobre-Identificación	6.26 (2.15)	5.46 (2.06)	4.93 (2.21)	7.13 (1.18)	6.33 (2.28)	6.50 (2.24)	0.001 (.975)	.000	1.55 (.225)	.058
Total	34.06 (7.21)	36.73 (7.56)	40.26 (6.38)	31.46 (5.12)	34.20 (6.20)	33.57 (6.29)	.186 (.670)	.007	7.43 (.012)*	.229

Nota: *p < .05

Variables Parentales										
	MYmind (n=15)			Lista de Espera (n=15)			Estadísticos Pre-Post		Estadísticos Pre-Seguimiento	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Follow M (DT)	Grupo F _{1,27} (p)	η ² _p	Grupo F _{1,26} (p)	η ² _p
<i>Autoeficacia</i>										
Iniciativa	3.33 (3.26)	2.66 (1.63)	2.13 (1.84)	2.73 (1.57)	2.86 (1.72)	3.35 (2.23)	0.08 (.768)	.003	8.209 (.008)	.247
Esfuerzo	11.66 (4.65)	12.53 (3.66)	12.26 (4.09)	12.13 (3.31)	12.80 (3.91)	12.07 (2.89)	0.005 (.946)	.000	0.242 (.627)	.010
Persistencia	4.33 (2.41)	3.06 (2.01)	3.00 (1.55)	4.20 (1.82)	4.20 (2.33)	4.00 (2.14)	2.497 (.126)	.088	2.949 (.098)	.106
Total	19.33 (4.35)	18.26 (3.53)	17.40 (2.16)	19.06 (3.08)	19.86 (4.85)	19.42 (4.41)	1.31 (.262)	.048	2.30 (.142)	.084
<i>Depresión</i>										
Depresión	10.80 (7.20)	5.86 (5.31)	3.46 (4.37)	9.06 (7.40)	6.66 (7.73)	10.00 (9.24)	0.25 (.616)	.010	3.93 (.058)	.136
Ansiedad	7.33 (6.26)	4.93 (6.13)	3.13 (3.27)	7.06 (7.59)	6.40 (5.61)	9.57 (6.61)	1.04 (.317)	.039	16.16 (.000)*	.393
Estrés	19.33 (8.02)	13.46 (6.69)	12.53 (6.06)	17.46 (6.43)	15.46 (5.52)	19.71 (6.64)	1.26 (.271)	.046	7.56 (.011)*	.232
Total	18.73 (9.66)	12.13 (8.33)	9.56 (5.80)	16.80 (10.01)	14.26 (7.93)	19.64 (10.32)	1.103 (.303)	.041	9.98 (.004)*	.285

Tabla 10

Tamaño del efecto para las variables referidas a los padres.

	MYmind (n=15)		Control (n=15)	
	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]
<i>Estrés Parental</i>				
Malestar Paterno	0.88 [0.13, 1.63]	0.82 [0.07, 1.56]	-0.09 [-0.81, 0.62]	-0.06 [-0.79, 0.67]
Interacción disfuncional Padres- Hijos	0 [-0.72, 0.72]	-0.57 [-1.30, 0.16]	-0.77 [-1.63, -0.13]	-0.59 [-1.29, 0.19]
Estrés cuidado hijos	0.62 [-0.12, 1.35]	1.31 [0.52, 2.10]	0.17 [-0.54, 0.89]	1.28 [0.48, 2.08]
Total	0.68 [-0.06, 1.41]	0.75 [0.01, 1.49]	-0.32 [-1.04, 0.40]	0.34 [-0.39, 1.07]
<i>Estilo Parental</i>				
Laxitud	-0,05 [-0.76, 0.67]	0.10 [-0.61, 0.82]	0.00 [-0.72, 0.72]	0.39 [-0.39, 1.07]
Sobre-reactividad	1.08 [0.31, 1.84]	1.31 [0.52, 2.10]	0.20 [-0.52, 0.91]	0.05 [-0.68, 0.77]
Hostilidad	0.35 [-0.37, 1.07]	0.93 [0.18, 1.69]	-0.22 [-0.94, 0.50]	0.14 [-0.59, 0.87]
Total	0.10 [-0.61, 0.82]	0.21 [-0.50, 0.93]	0.05 [-0.66, 0.77]	0.22 [-0.50, 0.96]

Nota: d= tamaño del efecto de Cohen; 95% Intervalo de Confianza.

	MYmind (n=15)		Control (n=15)	
	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]
<i>Mindfulness</i>				
Observar	-0.12 [-0.84, 0.59]	-0.56 [-1.31, 0.17]	0.08 [-0.62, 0.80]	0.17 [-0.55, 0.90]
Describir	0.21 [-0.50, 0.93]	0.34 [-0.38, 1.08]	0.07 [-0.63, 0.80]	-0.68 [-1.43, 0.06]
Actuar	1.04 [0.28, 1.81]	1.25 [0.45, 2.05]	-0.18 [-0.90, 0.53]	-0.20 [-0.93, 0.52]
No Juzgar	0.47 [-0.25, 1.20]	-0.28 [-1.01, 0.45]	-0.45 [-0.26, 1.18]	0.59 [-0.14, 1.34]
No reacción	-0.12 [-0.83, 0.59]	-0.14 [-0.87, 0.59]	-0.35 [-1.07, 0.37]	-0.24 [-0.97, 0.48]
Total	-1.35 [-2.15, -0.56]	0.34 [-0.39, 1.08]	-0.18 [-0.90, 0.53]	0.38 [-1.12, 0.35]
<i>Crianza Consciente</i>				
Conciencia y Atención	0.04 [-0.66, 0.76]	0.05 [-0.67, 0.78]	0.34 [-0.37, 1.07]	0.90 [0.13, 1.66]
No juicio	-0.17 [-0.89, 0.54]	-0.69 [-1.44, 0.05]	0.41 [-0.31, 1.14]	0.49 [-0.24, 1.23]
No reacción	-1.09 [-1.85, -0.32]	-1.11 [-1.90, -0.33]	-0.41 [-1.13, 0.31]	-0.21 [-0.94, 0.51]
Total	-0.51 [-1.24, 0.21]	-0.80 [-1.56, -0.05]	-0.17 [-0.54, 0.89]	0.43 [-0.30, 1.17]
<i>Auto-Compasión</i>				
Amabilidad	-0.45 [-1.17, 0.27]	-0.96 [-1.73, -0.20]	-0.10 [-0.81, 0.61]	-0.36 [-1.10, 0.37]
Auto-juicio	0.19 [-0.52, 0.91]	0.58 [-0.15, 1.33]	0.35 [-0.36, 1.08]	0.22 [-0.50, 0.96]
Humanidad compartida	-0.58 [-1.31, 0.15]	-0.96 [-1.73, -0.20]	-0.42 [-1.14, 0.30]	-0.74 [-1.50, 0.01]

Aislamiento	0.27 [-0.44, 0.99]	0.57 [-0.17, 1.32]	0.56 [-0.16, 1.29]	0.13 [-0.59, 0.86]
Conciencia Plena	0.11 [-0.60, 0.83]	-0.65 [-1.40, 0.09]	-0.11 [-0.82, 0.61]	0.16 [-0.56, 0.90]
Sobre-Identificación	0.50 [-0.22, 1.23]	0.81 [0.05, 1.57]	0.58 [-0.14, 1.32]	0.47 [-0.26, 1.21]
Total	-0.48 [-1.20, 0.24]	-1.21 [-2.00, -0.42]	-0.64 [-1.37, 0.09]	-0.49 [-1.23, 0.25]

	MYmind (n=15)		Control (n=15)	
	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Post Mean dif. d [CI 95%]	Pre-Follow Mean dif. d [CI 95%]
<i>Autoeficacia</i>				
Iniciativa	0.34[-0.37, -1.07]	0.59 [-0.14, -1.34]	-0.10 [-0.82, 0.61]	-0.43 [-1.16, 0.31]
Esfuerzo	-0.27 [-0.99, -0.44]	-0.18 [-0.91, 0.55]	-0.24 [-0.96, 0.47]	0.02 [-0.70, 0.75]
Persistencia	0.76 [0.02, -1.50]	0.86 [0.10, -1.63]	0.00 [-0.71, 0.72]	0.13 [-0.59, 0.86]
Total	0.36 [-0.36, 1.08]	0.74 [-0.01, 1.49]	-0.26 [-0.98, 0.46]	-0.12 [-0.85, 0.60]
<i>Depresión</i>				
Depresión	1.04 [0.27, 1.80]	1.62 [0.78, 2.47]	0.42 [-0.30, 1.15]	-0.15 [-0.87, 0.58]
Ansiedad	0.51 [-0.21, 1.24]	1.10 [0.32, 1.89]	0.13 [-0.58, 0.85]	-0.46 [-1.20, 0.27]
Estrés	1.05 [0.29, 1.82]	1.26 [0.47, 2.07]	0.44 [-0.27, 1.17]	-0.45 [-1.19, 0.28]
Total	0.97 [0.21, 1.73]	1.53 [0.72, 2.35]	0.37 [-0.34, 1.10]	-0.37 [-1.10, 0.36]

Nota: d= tamaño del efecto de Cohen; 95% Intervalo de Confianza.

6.2.1. Estrés Parental

Las subescalas *Malestar Paterno* ($p = .038$, $\eta_p^2 = .155$) e *Interacción disfuncional Padres-hijos* (Paterno ($p = .005$, $\eta_p^2 = .269$), arrojaron resultados significativos a favor del grupo que recibió el entrenamiento, es decir, el grupo de padres que participó en la intervención mejoró su nivel de estrés tras las ocho semanas de programa (ver la evolución de las medias marginales en Figura 12 y 13 respectivamente). La variable que mide el *Estrés Total de los padres* también fue significativa en el momento post-intervención a favor del grupo MYmind ($p = .018$, $\eta_p^2 = .198$). Sin embargo, estas mejoras obtenidas en el post, no se mantienen para ninguna de las subescalas ni para la variable *Estrés total*, tras seis meses después del programa (ver la evolución de las medias marginales para cada grupo y período en Figura 15).

Respecto al tamaño del efecto, para la subescala *Malestar paterno*, el tamaño del efecto es alto tanto en el momento post-intervención como seis meses después del programa ($d=0.88$; $d=0.82$) a favor del grupo de padres MYmind. Para la subescala *Interacción disfuncional Padres-hijos*, el tamaño del efecto es mediano, tras el período de seguimiento a favor del grupo experimental ($d=-0.57$) y muy alto para la tercera subescala *Estrés percibido en el cuidado de los hijos* ($d=1.31$) también referido al grupo MYmind. Es destacable que en esta subescala y solo referido a ésta, el tamaño del efecto en el grupo control también es muy alto ($d=1.28$). Se puede observar la evolución de las medias marginales para cada grupo y período de esta subescala en la Figura 14.

Para la variable que mide *el Estrés Parental Total*, el tamaño del efecto es mediano tras las ocho semanas de programa a favor del grupo MYmind ($d=0.68$) y moderadamente alto, tras seis meses después del programa ($d=0.75$).

Figura 12

Evolución de las medias marginales de la variable Estrés Parental en cada una de las condiciones

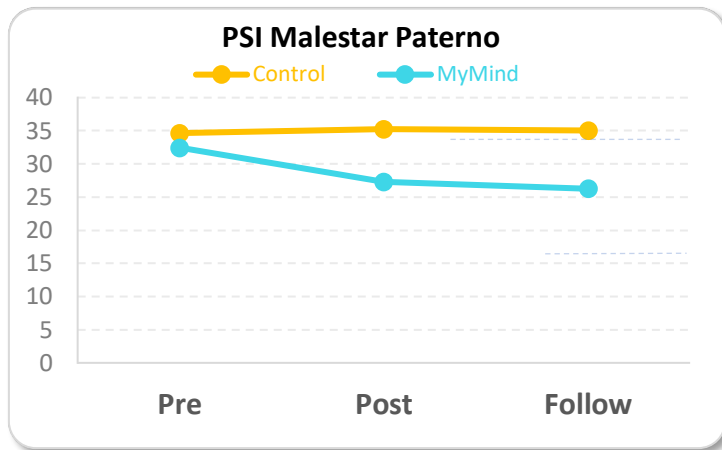


Figura 13

Evolución de las medias marginales de la variable Interacción Disfuncional en cada una de las condiciones

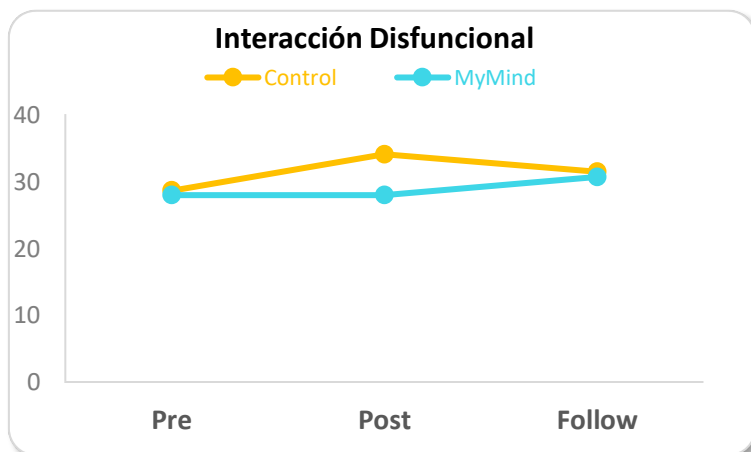


Figura 14

Evolución de las medias marginales de la variable Estrés percibido por cuidado hijos en cada una de las condiciones

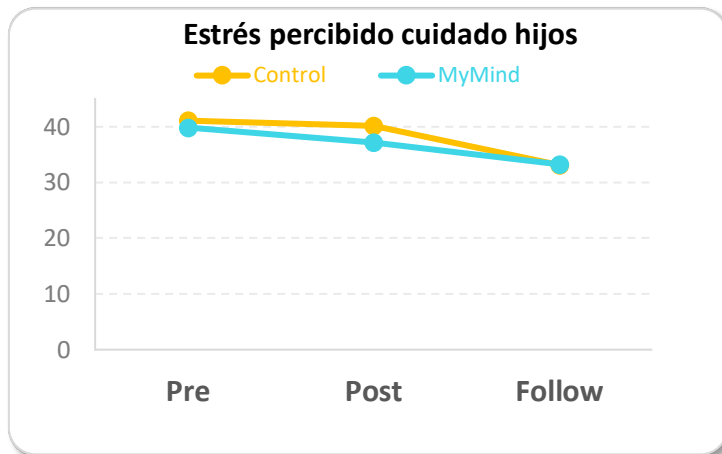
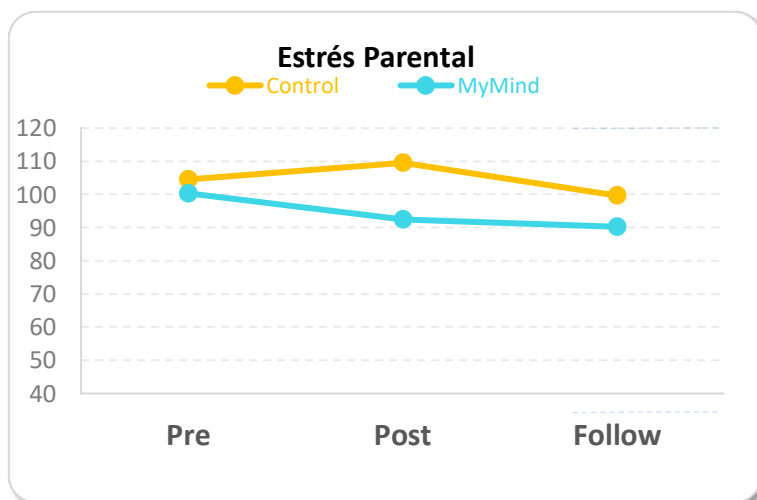


Figura 15

Evolución de las medias marginales de la variable Estrés Total en cada una de las condiciones



6.2.2. Estilo de Disciplina

El valor de la *Escala Parental Total*, ofreció datos significativos a favor del grupo MYMind, solo para la etapa de seguimiento ($p = .003$, $\eta_p^2 = .302$), pudiendo observarse la evolución de las medias marginales para cada grupo y período en la Figura 18.

Si bien los cambios en *Laxitud* no fueron significativos en ninguno de los períodos analizados (Ver Tabla 9 y figura 16 para la evolución de las medias marginales), es destacable que la subescala *Sobrerreactividad* de los padres, sea la única variable de toda la investigación cuyos datos muestren una reducción significativa tanto para el post ($p = .020$, $\eta_p^2 = .192$) como para el período de seguimiento ($p = .006$, $\eta_p^2 = .264$) a favor del grupo de padres que recibió la intervención. En la figura 17 se aprecia la evolución de las medias marginales para esta subescala.

La Tabla 10 muestra los tamaños del efecto del cambio para las variables parentales. Los tamaños del efecto recogidos a favor del grupo de padres que recibió el entrenamiento MYmind son muy altos para la subescala *Sobrerreactividad* tanto en post ($d=1.08$) como en el momento de seguimiento ($d=1.31$).

Figura 16

Evolución de las medias marginales de la variable Estilo Parental Laxitud en cada una de las condiciones

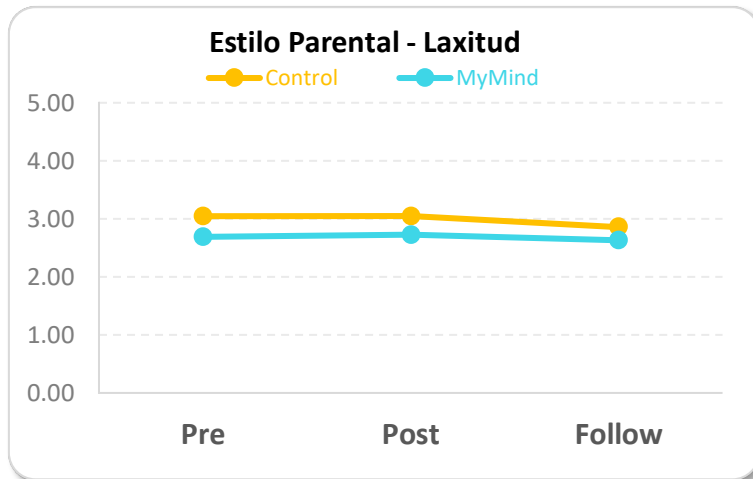


Figura 17

Evolución de las medias marginales de la variable Estilo Parental Sobrerreactividad en cada una de las condiciones

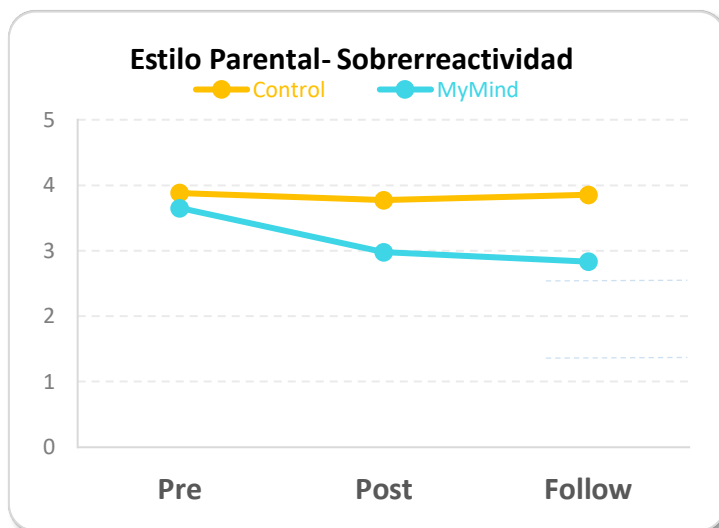
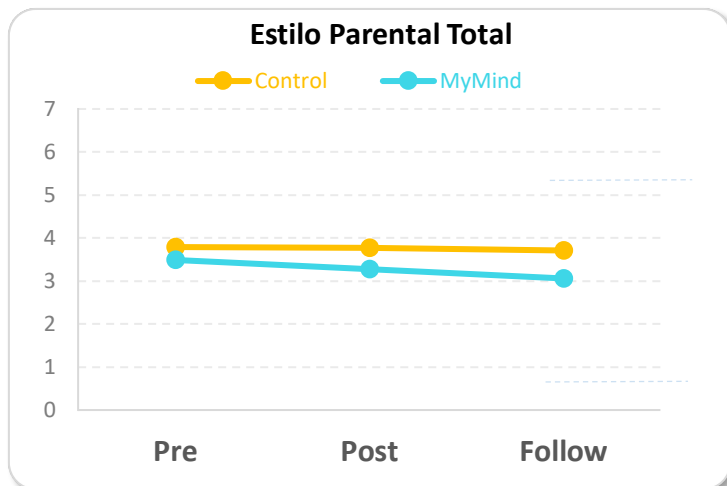


Figura 18

Evolución de las medias marginales de la variable Estilo Parental Total en cada una de las condiciones



6.2.3. Mindfulness

Respecto a la evaluación de las habilidades mindfulness de los padres a partir de las cinco habilidades contenidas en la escala FFMQ: *Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, No juzgar y Ausencia de Reactividad*, el test solo mostró mejoras significativas a favor del grupo MYmind y en el período de seguimiento, para la subescala *No juzgar* ($p=.049$; $\eta_p^2=.189$).

Los valores significativos obtenidos en el post para la subescala *Actuar* ($p=.049$; $\eta_p^2=.136$) y de la subescala *Describir* ($p=.035$; $\eta_p^2=.166$) en el período de seguimiento, lo fueron a favor del grupo condición Control. Puede observarse la evolución de sus medias marginales para cada grupo y período en las figuras 21 y 20 respectivamente.

Los tamaños del efecto para las subescalas de este instrumento pueden ser consultados en la tabla 10. Son destacables los altos tamaños del efecto recogidos para la variable *Actuar con conciencia* a favor del grupo MYmind, tanto

para el post como para el momento de seguimiento ($d=1.04$; $d=1.25$). La evolución de sus medias marginales puede observarse en la Figura 21.

Figura 19

Evolución de las medias marginales de la variable Observar de la escala FFMQ en cada una de las condiciones

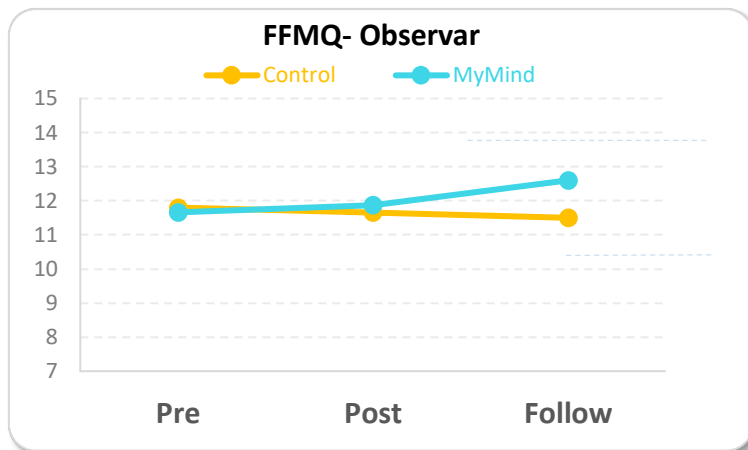


Figura 20

Evolución de las medias marginales de la variable Describir de la escala FFMQ en cada una de las condiciones

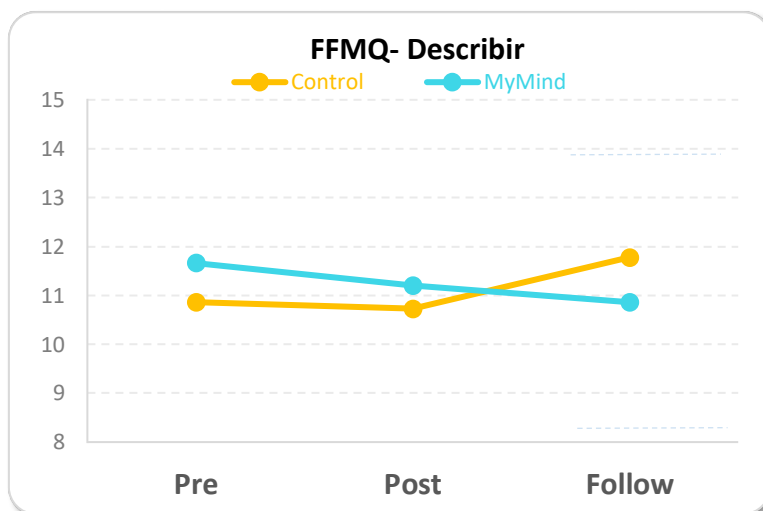


Figura 21

Evolución de las medias marginales de la variable Actuar con conciencia de la escala FFMQ en cada una de las condiciones

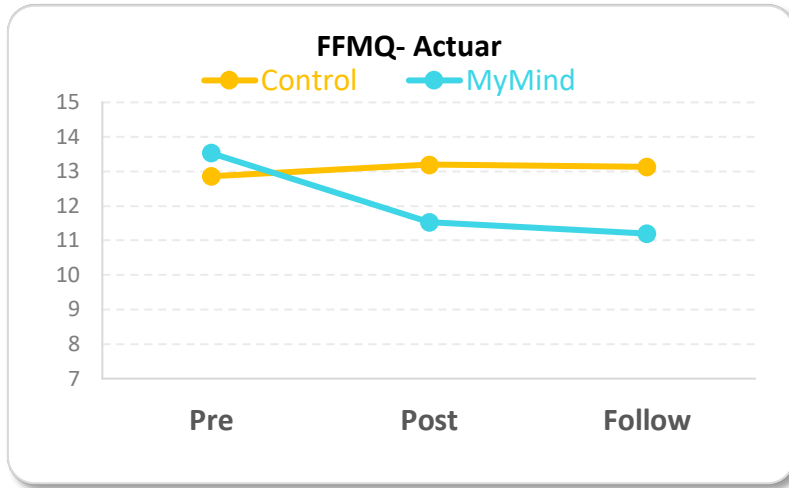


Figura 22

Evolución de las medias marginales de la variable No juzgar de la escala FFMQ en cada una de las condiciones

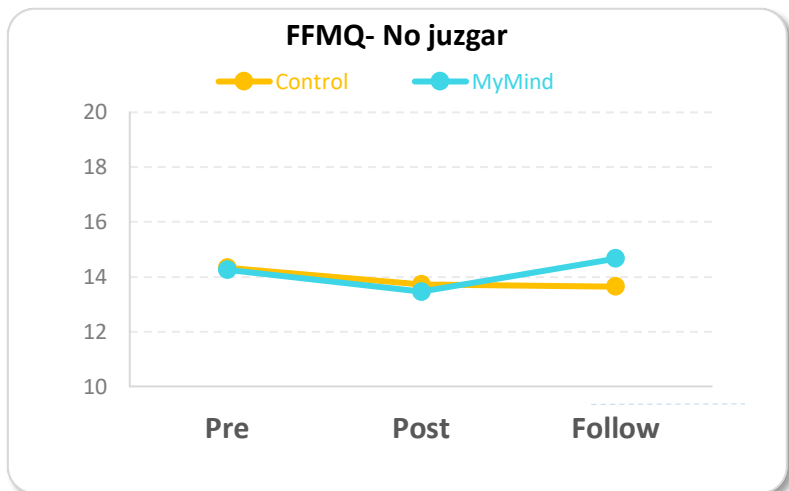


Figura 23

Evolución de las medias marginales de la variable No reacción de la escala FFMQ en cada una de las condiciones

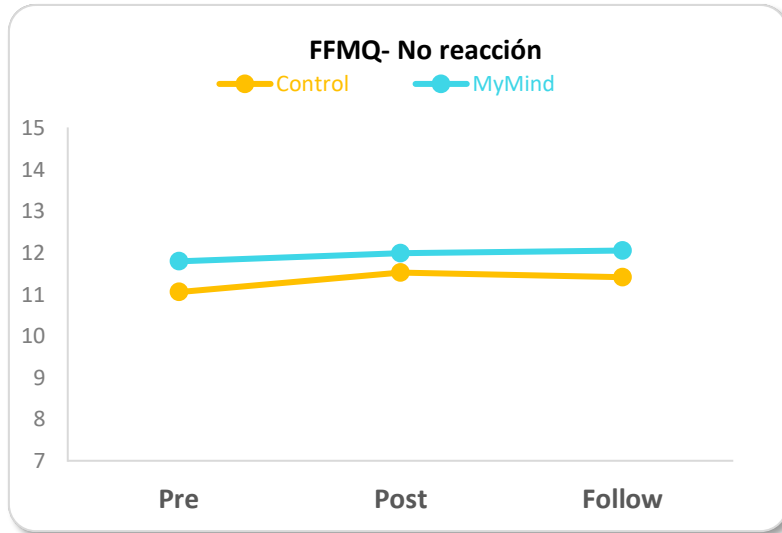
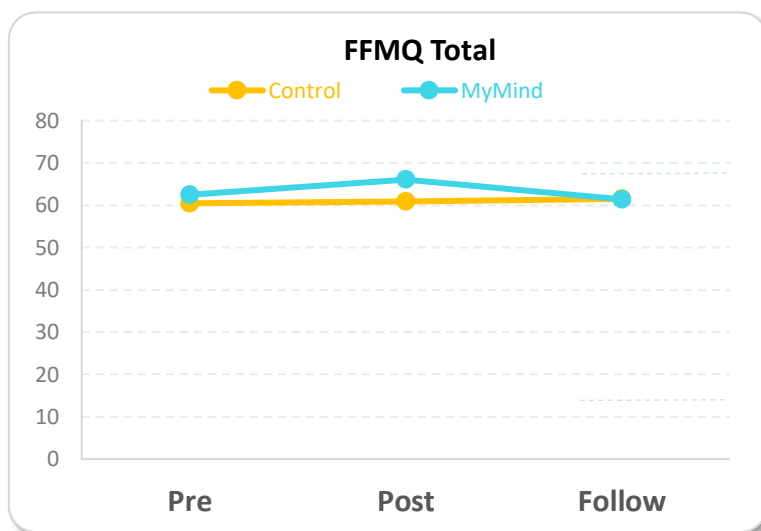


Figura 24

Evolución de las medias marginales de la escala total de Mindfulness (FFMQ) madres en cada una de las condiciones



6.2.4. Crianza consciente

El valor de la Escala Total IEM-P (Duncan, 2007) referida a la medición sobre las competencias en la crianza es significativa a favor del grupo MYMind, para el período de seguimiento ($p=.005$; $\eta_p^2=.277$). Puede verse en la Figura 28, la evolución de las medias marginales para cada grupo y período.

En el caso de las subescalas, se encontraron mejoras significativas entre el pre y el período de seguimiento, para las variables *No juicio* ($p=.017$; $\eta_p^2=.209$) y *No reacción* ($p=.017$; $\eta_p^2=.209$) ($p=.034$; $\eta_p^2=.167$), observándose la evolución de sus medias marginales en las Figuras 26 y 27, respectivamente. Respecto al tamaño del efecto, en el período post-intervención es destacable el tamaño grande de la variable *No reacción* ($d=-1.09$) a favor del grupo de padres MYmind y el tamaño de efecto moderado para el valor de la Escala Total de Crianza Consciente ($d=0.51$). En el período de seguimiento, los tamaños del efecto son altos a favor del grupo de padres MYmind para la Escala Total de Crianza Consciente ($d=0.80$), moderadamente altos para la variable *No juicio* ($d=0.69$) y muy altos para la variable *No reacción* ($d=1.11$).

Figura 25

Evolución de las medias marginales de la variable Conciencia y Atención de la escala IMP-P en cada una de las condiciones

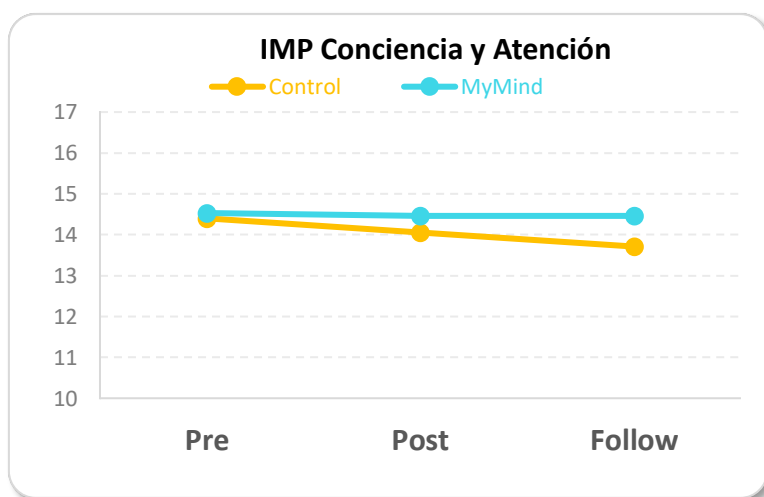


Figura 26

Evolución de las medias marginales de la variable No juicio de la escala IMP-P en cada una de las condiciones

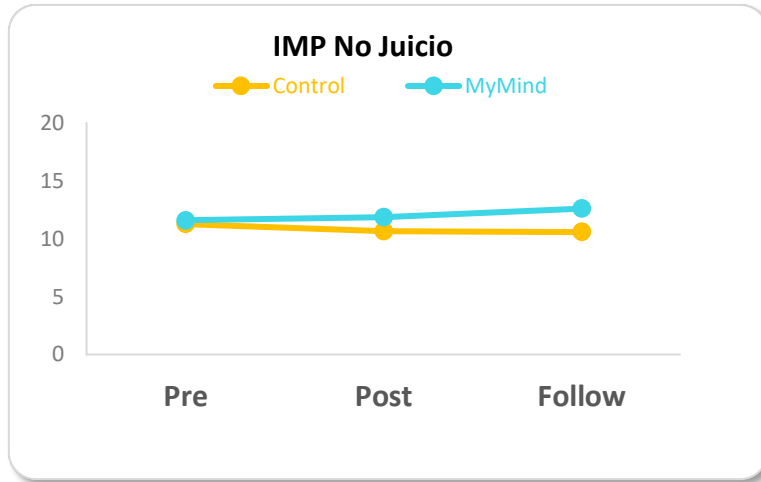


Figura 27

Evolución de las medias marginales de la variable No reacción de la escala IMP-P en cada una de las condiciones

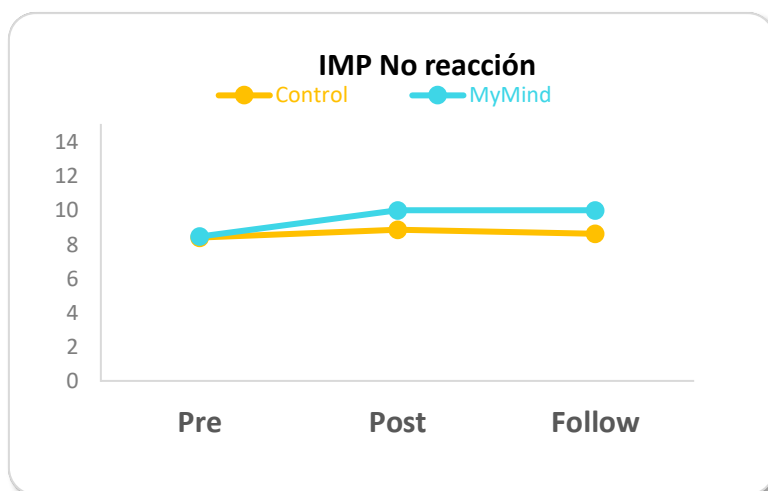
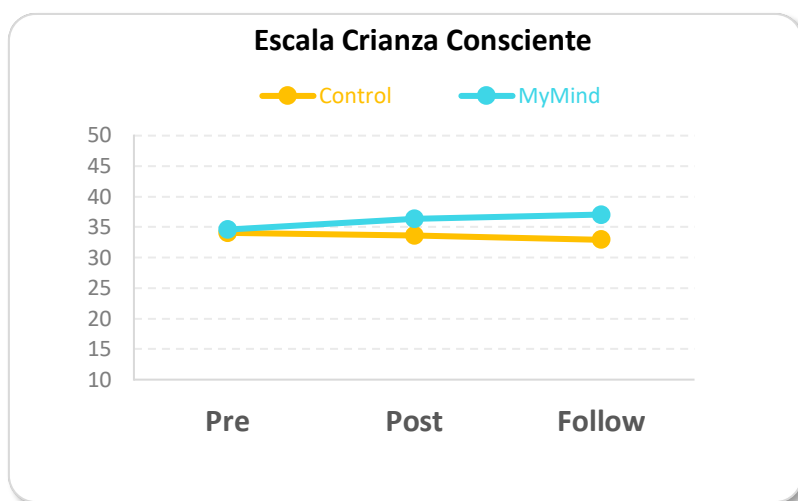


Figura 28

Evolución de las medias marginales de la escala total IMP-P en cada una de las condiciones



6.2.5. Autocompasión

En el momento post-intervención, no se observó ningún resultado significativo a favor del grupo experimental MYmind, para ninguna de las subescalas (amabilidad, auto-juicio, humanidad compartida, aislamiento, conciencia plena y sobre-identificación). Sin embargo, sí fueron significativas las diferencias entre el grupo MYmind y el grupo condición control en el momento de seguimiento, esto es, tras seis meses del entrenamiento. Así pues, fueron significativas a favor del grupo experimental las siguientes subescalas: *Amabilidad* ($p=.050$; $\eta_p^2=.145$), *Aislamiento* ($p=.041$; $\eta_p^2=.157$), y *Conciencia Plena* ($p=.017$; $\eta_p^2=.208$). También lo fue la medida de *Autocompasión total* en este período de seguimiento para el grupo MYmind ($p=.012$; $\eta_p^2=.229$). La evolución de sus medias marginales para cada grupo y período, pueden observarse en las figuras 29, 32 y 33 respectivamente.

Respecto a los tamaños del efecto representados en la tabla 10, son destacables a favor del grupo MYmind, los resultados de la etapa de seguimiento, obteniendo tamaños del efecto moderadamente altos o muy altos en las mismas subescalas anteriores: *Amabilidad* ($d=-0.96$), *Humanidad Compartida* ($d=-0.96$), *Conciencia plena* o *Mindfulness* ($d=-0.65$), *Sobre Identificación* ($d=0.81$) y la variable *Self Compassion Total* ($d=-1.21$). Las figuras 31 y 34, muestran la evolución de las medias marginales para las subescalas Humanidad Compartida y Sobre-Identificación y la figura 35, la evolución de las medias marginales referida a la escala total de Auto-Compasión.

Figura 29

Evolución de las medias marginales de la variable Amabilidad de la escala SCS en cada una de las condiciones

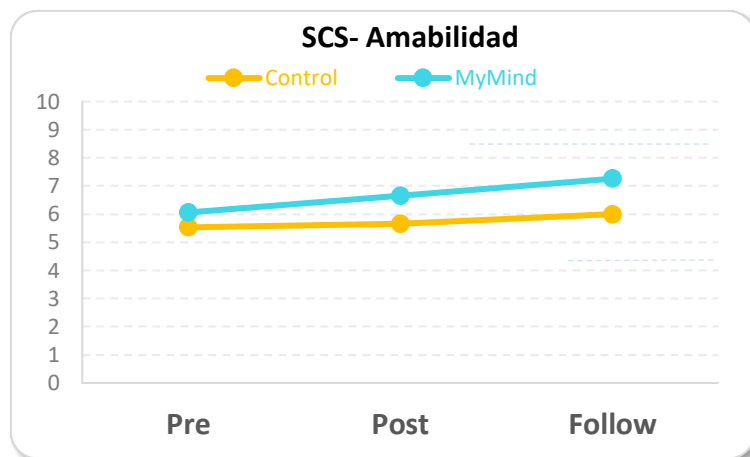


Figura 30

Evolución de las medias marginales de la variable Autojuicio de la escala SCS en cada una de las condiciones

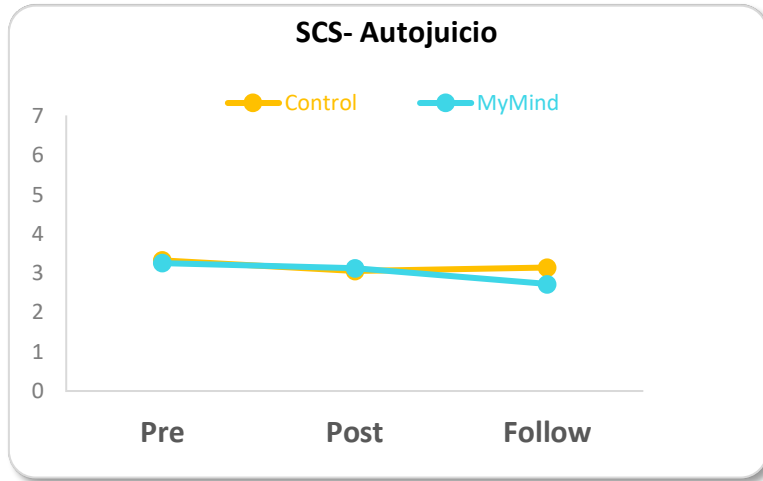


Figura 31

Evolución de las medias marginales de la variable Humanidad Compartida de la escala SCS en cada una de las condiciones

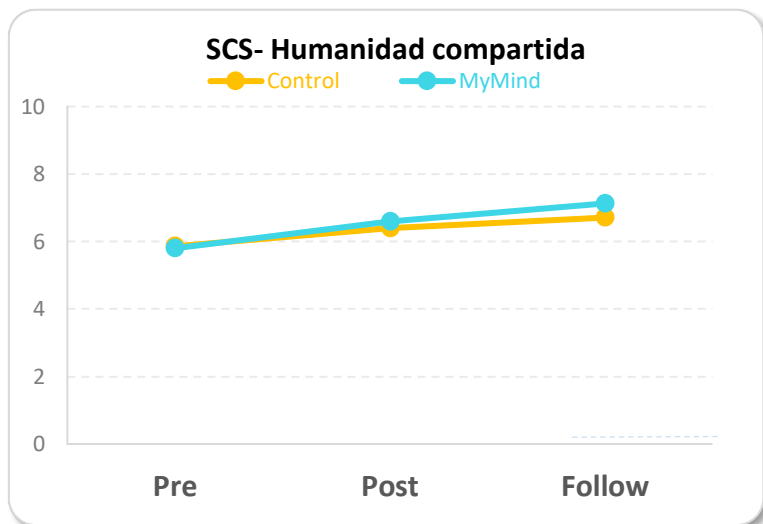


Figura 32

Evolución de las medias marginales de la variable Aislamiento de la escala SCS en cada una de las condiciones

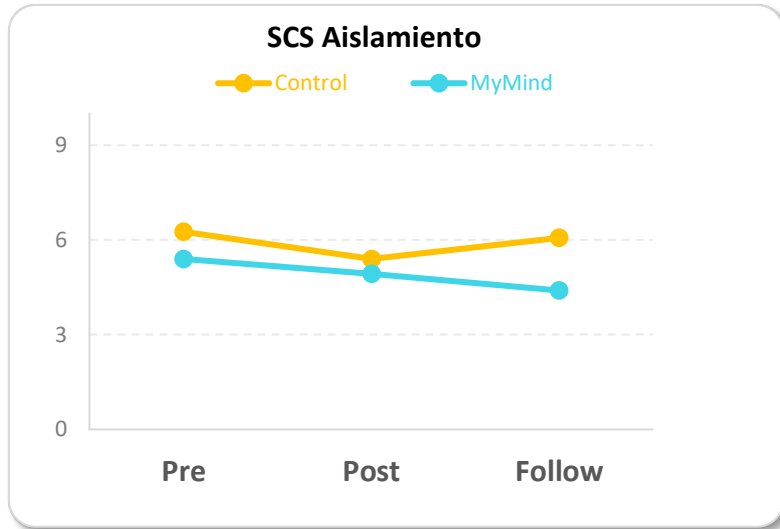


Figura 33

Evolución de las medias marginales de la variable Conciencia Plena de la escala SCS en cada una de las condiciones

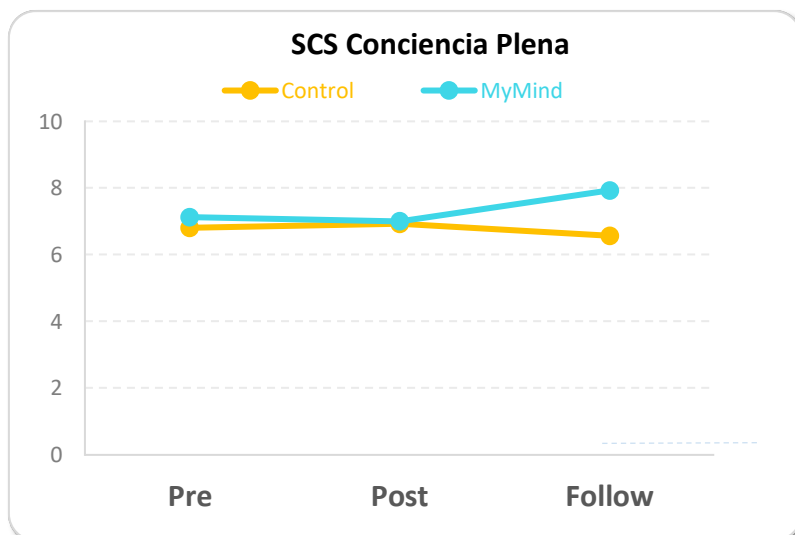


Figura 34

Evolución de las medias marginales de la variable Sobre Identificación de la escala SCS en cada una de las condiciones

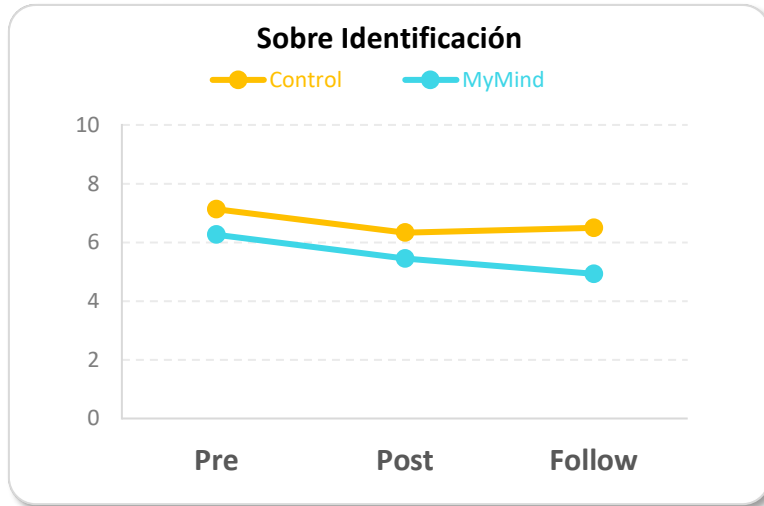
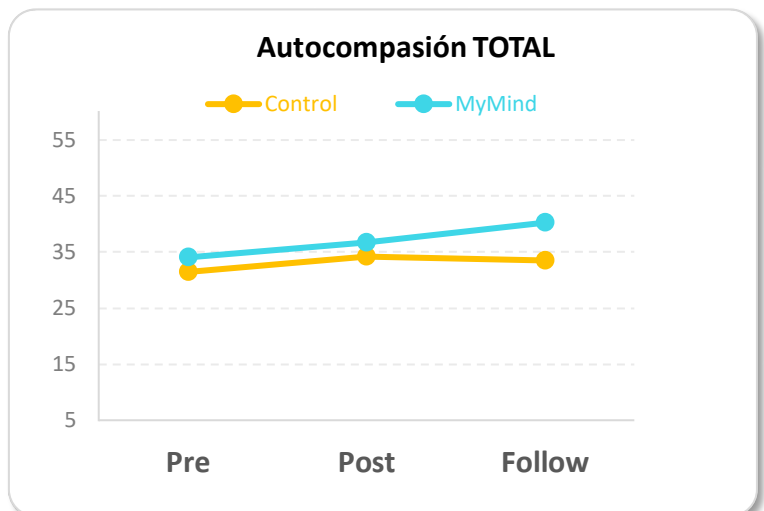


Figura 35

Evolución de las medias marginales de la escala total SCS en cada una de las condiciones



6.2.6. Autoeficacia

Con relación a la medida de la autoeficacia de los padres medida a través de la escala de Sherer et al. (1982) y que cuenta con las subescalas *Iniciativa*, *Esfuerzo* y *Persistencia* (ver Figuras 36,37 y 39 para la evolución de las medias marginales para cada grupo y período), los resultados no indicaron diferencias entre el grupo MYmind y el grupo Control en ninguna de las etapas medidas. De hecho, tras seis meses de finalizado el entrenamiento, los resultados referidos a la escala *Autoeficacia Iniciativa* y que se refiere a la disposición para iniciar un comportamiento, son significativos a favor del grupo Control ($p=.008$; $\eta_p^2=.247$).

Figura 36

Evolución de las medias marginales de la subescala Autoeficacia Iniciativa de la escala de Autoeficacia en cada una de las condiciones

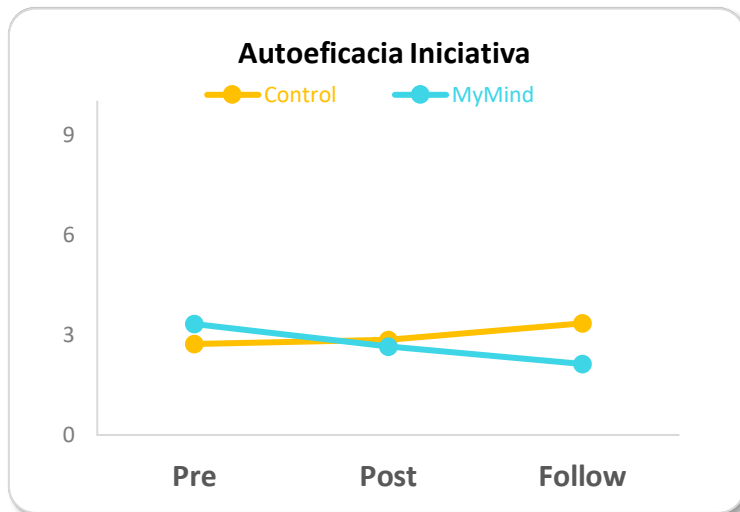


Figura 37

Evolución de las medias marginales de la subescala Autoeficacia Esfuerzo de la escala de Autoeficacia en cada una de las condiciones

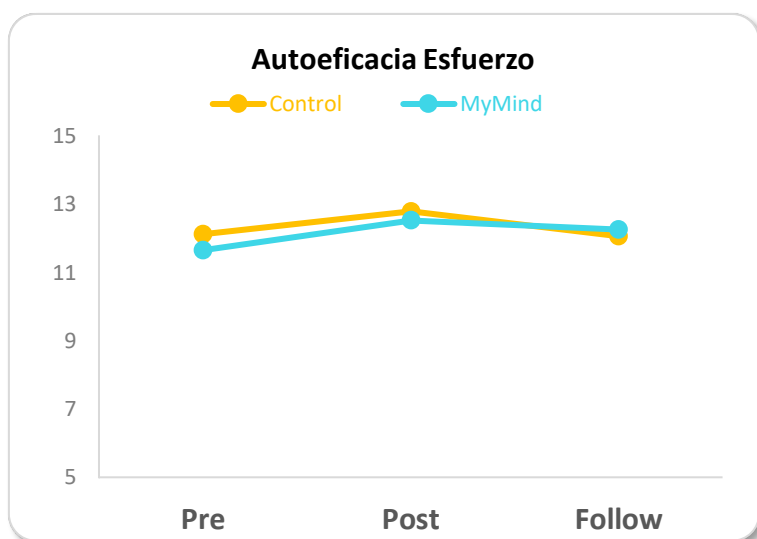


Figura 38

Evolución de las medias marginales de la subescala Autoeficacia Persistencia de la escala de Autoeficacia en cada una de las condiciones

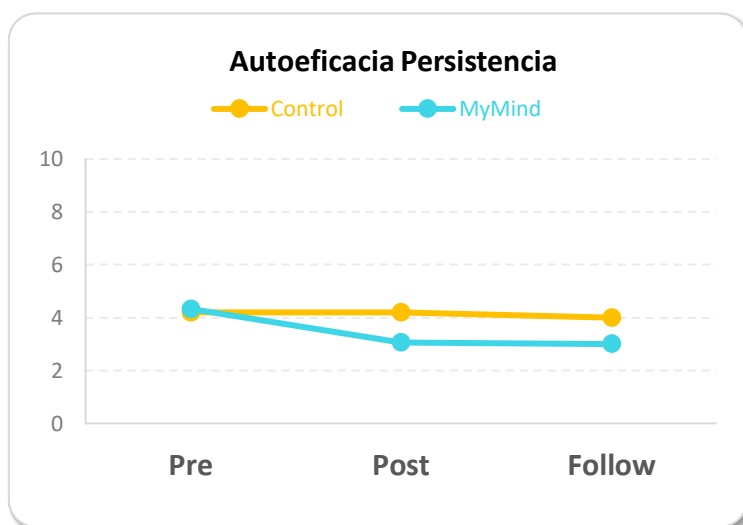
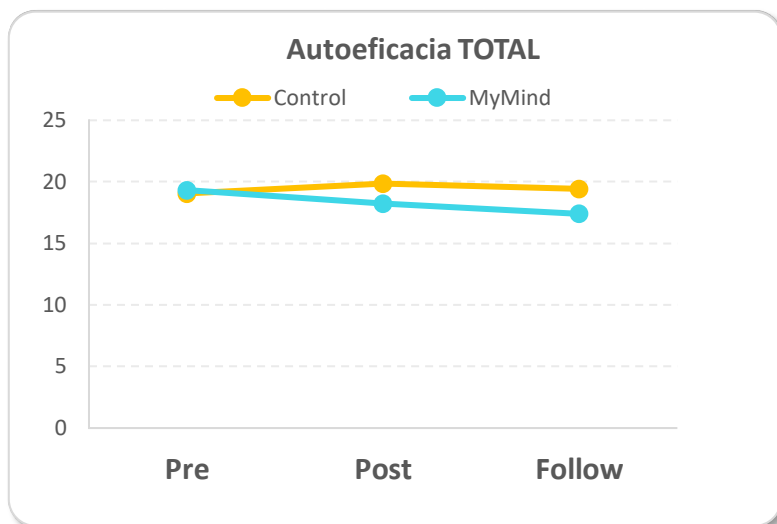


Figura 39

Evolución de las medias marginales totales de la escala de Autoeficacia en cada una de las condiciones



6.2.7. Depresión, Ansiedad y Estrés

Si bien no se obtuvieron resultados significativos en el post, en el período de seguimiento, tanto las subescalas *Ansiedad* ($p=.000$; $\eta_p^2=.393$) y *Estrés* ($p=.011$; $\eta_p^2=.232$) como el valor de la *Escala Total* ($p=.004$; $\eta_p^2=.285$) medida a través del instrumento DASS-21 (Bados et al., 2005), fueron significativas a favor del grupo MYmind (ver las Figuras 41, 42 y 43, respectivamente para observar la evolución de sus medias marginales).

La subescala *Depresión* casi alcanzó la significatividad ($p=.058$; $\eta_p^2=.136$), mostrando la Figura 40, la evolución de sus medias marginales en función de cada grupo y período de tiempo medido. Los tamaños del efecto observados a favor del grupo de padres que recibió el programa MYmind, fueron entre

moderados y altos en el post para todas las subescalas: *Depresión* ($d=1.04$), *Ansiedad* ($d=0.51$), *Estrés* ($d=1.05$). En el período de seguimiento, los tamaños del efecto se mantuvieron e incluso fueron mayores: *Depresión* ($d=1.62$), *Ansiedad* ($d=1.10$) y *Estrés* ($d=1.26$).

Figura 40

Evolución de las medias marginales de la variable Depresión de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones

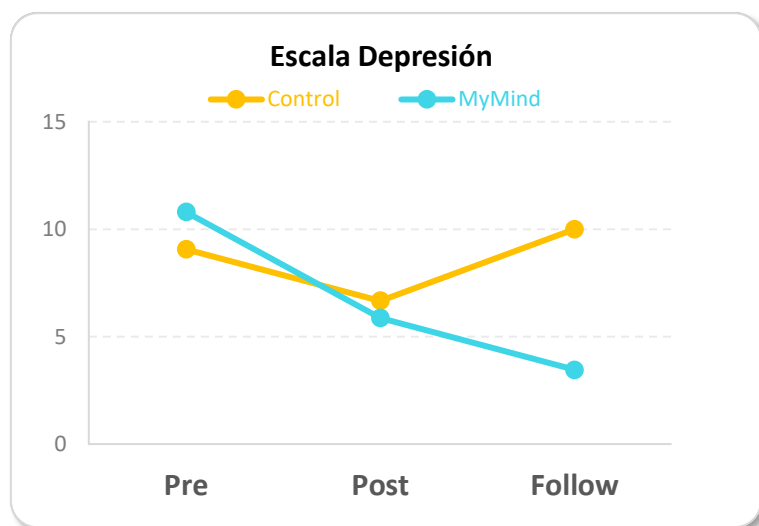


Figura 41

Evolución de las medias marginales de la subescala Ansiedad de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones

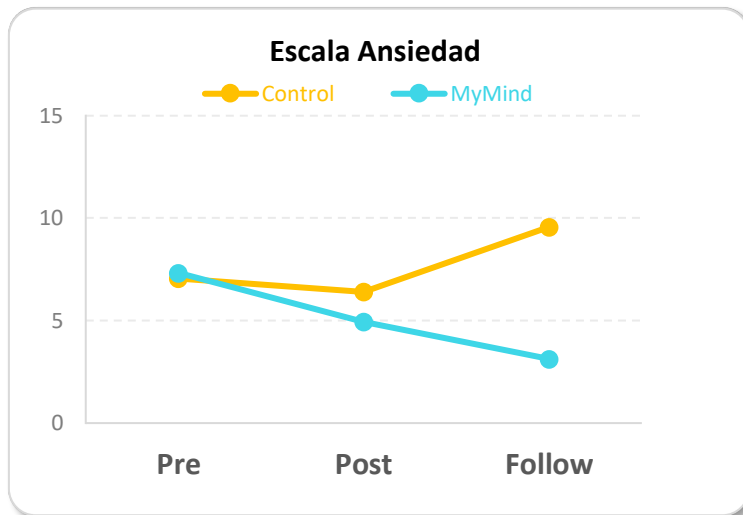


Figura 42

Evolución de las medias marginales de la subescala Estrés de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones

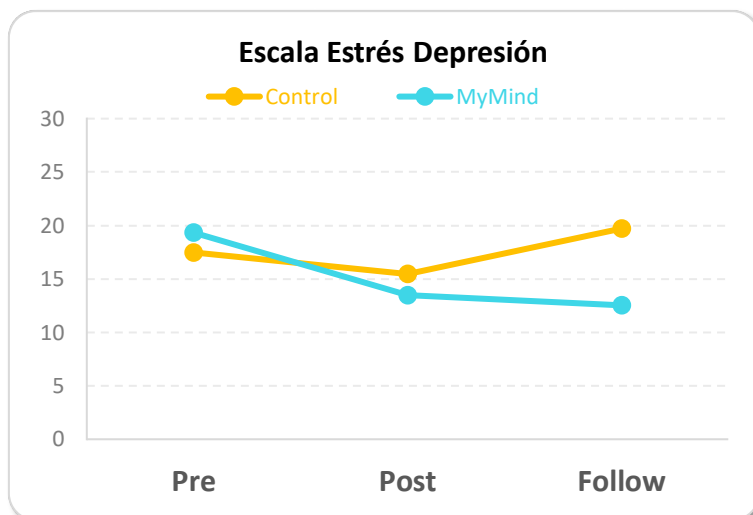
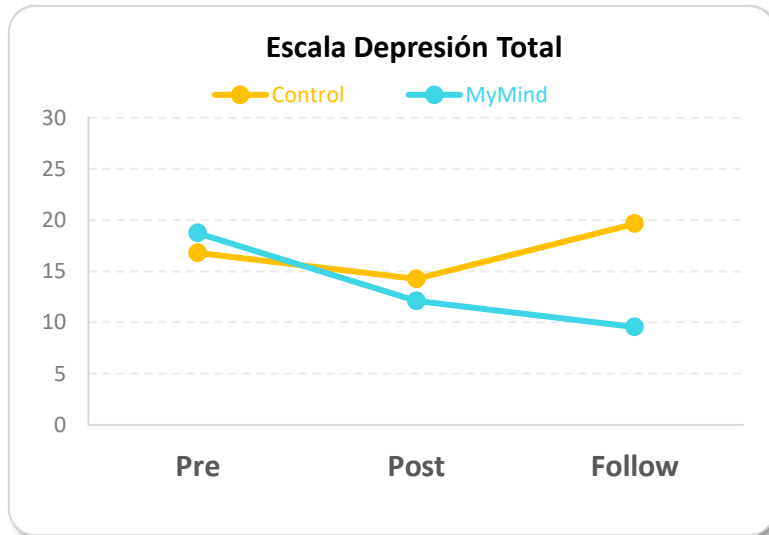


Figura 43

Evolución de las medias marginales totales de la escala DASS 21 en cada una de las condiciones





CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

CAPITULO 7. DISCUSIÓN

En este apartado se valorará el cumplimiento de las hipótesis anteriormente planteadas en función de los resultados obtenidos y las últimas referencias científicas relacionadas con las variables de análisis. A continuación, se expondrán futuras líneas de investigación y recomendaciones para futuros entrenamientos MyMind, así como las fortalezas y debilidades encontradas en el desarrollo de esta investigación.

7.1. Discusión sobre el cumplimiento de las hipótesis del estudio.

7.1.1. Eficacia MYMind sobre a Sintomatología TDAH.

El protocolo MYMind resultará significativamente eficaz para la mejora de la sintomatología TDAH de los adolescentes participantes, en comparación con el grupo condición control, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

Los resultados indican que, una vez finalizado el entrenamiento, tanto para la sintomatología de *Inatención* como para la de *Hiperactividad/impulsividad*, no se han encontrado diferencias significativas entre los niños con TDAH que han participado en el programa MYMind y los del grupo de control. Sin embargo, sí son significativos los resultados en el período de seguimiento para la sintomatología de *Inatención*. Esto podría explicarse

teniendo en cuenta que según los hallazgos de Verhaeghen (2020), sería la práctica continuada de mindfulness, es decir, mantener la práctica de la meditación a largo plazo, lo que revelaría mejoras en el proceso atencional a través del desarrollo positivo que se produciría en el rasgo mindfulness.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que los instrumentos de análisis se han basado en el autoinforme de las madres, si bien la hiperactividad en si misma es visible y es fácil de percibir por los progenitores tanto por su presencia como por su ausencia, la inatención no es fácil de observar y requeriría más tiempo para ser percibida por los progenitores. Estos efectos más claros sobre la inatención son consistentes con el estudio de Haydicky et al. (2015) que sugieren que la intervención MYmind podría estar más enfocada a mejorar los procesos atencionales que los síntomas hiperactivos.

Aunque nuestros resultados no ofrecen diferencias significativas en el período post-intervención, sí lo son en otros estudios realizados con el protocolo MYmind y grupo de control y muestras más amplias, como la investigación de Meppelink et al. (2019) que utilizaron una muestra de 120 niños o el de Bögels et al. (2021), con una muestra de 167 jóvenes. Teniendo en cuenta los tamaños de la muestra obtenidos en el post para las variables de Inatención ($d=0.91$) e hiperactividad ($d=0.83$) es posible que una muestra mayor hubiera podido ofrecer diferencias significativas en ambas variables.

El estudio de Siebelink et al (2022) que se realiza con un grupo de control inactivo dejando que el grupo de control reciba su tratamiento habitual psicológico o farmacológico, indica que las diferencias significativas en el seguimiento (6 meses también como en nuestro estudio) solo se mantienen para la sintomatología de *Hiperactividad*.

Por un lado, dado el tamaño del efecto en el seguimiento para *Hiperactividad* ($d=0.99$) de nuestro estudio, es posible que una muestra mayor pudiera haber facilitado resultados significativos también en el período de seguimiento. Por otro lado, es posible que en nuestra investigación la sintomatología de *Inatención* haya resultado significativa en el período de seguimiento, porque el 26% ($n=4$) de nuestra muestra no recibió ningún tipo de tratamiento, ni farmacológico ni psicológico, y quizá este porcentaje haya influido en la potencia de los resultados. Además, nuestro grupo de control aleatorizado también era inactivo y según el metanálisis de Oliva et al. (2021), los resultados significativos de los MBI se obtienen cuando los grupos de control son inactivos, estimando que los resultados de los MBI no superarían los resultados de una intervención psicosocial o un entrenamiento en habilidades sociales.

En conclusión, en nuestra muestra, el protocolo MYmind solo ha resultado significativamente eficaz para la sintomatología de *Inatención* y solo en la etapa de seguimiento.

Teniendo esto en cuenta, sería interesante replicar los resultados de esta investigación con una muestra grande y haciendo uso de un grupo de control aleatorizado que fuese activo. Se ampliará este punto en el apartado de “Futuras líneas de investigación”.

7.1.2. Eficacia MYMind sobre los Problemas Asociados al TDAH.

La intervención MYMind arrojará resultados significativamente positivos en favor del grupo de adolescentes que realice el entrenamiento, mejorando los problemas asociados a la sintomatología TDAH, en comparación con el grupo condición control, para ambos períodos de tiempo (post y seguimiento) evaluados.

Respecto a los problemas asociados al TDAH hemos citado previamente que un componente importante de las intervenciones psicosociales se centra en poder mejorar las habilidades sociales ya que las distintas características de los niños y adolescentes con TDAH han causado que puedan ser rechazados, víctimas de bullying... (Grygiel et al., 2018). Las deficiencias de las personas con TDAH en la regulación emocional son un obstáculo para establecer y comprender cómo crear y mantener relaciones de amistad (Willis et al., 2019).

En la revisión realizada por Storebo et al (2019) para averiguar la eficacia de los programas centrados en mejorar las habilidades sociales de las personas con TDAH, se concluyó indicando que había poca evidencia científica al respecto y efectos a largo plazo limitados. Por su parte, la revisión de Powell et al. (2022) buscando los mecanismos responsables de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas, señalaron mejoras significativas y tamaños del efecto pequeños para la variable *Relaciones Sociales*. En nuestro estudio, la variable *Relación entre Iguales* es significativa a favor del grupo MYMind para el periodo de seguimiento, siendo los tamaños del efecto medio para el post ($d=0.46$). Estos datos podrían revelar que el entrenamiento MYmind, puede ser a largo plazo un método eficaz para mejorar el área social de las personas con un diagnóstico de TDAH.

En la investigación llevada a cabo por Siegenthaler, Presentación y Miranda (2014) en la que realizaron una intervención psicosocial a través de tres programas coordinados implementados con 27 niños con TDAH de entre 7 y 10 años, sus padres y sus profesores, se observó que el grupo con TDAH mostró mejoras significativas en la mejora de la vida social y problemas de conducta tras las diez semanas de intervención, resultados que solo se mantuvieron un año

después en lo referido en el área social y que no se mantuvieron en lo que respecta al comportamiento disruptivo. En nuestro estudio, la variable *Conducta Agresiva* que se referiría según el instrumento Conners 3P (Conners, 2008) a la falta de control en la gestión de emociones constrictivas como la ira, rabia, etc, no es significativa en el post (8 semanas), pero sí lo es en el período de seguimiento, es decir, se observan mejoras en el comportamiento 24 semanas después.

La variable *Dificultades de aprendizaje* también fue significativa en el período de seguimiento. Estos resultados obtenidos pueden deberse a que el entrenamiento que reciben los progenitores en el programa MYmind sobre psicoeducación en TDAH, puede haber ayudado a las madres a modificar la conducta de sus hijos, mejorando la comunicación con los mismos, facilitando la escucha y la comprensión de las emociones y del entorno, así como haberles acompañado de una forma más eficaz en las tareas escolares. También es posible que el propio formato MYmind que reúne a los adolescentes de edades próximas y características y condiciones similares durante dos meses, sirva a estos jóvenes para sentirse por un tiempo entendidos, atendidos, escuchados y que, desde ahí, entre ellos se hayan establecido oportunidades de aprendizaje con las que después relacionarse mejor con otros iguales. Además, la mejora de las dificultades de aprendizaje puede ser un efecto indirecto de la mejora de la sintomatología de inatención e hiperactividad.

Los resultados obtenidos son apoyados por otras investigaciones anteriores realizadas con el programa MYmind con y sin grupo de control, en los que también se notifican mejoras en la sintomatología externalizante (Bögels et al., 2008), mejoras en las relaciones con los compañeros y del comportamiento disruptivo (Bögels et al., 2021; Haydicky et al., 2015). En conclusión, podemos

decir que el protocolo MYMind en nuestra muestra podría ser eficaz para la mejora de los problemas asociados al TDAH a largo plazo.

7.1.3. Eficacia MYMind sobre el Funcionamiento Ejecutivo

La intervención bajo el protocolo MYMind resultará exitosa mejorando de forma significativa el funcionamiento ejecutivo de los adolescentes que participen del entrenamiento en comparación con el grupo control lista de espera, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

Según Diamond (2013) y Engle (2018), los procesos ejecutivos nucleares son los asociados a la *Memoria de trabajo*, *Inhibición* y *Flexibilidad cognitiva*. En nuestra investigación hemos medido estos tres procesos cognitivos a través de distintas baterías neuropsicológicas y, además hemos obtenido una medida de la capacidad de planificación y organización de tareas, a través del Conners-3P autocompletado por los progenitores.

Los resultados no fueron significativos en el post, para ninguno de los procesos ejecutivos contemplados, sin embargo, tras seis meses desde la intervención, la variable *Funcionamiento ejecutivo* informada por las madres, sí fue significativa. Los tamaños del efecto para la variable *Memoria de Trabajo* y *Flexibilidad cognitiva* son altos tanto en el post ($d=-0.86$; $d=-0.98$) como en el período de seguimiento ($d=-1.01$ y $d=-0.88$ respectivamente), lo que induce a pensar que una muestra más amplia habría podido ayudar a conseguir la diferencia significativa a favor del grupo que recibió el entrenamiento. Así, por ejemplo, en el estudio de Bögels et al (2021) con una muestra de 167 jóvenes, los resultados indicaron diferencias significativas para el *Funcionamiento ejecutivo* tanto en el post, como un año después de la intervención. En ese caso, el funcionamiento

ejecutivo también fue evaluado a través del informe de los progenitores, pero utilizando el instrumento BRIEF (Goia et al., 2000). Este pudiera ser uno de los hallazgos más importantes de esta investigación, la posibilidad de que el programa MYmind sea eficaz en la mejora del funcionamiento ejecutivo de las personas con TDAH y además, que pueda mantenerse en el tiempo (seis meses tras la intervención) replicando los resultados obtenidos en la medición de esta variable en otros estudios con períodos de tiempo más largos, un año después del programa como la investigación de Bögels et al (2021) anteriormente citada. La literatura científica sugiere que la disfunción ejecutiva es la base del trastorno TDAH, por lo que la recuperación de la mayoría de los dominios afectados (memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad cognitiva, planificación) podría redundar de forma positiva en la mejora especialmente de las áreas académica, familiar social, laboral y bienestar personal de las personas con TDAH.

Además, teniendo en cuenta que la muestra de nuestro estudio recoge a adolescentes entre 9 y 14 años, que las medidas de funcionamiento ejecutivo hayan sido significativas en el período de seguimiento es interesante teniendo en cuenta los cambios neuronales que experimentan los adolescentes en esta etapa (Kaunhoven y Dorjee, 2017). El programa MYmind podría ser uno de esos factores protectores de las funciones ejecutivas que recomiendan las investigaciones para facilitar la transición a la vida adulta (Nyongesa et al, 2019). Comparando los grupos condición Control y MYmind, si bien los resultados no son significativos a favor del grupo MYMind, se observa una tendencia positiva a favor del grupo que recibió el entrenamiento, para los procesos cognitivos de *Memoria e Inhibición*, que perdura desde el momento post-intervención hasta el período de seguimiento. Siguiendo a Barkley (2006), una baja capacidad de inhibición impactaría negativamente en la regulación de la conducta y en la

motivación de la persona con TDAH, con lo que podríamos suponer que una mejora de la capacidad de inhibición produciría a su vez mejoras en el control deliberado de la conducta, del control motor, recuperando información relevante antes de responder, pudiendo demorar o evitar respuestas no pertinentes sobre la marcha, y mejorando la capacidad de automotivarse. Esta supresión de la información no relevante se realizaría sobre la memoria de trabajo y no de la memoria de reconocimiento, lo que haría posible una atención selectiva y sostenida (Rubiales, Bakker, y Urquijo, 2013).

A su vez, una memoria de trabajo más competente por estar libre de información no relevante ni necesaria facilitaría un proceso más eficiente de la información, pudiendo dirigirse a estímulos importantes (Sabagh Sabbagh, 2008). También ayudaría a mejorar la regulación de la conducta mediante el autocuestionamiento y la reflexión, reteniendo mejor la información del momento sintonizando de forma más eficiente los procesos relacionados con la planificación y organización de la tarea (Bhaijiwala, 2016).

En el caso de la variable *Flexibilidad cognitiva* que nos permite adaptar nuestro pensamiento a situaciones cambiantes, el entrenamiento MYmind parece haber influido de forma positiva a favor del grupo que realizó la intervención dada la tendencia positiva entre sus medias entre el período pre y el post. El tamaño del efecto en este período es muy alto a favor del grupo MYmind ($d=1.01$), sin embargo, el efecto no se mantiene en el período de seguimiento y apenas hay diferencias entre ambos grupos. Es posible que un entrenamiento mindfulness principalmente centrado en el desarrollo de prácticas atencionales, esto es, atención focalizada en un objeto y expansión de la atención en objetos, sensaciones, pensamientos o emociones, favorezca la reducción de la divagación mental al poder centrar la atención en la respiración y favorezca la

regulación emocional al poder sostener de forma equilibrada los estímulos, pero no prepare específicamente para la creación de nuevas respuestas alternativas o en la facilidad del cambio. Es posible que para este proceso cognitivo sea más interesante un trabajo terapéutico individualizado como la terapia cognitivo conductual con la que poder trabajar de forma más específica este dominio cognitivo.

Estos hallazgos sobre la mejora en los procesos ejecutivos están alineados con los estudios publicados por Van de Weijer-Bergsma (2012) Haydicky et al (2015), Meppelink, de Bruin y Bögels, (2016) y Bögels et al (2021) referidos al funcionamiento ejecutivo.

Como conclusión, podríamos indicar que el programa MYMind podría ser eficaz para la mejora el funcionamiento ejecutivo a largo plazo.

7.1.4. Eficacia MYMind sobre Mindfulness

El protocolo MYmind resultará significativamente eficaz para la mejora de las habilidades mindfulness de los adolescentes participantes, en comparación con el grupo condición control, para los períodos de tiempo post (ocho semanas desde el comienzo del entrenamiento) y seguimiento (seis meses después de finalizado el programa).

Respecto a las habilidades mindfulness medida en los niños a través del instrumento CAAM, no se encuentran resultados significativos en el post ni el seguimiento. Estos resultados podrían explicarse porque la propia escala CAMM haya sido de difícil comprensión por los participantes. Estudios de distintos autores sobre la validación de la escala en distintos países, muestran que la carga factorial de determinados ítems es muy baja, motivada por ciertos sesgos de edad y género, así como una falta de adaptación de esta escala a contextos

escolares como el italiano (Chiesi et al., 2017) o el español o chileno (García-Rubio et al., 2019). Estos autores proponen la eliminación de los ítems 2, 5 y 6 reduciendo la escala original a 7 ítems, facilitando así una mejor comprensión de la escala (García-Rubio, 2019; Saggino et al., 2017, de Bruin et al., 2014). El autoinforme CAAM ha sido criticado por una validez y confiabilidad insuficiente (Van Dam et al., 2018). Nuestros resultados son coherentes con los obtenidos por el equipo de Siebelink et al (2022) al no encontrar ningún efecto significativo positivo en las habilidades mindfulness a favor del grupo MYmind.

En conclusión, las hipótesis sobre las variables relacionadas con los niños y adolescentes con TDAH no se han cumplido para el período post intervención, aunque si lo ha hecho para el período de seguimiento, en lo referente a la sintomatología de inatención, problemas asociados y funcionamiento ejecutivo informado por las madres.

7.1.5. Eficacia de MYmind sobre el estrés parental.

El grupo de progenitores (formado por 14 madres y un padre) que participarán del entrenamiento a través del módulo Mindful-Parenting incluido en el programa MYmind, experimentarán una reducción significativa del estrés parental en comparación con el grupo condición control, para ambos períodos de seguimiento.

Los resultados indican que el entrenamiento MYmind ha resultado ser significativo para disminuir el estrés parental de los progenitores tras realizar la intervención, a las ocho semanas, sin poder mantener esta significatividad en el período de seguimiento.

El entrenamiento en Mindful Parenting que reciben los progenitores, les enseña a darse cuenta de cuál es su estado emocional, cómo están sintiendo en su cuerpo en ese momento la situación estresante que está aconteciendo, cuáles son los pensamientos que se están gestando en ese momento de estrés y a partir de ese auto-análisis, poder crear un espacio de calma que le permita auto-gestionarse y dar una respuesta emocional no reactiva para ese momento. Además, el protocolo MYmind está basado en el programa MBCT (Segal, 2002) que, si bien se desarrolló para prevenir las recaídas de la depresión, trabaja especialmente el “descentramiento”, esto es, la capacidad de desvincularse del pensamiento, sentimiento, impulso o situación aceptando lo que surja y redirigiendo su atención a la respiración (Lebois et al., 2015).

En concreto han resultado significativas en la etapa post-entrenamiento, las subescalas *Malestar Parental* (percepción del estrés que tienen los padres sobre su rol de educadores) e *Interacción Disfuncional Padres-hijos* (percepción de los educadores sobre el logro de sus hijos) a favor del grupo MYmind, lo que indica que las madres que recibieron el programa percibieron menos estrés que los progenitores del grupo condición control. Es posible que al sentir mayor bienestar, puedan apreciar mejor las capacidades y características de sus hijos, por lo que las expectativas sobre el futuro de sus hijos también evolucionen de forma positiva. Respecto a la tercera subescala *Estrés por Cuidado de los hijos* que mediría el estrés del progenitor causado por la crianza de su hijo, no llega a ser significativa, aunque el tamaño del efecto es medio.

Según el metanálisis de Burgdorf et al. (2019), las intervenciones en crianza consciente están asociadas a un descenso del estrés de los padres y una mejora de los problemas internalizantes y externalizantes de los hijos. Así, se indica que niveles bajos de autocrítica por parte de los padres sobre su propio desempeño

parental, favorece que los hijos tengan menos problemas de internalización. Los adolescentes se muestran menos ansiosos y deprimidos si los padres se juzgan menos como padres (Geurtzen et al., 2015).

MYmind está especialmente indicado para la mejora de la concentración (Meppelink, 2019) que es un aspecto específico de la atención. Consiste en la capacidad de concentrarse en una tarea mientras se ignora la distracción (Moran, 2016). Es posible que una mejor atención a las necesidades emocionales de sus hijos haya favorecido una respuesta más adecuada por parte del hijo que permita al progenitor estar más satisfecho con el resultado de esa interacción, cuidando tanto de las necesidades de su hijo/a como de las suyas propias. Según la teoría de la coerción de Patterson (1989), el rol que desempeñan los padres es crucial para explicar el origen, mantenimiento y progresión de la externalización de los problemas de comportamiento de los hijos. Así, por ejemplo, ante una rabieta del hijo/a, el progenitor elegirá una de estas dos opciones: o bien ceder a la rabieta o reprenderle si el niño/a no hace lo que el progenitor/a demanda. En cualquiera de las dos elecciones se manifiesta el proceso coercitivo, ya que ambos obtuvieron algo de esa experiencia: el niño lo que estuviera solicitando y el padre aliviar su estrés. Sin embargo, un entrenamiento mindfulness permite a la persona que lo practica:

- Sostener con mayor calma la agitación o el desespero del otro sin reaccionar, puesto que mindfulness ayuda a aceptar lo que está sucediendo en cada momento, sin juzgarlo y sin identificarse con lo que sucede.
- Darse cuenta de qué tipo de pensamientos, sensaciones, impulsos...se están generando en la persona que vive esa experiencia, pudiendo

reflexionar a la vez sobre lo que sucede y generar una respuesta consciente a esa situación.

Esto se consigue a través de dos mecanismos de acción, la atención plena y la auto regulación emocional. Una hipótesis que deriva de estos resultados es que la reducción de la sintomatología en los hijos, podría haber mediado en la reducción del estrés parental, aunque las madres informan de una mejora de la sintomatología en el período de seguimiento y no tras la intervención, mientras que la reducción del estrés parental se produce tras la realización del programa. Quizá esto vaya en línea de las investigaciones actuales que establecen que el entorno en el que se desarrolla el niño, puede mejorar o empeorar la sintomatología del trastorno y que una mayor resiliencia por parte de los padres y mejor gestión del estrés, puede mediar en la sintomatología TDAH o en su salud mental (Uddin et al., 2020).

Que la mejora del estrés parental y prácticamente todas sus subescalas sean significativas a favor del grupo MYmind tras las ocho semanas y antes de que la mejora de la sintomatología TDAH pueda apreciarse en ese período de seguimiento, puede ser debido también al enfoque que ofrece MYmind a los padres como “agentes de cambio”. Es decir, a los padres se les informa de la enorme oportunidad que supone poder hacer algo que favorezca el bienestar familiar. En las intervenciones habituales sobre TDAH, es la persona con TDAH sobre quién recae el tratamiento y la responsabilidad de la posible mejora. En cambio, en el programa MYmind, los padres participantes son informados sobre el papel activo que según la literatura científica tienen sobre la mejora del desempeño de sus hijos, y es posible que esta oportunidad de intervenir positivamente les haga sentir mayor compromiso con la práctica y con la mejora

de su crianza. Este “hacerse cargo” lo entrenan desde el primer día, ya que se les invita a practicar junto a sus hijos, a que sus hijos vean que las prácticas son un entrenamiento familiar que se extiende no solo a la persona con TDAH sino también a sus progenitores y quizá por primera vez, la mayoría de los miembros de la familia sientan que son un equipo. Es posible que este compromiso parental haya facilitado que la práctica meditativa diaria por parte de los hijos pueda darse, no solo asegurando que realizaban su práctica todos los días, sino ofreciéndose como guías de meditación de sus hijos, y procurando otro tipo de interacción más amable con sus hijos. Sabemos que los efectos mindfulness pueden volverse más fuertes con el tiempo, a través de su práctica (Van de Weijer-Bergsma et al., 2012).

Además, teniendo en cuenta lo que señalan Chi et al. (2018) que indican que a largo plazo la gente joven pierde el interés por la práctica y es difícil que ésta se mantenga de forma sólida durante las sesiones, es posible que el acompañamiento parental durante el entrenamiento y después, haciendo que la práctica forme parte del día a día de la familia, haya facilitado que la mejora de la sintomatología TDAH y problemas asociados, sea evidente en el período de seguimiento.

Aunque los resultados no son significativos en la etapa de seguimiento (tras seis meses después de la intervención), los tamaños del efecto grandes tanto en la medición de la escala total como en las subescalas *Malestar Paterno* y *Estrés cuidado de hijos*, sugieren que el compromiso con la práctica meditativa se mantuvo.

Tras este análisis, podemos concluir en relación al cumplimiento de esta segunda hipótesis relacionada con la mejora del estrés parental de las madres que participaron en el programa, que ésta se cumple únicamente tras la

finalización del mismo, necesitándose mayor investigación con una muestra más amplia que confirme lo que presume el tamaño alto del efecto encontrado en la fase de seguimiento.

7.1.6. Eficacia de MYmind sobre la relación parental.

El grupo de progenitores que reciban el entrenamiento Mindful-Parenting del programa MYmind, mostrará mejoras estadísticamente significativas en las variables que hacen referencia a una mejora de la relación parental, esto es, mejora del estilo parental, de la crianza consciente y autoeficacia en comparación con el grupo control

Siguiendo los hallazgos de Coatsworth et al. (2010) que mostraron que un entrenamiento en crianza consciente mejoró las relaciones entre los progenitores y sus hijos adolescentes, hipotetizamos que nuestra investigación colaborará a validar estos resultados, ofreciendo cambios significativos en el estilo parental y en la crianza consciente.

Respecto al estilo parental, la subescala *Sobre-reactividad* fue significativa a favor del grupo MYmind en el período post-intervención y se mantuvo en el período de seguimiento. La subescala *Hostilidad* y la medición total del instrumento *Escala Parental* fueron significativas en el período de seguimiento. La subescala *Laxitud* no reflejó ningún cambio con respecto al grupo control. Si atendemos al significado de la subescala *Laxitud*, entendida esta como “una disciplina permisiva e inconsistente”, el entrenamiento MYmind puede no haber supuesto ningún cambio, ya que los padres de hijos con TDAH (en este caso 14 madres y un padre), suelen sobrecargarse de gestiones y actividades al tratar de recordar y coordinar tanto su trabajo como el trabajo escolar y social de sus hijos, actuando más como un “control ejecutivo” humano, que siendo permisivos o

desorganizados en sus quehaceres diarios. Esta autoexigencia consigo mismos y sentimiento de responsabilidad, puede trasladarse a sus hijos a través de una disciplina autoritaria y reactiva que es lo que expresaría la subescala *Sobre-actividad* que, tras ocho semanas, se inclina a favor del grupo MYmind señalando mejoras en la forma en la que los progenitores se relacionan con sus hijos. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en la subescala *Hostilidad*, que en el período de seguimiento indica que hay una diferencia significativa a favor del grupo MYmind en la comunicación madre-hijo/a, sin embargo, dada la deficiente confiabilidad obtenida ($\alpha=.180$) para esta subescala, debemos interpretar con cautela estos resultados.

Es interesante también destacar que la diferencia significativa obtenida para a escala total de *Estilo Parental* entre ambos grupos de progenitores se produzca en el período de seguimiento. Al ser los progenitores en este caso quiénes completan el cuestionario, es posible que ellos mismas hayan necesitado más tiempo para darse cuenta de que realmente ha habido un cambio significativo en su forma de comunicarse e interrelacionarse con sus hijos, a favor de la escucha activa y de la respuesta equilibrada y reflexionada. Los autores Van der Oord et al. (2012) y van de Weiger-Bergsma et al. (2012) en sus estudios pre-post ya indicaron mejoras en la reactividad expresada por los padres a favor del grupo MYmind. Respecto a la medición en la etapa de seguimiento, los resultados son coherentes con los que obtuvo la investigación de Bögels et al. (2021) en cuyo estudio los resultados positivos a favor del grupo MYmind se mantuvieron incluso un año después para la subescala *Sobre-actividad*.

En conclusión, el programa MYMind podría resultar eficaz para la mejora del estilo parental a largo plazo, favoreciendo una comunicación no violenta y actitudes democráticas.

En la etapa de seguimiento, los resultados de esta escala global IEM-P (Duncan, 2007) han sido significativos a favor del grupo de madres que realizó la intervención. Si bien no se conocen los mecanismos que hacen que los programas basados en Mindful-Parenting resulten beneficiosos, los resultados obtenidos serían coherentes con los hallazgos de Shorey y Ng (2021) sobre la eficacia de estos programas y su impacto en los comportamientos parentales. En ellos se evidencia la asociación generalmente positiva entre las intervenciones parentales basadas en mindfulness y los comportamientos de crianza de los padres de niños con desarrollo típico y niños con TDAH que ya expuso Bögels et al. (2010), donde la crianza consciente se asoció a una mejora del funcionamiento ejecutivo de los padres de niños con TDAH y una reducción de su reactividad parental.

Como ya indicó Morris et al. (2007), una mayor competencia en la crianza facilita la aceptación y adaptación a la experiencia emocional. Al sentirse más capacitados los progenitores en la labor parental, regulan mejor sus emociones y pueden enseñar mejor a sus hijos a través de su ejemplo, mejores habilidades de regulación emocional (Suveg et al., 2011).

Las intervenciones en crianza consciente proporcionan una mayor conciencia emocional de las madres con respecto a cómo se sienten sus hijos y están asociadas a una mejora de los problemas internalizantes y externalizantes de los mismos (Burgdorf et al., 2019; Burgdorf y Szabó, 2021). Apoyándonos en esto y teniendo en cuenta que la sintomatología referida a la *Inatención* de los niños de nuestra muestra fue significativa para el período de seguimiento, podríamos proponer que quizá la mejora de las competencias en *Crianza Consciente*, puedan ser un mecanismo para la mejora de la sintomatología de los hijos.

Podría decirse pues, que el módulo Mindful-Parenting del módulo MYmind, ha ayudado a mantener la autoconciencia emocional de los progenitores y que esto puede haber afectado de forma positiva en la mejora del comportamiento de sus hijos, tal y como indican los análisis de las variables externalizantes anteriores. En relación a los resultados significativos a favor del grupo MYmind para las subescalas referidas a *No juicio* y *No reacción*, el estudio de Moreira y Canavarro (2018) encontró que la aceptación de los hijos sin prejuicios, media la relación entre el estrés en la crianza y la rumiación autocrítica. Es decir, si los progenitores se muestran compasivos ante los propios errores de su crianza, tienden a ser menos exigentes con ellos mismos, más permisivos con sus fallos y esto favorece una reducción del estrés general. En conclusión, el programa MYMind, puede ser protocolo válido para mejorar y potenciar las competencias parentales asociadas a la crianza, a largo plazo.

Autoeficacia

Otra variable estudiada es la autoeficacia, esto es, cómo el entrenamiento MYmind ha podido influir en mejorar la capacidad de los padres para llevar a cabo una conducta específica, iniciarla y sostenerla con esfuerzo a pesar del cambio de circunstancias, lo que sería indicativo de la puesta de límites y mejora de la disciplina impulsiva que destacaba Duncan (2009) en sus puntos clave. Al respecto, podemos decir que, los datos no son significativos ni el post ni en el período de seguimiento, de hecho, para el período de seguimiento sería el grupo de progenitores del grupo condición control quien mejoraría de forma significativa y no el grupo MYmind. Dado que la confiabilidad de la escala de *Autoeficacia* ha sido muy deficiente ($\alpha=.308$), debemos interpretar con cautela los resultados obtenidos.

En definitiva, tras el análisis de las variables comentadas, podemos concluir indicando que el entrenamiento familiar MYmind podría ser eficaz para mejorar la relación con sus hijos/as, en el período de seguimiento, siendo necesario sostener la práctica en el tiempo, para poder obtener resultados favorables.

7.1.7. Eficacia de MYmind sobre el estado emocional de las madres.

Se observará una mejora estadísticamente significativa del estado emocional de los progenitores que participen del programa MYmind, en comparación con el grupo control.

Mindfulness referida a las madres

Como hemos visto en la introducción, uno de los beneficios que se atribuyen a la práctica de mindfulness es la mejora del bienestar, de la calidad de vida de quien lo practica. En esta investigación, a través del instrumento FFMQ se evaluó la competencia mindfulness de los progenitores participantes a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad.

En nuestra investigación solo ha resultado significativa a favor del grupo MYmind, la subescala *No Juzgar* y para el período de seguimiento. Los resultados de esta variable referida a “No juzgar la experiencia interior”, adoptando una postura no evaluativa que permita no identificarse con aquello que se está sintiendo o pensando, los resultados obtenidos van en línea con los ya comentados sobre la subescala “*No Juicio*” de la escala IEM-P (Duncan, 2007) que también fueron significativos a favor del grupo MYMind para el período de seguimiento. Esto nos invita a pensar a que quizás las madres han aprendido (a raíz del entrenamiento), a acallar la voz crítica interna y valorar los

pensamientos como productos mentales viajeros que vienen y van, sin dejarse invadir por ellos, pudiendo desde esa apertura, estar receptivas y sin prejuicios a los pensamientos y emociones de sus hijos/as, lo que posiblemente facilite una baja reactividad al comportamiento adolescente y una mejora de la interacción y del bienestar familiar.

Para la subescala *Actuar*, referida a “concentrarse en las actividades propias cuando ocurren en vez de actuar de forma automática”, el grupo Control evoluciona mejor que el grupo MYmind, siendo significativa esta diferencia.

En conclusión, en nuestra muestra el entrenamiento MYmind no ha resultado eficaz para la mejora de las habilidades de observación, descripción, actuar con conciencia, y ausencia de reactividad, referidas a Mindfulness.

No obstante, el programa MYmind sí podría resultar eficaz para mejorar la competencia entendida como “ausencia de juicio” o “no juzgar” que también forma parte del constructo mindfulness.

Autocompasión.

El entrenamiento MYmind es un protocolo basado en mindfulness y no en compasión como tal. Sin embargo, a tenor de los resultados obtenidos, se podría señalar que la práctica del módulo Mindful-Parenting del programa ha resultado eficaz para el grupo de progenitores que realizó el entrenamiento, para mejorar su propio bienestar y autocuidado.

Así pues, tanto la *Escala Total de Autocompasión*, como las subescalas referidas a la medición de la *Auto-amabilidad*, *Aislamiento* y *Conciencia Plena*, han resultado significativas a los seis meses a favor del grupo MYmind, mostrando tamaños del efecto medio y alto respectivamente en las dos escalas faltantes de esa significatividad: *Auto-juicio* y *Humanidad Compartida*. Para explicar los resultados obtenidos en el período de seguimiento, podemos apoyarnos en

Sevel et al. (2020), que señaló que se necesita tiempo para desarrollar la atención plena y la compasión, cualidades que luego favorecen la disminución de síntomas psicológicos como la depresión o el estrés. Los resultados obtenidos en esta escala, apoyan los resultados y mejoras argumentados en escalas anteriores como *Crianza Consciente*, *FFMQ*, la medición del *Estrés Parental* o la Escala *Estilo Parental*. Es posible que las sesiones grupales hayan podido facilitar ese sentimiento de grupo de sentirse acompañadas en la forma de pensar y de sentirse, también en la forma de no resolver, de enfadarse, de enfrentarse a situaciones difíciles que, al ser expuestas en un grupo, facilita el darse cuenta de que en muchas ocasiones las personas actuamos y pensamos de forma parecida, criticándonos en exceso, pensando que no lo hemos hecho bien, o que hemos fracasado en la labor parental. Poder ser testigo de eso, facilita en palabras de Roca (2013) “el sentido de humanidad compartida que reconoce que la imperfección es algo típico de la experiencia humana y esto permite no sentirse raro o distinto de los demás, cuando se afrontan los propios fallos o limitaciones”. El apoyo social, contribuye positivamente a la práctica positiva de la crianza (Taylor et al., 2015).

Teniendo en cuenta las subescalas que han sido significativas o casi significativas, podríamos decir que las madres (14 madres y un padre) que participaron del entrenamiento pudieron tras evaluarse con distancia, reconocer que habían mejorado comprendiendo rasgos de su personalidad que no les gustaban (ejemplo de ítem del aspecto *Autoamabilidad*), siendo conscientes de sus defectos, aceptando los fallos que consideran importantes sin sentirse fracasados por ello (ítem referido a *Aislamiento*), favoreciendo una visión más equilibrada de la situación cuando sucede algo doloroso (*Conciencia Plena*), y en rasgos generales, aprobarse y aceptarse a pesar de sus equivocaciones,

evitando identificarse con el sentimiento, sensación o pensamiento negativo, siendo amables con ellas mismas.

Si bien no se conoce la forma exacta en la que estas mejoras podrían influir en el cambio de la sintomatología de sus hijos, cada uno de esos aspectos mejoran a su vez la propia personalidad, con lo que podríamos decir, que una personalidad más afable, atenta, que acepta lo que acontece con menos juicio y que permite el error, a su vez estará más preparada para dar tiempo a que sus hijos puedan expresar mejor lo que necesiten expresar, a comprender mejor la falta de respuesta, de inatención, respuestas agitadas o impulsivas, rabietas o comportamientos disruptivos. La autocompasión amortigua las respuestas emocionales negativas a los eventos adversos de la vida, lo que, en última instancia, protege la salud mental (Kroshus et al., 2021; Vigna et al., 2018).

El estudio llevado a cabo por Beaton, Sirois y Milne (2022) es el primer estudio que proporciona evidencias sobre cómo los adultos con TDAH responden a sí mismos en momentos de sufrimiento o fracaso. Se midieron los niveles de autocompasión y salud mental de 543 adultos con TDAH, versus 313 adultos sin TDAH, concluyendo tras los resultados obtenidos, que una baja autocompasión contribuye a una peor salud mental en adultos con TDAH, en comparación con adultos sin TDAH.

Teniendo en cuenta la alta heredabilidad de este trastorno, los resultados significativos en autocompasión obtenidos a favor del grupo de progenitores que recibió el entrenamiento, podrían haber influido en la mejor de la regulación emocional, resiliencia y salud mental de las madres con TDAH. Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos por Geurts et al. (2020), que encontraron mejoras en el bienestar de los adultos con TDAH, tras realizar un programa MBCT de 8 semanas, gracias al aumento de la autocompasión.

Los datos significativos de la escala de autocompasión obtenidos en la etapa de seguimiento y no tras las ocho semanas, son coherentes con los ofrecidos por Siebelink et al. (2022) que también encontraron tras los seis meses de realización del programa, un aumento de la autocompasión de forma significativa, entendiendo que se necesita tiempo para la integración de la práctica. No obstante, la confiabilidad de la escala para nuestra muestra es débil ($\alpha=.382$), con lo que la interpretación de los datos ha de ser prudente.

A tenor de los resultados obtenidos, podemos concluir validando esta última hipótesis por la que el entrenamiento MYmind podría resultar eficaz en el período de seguimiento para mejorar el estado emocional de los progenitores vinculados al entrenamiento.

Depresión, ansiedad y estrés

Los entrenamientos Mindful-Parenting suelen asociarse a la consecución de mejores resultados psicológicos, como reducción de la depresión, la ansiedad y el estrés, aplicándose tanto en entornos clínicos como no clínicos (Abbott et al., 2014; Fjorback et al., 2011; Gu et al., 2015; Janssen et al., 2018).

En lo que se refiere a la medición de los valores de depresión, ansiedad y estrés, podemos resolver que el protocolo MYmind sí ha resultado eficaz para mejorar el estado anímico de los progenitores que realizaron el programa, siendo significativas para la escala total y las subescalas *Ansiedad* y *Estrés* y casi significativa para la subescala de *Depresión*, en el período de seguimiento. Este es un hallazgo interesante si tenemos en cuenta que una revisión sistemática de estudios de control aleatorizados sobre programas de crianza grupales (N=4937), mostró que los efectos a corto plazo de la depresión, ansiedad y estrés, se perdían durante el seguimiento (Barlow et al., 2014). Nuestros resultados son acordes con los obtenidos por Siebelink et al. (2022), que obtuvo

mejoras en la depresión, ansiedad y estrés de las personas que participaron en el programa, tras seis meses de realizar el entrenamiento.

En conclusión, el programa MYmind puede ser válido para la mejora anímica de los padres de niños con TDAH, favoreciendo la reducción de la depresión, ansiedad y estrés, a largo plazo.

A tenor de los resultados obtenidos, podemos concluir validando esta última hipótesis por la que el entrenamiento MYmind podría resultar eficaz en el período de seguimiento para mejorar el estado emocional de los progenitores vinculados al entrenamiento.

7.2. Limitaciones

Esta investigación adolece de varias limitaciones. La primera de ellas es la falta de un control activo, ya que como hemos visto a lo largo de la exposición, distintos metanálisis señalan la superioridad de las intervenciones mindfulness respecto a grupos de control pasivo, pudiendo incluso perderse esos resultados significativos o ser los tamaños del efecto muy pequeños, al trabajar con un grupo de control activo.

Por otro lado, hay que considerar la subjetividad de los resultados obtenidos, ya que por una parte la persona que realizó la intervención a través del programa MYmind, es la misma que escribe esta tesis, conociendo en todo momento la condición del grupo experimental o control, durante el desarrollo de las sesiones. Teniendo en cuenta además que la literatura científica indica que en ocasiones los beneficios de las intervenciones pueden ser imputados a factores externos al entrenamiento como la influencia del terapeuta, es posible

que el uso de esta doble figura y la incapacidad de blindar este conocimiento sobre los grupos, haya influido en la obtención de resultados positivos. Si bien los grupos fueron aleatorizados antes de comenzar el entrenamiento, los participantes sí fueron conocedores antes del inicio del programa de su condición experimental o control, con lo que esto también pudo influir en la experiencia global. Además, los resultados se apoyan en el análisis de medidas autoinformes proporcionadas por los padres, si bien los informantes más cercanos como los padres tienen más posibilidades de informar de efectos significativos a favor del tratamiento recibido, que aquellos que no están involucrados en el entorno terapéutico, como pudieran ser los profesores o maestros (Sonuga et al., 2013). Una de las motivaciones que propone el autor para justificar esos datos “inflados” es el esfuerzo y tiempo invertido por los mismos en el programa, lo que puede hacer que clasifiquen el tratamiento como exitoso. No obstante, siguiendo a Martin et al. (2018) estas medidas de resultado autoinformadas se codifican comúnmente como de riesgo bajo.

Otra limitación ha sido el tamaño de la muestra. El número de participantes ha sido pequeño, debido principalmente a la falta de disponibilidad de las familias para poder recolectar una muestra mayor. La realización de actividades extraescolares deportivas y otros quehaceres como academias de repaso, fueron la justificación habitual para no participar de la investigación, así como una vez seleccionada, poder encontrar un horario compatible con todas las familias participantes.

Otro factor a considerar ha sido la falta de confiabilidad de algunas escalas y subescalas de nuestra muestra como la subescala *Hostilidad* ($\alpha=.180$), la confiabilidad para la Escala de *Autocompasión* ($\alpha=.382$), y la confiabilidad para la Escala de *Autoeficacia* ($\alpha=.308$), que impiden considerar los óptimos

resultados obtenidos en alguna de estas escalas, debido probablemente a errores no advertidos con anterioridad al completar los formularios.

7.3. Futuras líneas de acción

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriores, en futuras investigaciones recomendamos utilizar un grupo de control activo específico, que permita dilucidar los beneficios del entrenamiento MYmind encontrados en el desarrollo de esta investigación. Además, instamos a que la persona instructora del protocolo MYmind sea independiente a la investigación, así como blindar la información sobre la condición experimental o control del grupo, tanto a participantes como a instructores del programa. Contar con otros informantes además de los padres, como los profesores del curso en el que esté matriculado, también será necesario para reducir el posible sesgo de la investigación.

Respecto al tamaño de la muestra, se recomienda contar con una muestra amplia y más instructores especializados en el programa MYmind, con la intención de replicar esta investigación y validar la eficacia del programa MYmind como herramienta válida de intervención del TDAH.

También sería interesante investigar, qué prácticas son más eficaces atendiendo a los grupos de edad (Dahl, Lutz y Davidson, 2015), e incluso averiguar para qué tramos de edad el programa MYmind es más eficaz. Sería interesante contemplar técnicas de compasión y autocompasión que, si bien no se han estudiado específicamente en el tratamiento del TDAH para niños y adolescentes, en el caso de los adultos parecen mostrar una relación directa entre compasión y mejora de la salud mental (Beaton, Sirois, y Milne, 2022)

ofreciendo resultados prometedores en la mejora de otros trastornos (Winders et al., 2020).

Otra línea de investigación podría estudiar la adaptación del programa MYMind a niños menores de ocho años (primer tramo de edad requerido para iniciar el protocolo MYmind) e incluir muestras amplias y en proporción equilibrada de la presentación Hiperactiva/Impulsiva del TDAH, con respecto a la proporción de niños o adolescentes con presentación Inatenta o Combinada del trastorno. En este caso, sería conveniente el diseño de prácticas específicas para los niños que, a causa de su hiperactividad o impulsividad no pudieran sostener las sesiones del programa. También sería interesante poder validar la eficacia del programa MYMind con sesiones para niños y adolescentes inferiores a una hora (sin variar la duración del protocolo referida a 8 semanas) ya que un formato más corto que demuestre ser eficaz, podría resultar más atractivo para las familias.

Como se ha comentado en la discusión, se desconocen los mecanismos que subyacen a los efectos del entrenamiento MYMind así como los mecanismos de cambio que hay detrás de un entrenamiento mindfulness para niños con TDAH. Existen estudios como el realizado por Mah et al. (2020) que recoge los efectos positivos de un MBI dirigido solo a padres de niños con TDAH, analizando los resultados pre y post. En el ECA de Behbahani et al. (2018) se analiza la eficacia de un MBI dirigido solo a padres, pero añadiendo un período de seguimiento de 8 semanas más. Sin embargo, aún no se ha publicado la eficacia de un MBI familiar versus un MBI solo a padres.

También se han publicado investigaciones de MBI realizados solo a niños con TDAH con efectos positivos, como el realizado por Huguet et al. (2019) y Santonastaso et al. (2020), si bien estos estudios fueron pre-post y no

contemplaron un follow-up. Atendiendo a las revisiones realizadas por Evans et al. (2018) y Barranco-Ruiz et al. (2019), se señala que aquellos programas de intervención mindfulness en los que participaran además de los niños con TDAH, sus padres, mejorarían aún más los síntomas del TDAH de los niños obteniendo resultados más favorables para los padres, si bien ninguna de estas dos revisiones contempló la comparativa de un MBI familiar versus MBI dirigido solo a los niños.

En conclusión, para poder averiguar si es la reducción de la sintomatología TDAH de los niños quien media en la consecución del estrés parental de los padres o si es la reducción del estrés parental de los padres lo que modula el descenso de la sintomatología TDAH de los niños, sería recomendable contar con investigaciones que pudieran comparar por un lado la eficacia de un MBI familiar versus un MBI dirigido solo a niños, así como comparar los resultados obtenidos tras un MBI familiar versus un MBI dirigido solo a padres.

Tras la presentación de la discusión de los resultados, limitaciones y futuras líneas de investigación, se resumen los puntos clave en forma de conclusiones, a continuación.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones derivadas de esta investigación:

1. Los resultados sugieren que la eficacia del entrenamiento MYmind en el caso de los niños, surge a largo plazo (mejora de la sintomatología, problemas asociados al TDAH y del funcionamiento ejecutivo). En el caso de los padres, la mejora en el estrés parental y el cambio en el estilo parental autoritario se produce tras el entrenamiento, a las 8 semanas.
2. El programa MYmind, podría ser eficaz para reducir el estrés parental y mejorar los problemas internalizantes y externalizantes de sus hijos.
3. Los resultados sugieren que el módulo Mindful-Parenting del protocolo MYmind, ha sido eficaz para modificar el estilo de disciplina adquirido por los padres, hacia un modelo dialógico, no reactivo. Este cambio en el estilo parental reactivo se obtiene tras la finalización del entrenamiento y se mantiene a largo plazo, seis meses después.
4. Los resultados sugieren que el módulo Mindful-Parenting del protocolo MYmind, ha sido eficaz para mejorar las competencias o habilidades parentales necesarias para una crianza consciente.
5. El módulo Mindful-Parenting del protocolo MYmind, puede favorecer la autoconciencia emocional de los progenitores y esto redundar de forma positiva en la mejora del comportamiento de sus hijos.

6. Los resultados sugieren que el entrenamiento MYmind puede ser un método eficaz para mejorar el área social de los adolescentes con TDAH, a largo plazo.
7. Los resultados sugieren que el programa MYmind, puede ser válido para la mejora anímica de los padres, favoreciendo la reducción de la depresión, ansiedad y estrés.
8. Este estudio respalda las evidencias ya publicadas respecto a que el programa MYmind podría resultar eficaz para la intervención de adolescentes diagnosticados con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Coon, J. T., Kuyken, W., ... & Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 341-351.
- Abidin, R. A. (1995). Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF): Professional Manual. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Recuperado del sitio de internet Psychological Assessment Resources: <http://www4.parinc.com>.*
- Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L., & Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem?. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(3), 440-451.
- Alda, J., Cardo, M., Del Campo, P., García, A., Gurrea, A., Izaguirre, J., ... & Martin, J. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)*.
- Al Ghriwati, N., Langberg, J. M., Gardner, W., Peugh, J., Kelleher, K. J., Baum, R., ... & Epstein, J. N. (2017). Impact of comorbid conditions on the community-based pediatric treatment and outcomes of children with ADHD. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 38(1), 20.
- Alvear, D., Soler, J., & Cebolla, A. (2022). Meditators' Non-academic Definition of Mindfulness. *Mindfulness*, 1-11.

- Al-Yagon, M., Forte, D., & Avrahami, L. (2020). Executive functions and attachment relationships in children with ADHD: Links to externalizing/internalizing problems, social skills, and negative mood regulation. *Journal of attention disorders*, 24(13), 1876-1890.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), 581-596.
- Antshel, K. M., Hier, B. O., & Barkley, R. A. (2014). Executive functioning theory and ADHD. In *Handbook of executive functioning* (pp. 107-120). Springer, New York, NY.
- APA. American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-II (2.ª ed.)*. Washington, DC: Autor.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III (3.ª ed.)*. Barcelona: Elsevier Masson (1983, versión española).
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana. (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R (3.ª ed. rev.)*. Barcelona: Elsevier Masson (1988, versión española).
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (4.ª ed.)*. Barcelona: Elsevier Masson (1995, versión española).
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-R (4.ª ed. rev.)*. Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V (5.ª ed.)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- Arnold, D. S., O'leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological assessment*, 5(2), 137.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 49(11), S587-93.
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Balistreri, K. S., & Alvira-Hammond, M. (2016). Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health*, 132, 72-7.
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 28-43.
- Barkley, R. A. (2013). Tomar el control del TDAH en la edad adulta. *Tomar el control del TDAH en la edad adulta*, 1-286.

- Barkley, R. A. (1991). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Clinical Workbook*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1999). Response inhibition in attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5(3), 177-184.
- Barkley, R. A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 489-493.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. (third edition)*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 978.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Fisher, M. (2008). *El TDAH en adultos. Lo que nos dice la ciencia*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-197.
- Barranco-Ruiz, Y., Esturo Etxabe, B., Ramírez-Vélez, R., & Villa-González, E. (2019). Interventions based on Mind–Body therapies for the improvement of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in youth: A systematic review. *Medicina*, 55(7), 325.

- Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy*, 75, 60-71.
- Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*.
- Becker, S. P., Langberg, J. M., Eadeh, H. M., Isaacson, P. A., & Bouchtein, E. (2019). Sleep and daytime sleepiness in adolescents with and without ADHD: Differences across ratings, daily diary, and actigraphy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(9), 1021-1031.
- Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., ... & Willcutt, E. G. (2016). The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 163-178.
- Behbahani, M., Zargar, F., Assarian, F., & Akbari, H. (2018). Effects of mindful parenting training on clinical symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder and parenting stress: Randomized controlled trial. *Iranian journal of medical sciences*, 43(6), 596.
- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2019). Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of attention disorders*, 23(5), 506-516.
- Berwid, O. G., Curko-Kera, E. A., Marks, D. J., Santra, A., Bender, H. A. y Halperin, J. M. (2005). Sustained attention and response inhibition in young children at risk for attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(11), 1219 – 1229.

- Bhaijiwala, M. (2016). *The Neural Substrates of Response Inhibition in Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)* (Doctoral dissertation, University of Toronto (Canada)).
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, *32*(5), 817-827.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., ... & Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(5), 757.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, *148*(5), 564-577.
- Bignell, S., & Cain, K. (2007). Pragmatic aspects of communication and language comprehension in groups of children differentiated by teacher ratings of inattention and hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*(4), 499-512.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bögels, S. M., de Bruin, E. I., & Van der Oord, S. (2013). Mindfulness-based interventions in child and adolescent psychopathology. *Cognitive behaviour therapy for children and families*, 371-384.
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and

- child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551.
- Bögels, S. M., Oort, F. J., Potharst, E., van Roosmalen, R., Williams, J. M. G., & de Bruin, E. I. (2021). Family mindfulness training for childhood ADHD: Short-and long-term effects on children, fathers and mothers. *Mindfulness*, 12(12), 3011-3025.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2013). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. Springer Science & Business Media
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). An Evolutionary Perspective on Parenting and Parenting Stress. In *Mindful Parenting* (pp. 15-39). Springer, New York, NY.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Effects of the Mindful Parenting Course. In *Mindful Parenting* (pp. 41-48). Springer, New York, NY.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Introduction to mindful parenting. In *Mindful Parenting* (pp. 3-14). Springer, New York, NY.
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Overview of the Mindful Parenting Program. In *Mindful Parenting* (pp. 51-79). Springer, New York, NY.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(2), 193-209.
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2010). Familial transmission and heritability of childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1066-1074.
- Bosscher, R. J., Smit, J. H., & Kempen, G. I. (1997). Algemene competentieverwachtingen bij ouders: een onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de Algemene Competentieschaal

(ALCOS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*.

Bosscher, R. J., & Smit, J. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. *Behaviour research and therapy*, 36(3), 339-343.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Brown, T. E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. Yale University Press.

Brown, T. E. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 35-46.

Bueno, V. F., Kozasa, E. H., da Silva, M. A., Alves, T. M., Louzã, M. R., & Pompéia, S. (2015). Mindfulness meditation improves mood, quality of life, and attention in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *BioMed Research International*, 2015.

Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2018). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 66-82.

- Burgdorf, V., & Szabó, M. (2021). The Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale in mothers of children and infants: Factor structure and associations with child internalizing problems. *Frontiers in Psychology, 11*, 633709.
- Burgdorf, V., Szabó, M., & Abbott, M. J. (2019). The effect of mindfulness interventions for parents on parenting stress and youth psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology, 10*, 1336.
- Cahn, B. R., & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological bulletin, 132*(2), 180.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of attention disorders, 24*(5), 627-643.
- Caldarella, P., Larsen, R. A., Williams, L., Wills, H. P., & Wehby, J. H. (2019). Teacher praise-to-reprimand ratios: Behavioral response of students at risk for EBD compared with typically developing peers. *Education and Treatment of Children, 42*(4), 447-468.
- Campayo, J. G., & Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?*. Editorial Kairós.
- Canadian, A. D. H. D. (2018). Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines. *Toronto, Ontario: CADDRA*.
- Carlson, S. M. & Wang, T. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development, 22*, 489-510.
- Carmody J., Baer R.A., Lykins E.L.B., Olendzki N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 613–626.
- Carucci, S., Balia, C., Gagliano, A., Lampis, A., Buitelaar, J. K., Danckaerts, M., ... & ADDUCE Consortium. (2021). Long term methylphenidate exposure

and growth in children and adolescents with ADHD. A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 509-525.

Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177-182.

Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-13.

Cebolla, A., Campos, D., Galiana, L., Oliver, A., Tomás, J. M., Feliu-Soler, A., ... & Baños, R. M. (2017). Exploring relations among mindfulness facets and various meditation practices: Do they work in different ways?. *Consciousness and Cognition*, 49, 172-180.

Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., ... & García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness*, 9(3), 860-870.

Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Sánchez-López, M., Pardo-Guijarro, M. J., Santos Gómez, J. L., & Martínez-Vizcaíno, V. (2015). The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child: care, health and development*, 41(6), 779-788.

- Chang, J. P. C., Su, K. P., Mondelli, V., & Pariante, C. M. (2018). Omega-3 polyunsaturated fatty acids in youths with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of clinical trials and biological studies. *Neuropsychopharmacology*, *43*(3), 534-545.
- Charlop, M. H., & Kelso, S. E. (1997). *How to Treat the Child with Autism*.
- Chen, V. C. H., Lin, K. Y., Tsai, Y. H., & Weng, J. C. (2020). Connectome analysis of brain functional network alterations in breast cancer survivors with and without chemotherapy. *PLoS One*, *15*(5), e0232548.
- Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P., & Chi, I. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, *9*, 1034.
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, *31*(3), 449-464.
- Chiesi, F., Dellagiulia, A., Lionetti, F., Bianchi, G., & Primi, C. (2017). Using item response theory to explore the psychometric properties of the Italian version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Mindfulness*, *8*(2), 351-360.
- Choi, E. (2011). *Children's organization and development of emotion: Attachment relationships, perceptual asymmetry, and executive functioning*. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B., & Chavanon, M. L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*, *21*(3), 1-11.
- Chu, C. S., Stubbs, B., Chen, T. Y., Tang, C. H., Li, D. J., Yang, W. C., ... & Lin, P. Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention

in treatment of bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 234-245.

Clements, C. C., Castro, V. M., Blumenthal, S. R., Rosenfield, H. R., Murphy, S. N., Fava, M., ... & Perlis, R. H. (2015). Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Molecular psychiatry*, 20(6), 727-734.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of child and family studies*, 19(2), 203-217.

Coghill, D. R., Hayward, D., Rhodes, S. M., Grimmer, C., & Matthews, K. (2014). A longitudinal examination of neuropsychological and clinical functioning in boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): improvements in executive functioning do not explain clinical improvement. *Psychological medicine*, 44(5), 1087-1099.

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conner's adult ADHD rating scales: Technical manual*. Multi-Health Systems Incorporated (MHS).

Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition: Manual*: Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY, MHS Assessments.

Cortese, S., & Coghill, D. (2018). Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evidence-Based Mental Health*, 21(4), 173-176. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300050>

- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology*, *16*(5), 422-433.
- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., ... & European ADHD Guidelines Group. (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(3), 227-246.
- Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D., & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(7), 690-698.
- Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A. R., Palumbi, R., De Giambattista, C., & Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 1191.
- Crescentini, C., & Capurso, V. (2015). Mindfulness meditation and explicit and implicit indicators of personality and self-concept changes. *Frontiers in psychology*, *6*, 44.
- Lee, P. H., Anttila, V., Won, H., Feng, Y. C. A., Rosenthal, J., Zhu, Z., ... & Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2019). Genome wide meta-analysis identifies genomic relationships, novel loci, and pleiotropic mechanisms across eight psychiatric disorders. *BioRxiv*, 528117. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/528117v1.abstract>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in cognitive sciences*, *19*(9), 515-523.

- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A. P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., & Chacko, A. (2020). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 32*(2), 257-292.
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 932-947.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., ... & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry, 19*(2), 83-105.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine, 65*(4), 564-570.
- de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism, 19*(8), 906–914. <https://doi.org/10.1177/1362361314553279>
- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment, 19*(2), 187-197.

- de Bruin, E. I., Zijlstra, B. J., & Bögels, S. M. (2014). The meaning of mindfulness in children and adolescents: further validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) in two independent samples from the Netherlands. *Mindfulness*, 5(4), 422-430.
- de Bruin, E. I., Zijlstra, B. J., Geurtzen, N., van Zundert, R. M., van de Weijer-Bergsma, E., Hartman, E. E., ... & Bögels, S. M. (2014). Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness*, 5(2), 200-212.
- de Miguel, J. F. (2019). *Exploración de los factores generales y específicos en la estructura del tdah* (Doctoral dissertation, Universidad de Valladolid).
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and individual differences*, 44(5), 1235-1245.
- Demarzo, M. M., Montero-Marin, J., Stein, P. K., Cebolla, A., Provinciale, J. G., & García-Campayo, J. (2014). Mindfulness may both moderate and mediate the effect of physical fitness on cardiovascular responses to stress: a speculative hypothesis. *Frontiers in physiology*, 5, 105.
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., ... & Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, 51(1), 63-75.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135.
- Diamond, A. (2014). Executive functions: Insights into ways to help more children thrive. *Zero to three*, 35(2), 9-17.
- Díaz-Herrero, Á., de la Nuez, A. G. B., Pina, J. A. L., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la

versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.

Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr, P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work*, 20(2), 159-165.

Douglas, V. (1972). Stop, Look and Listen: The Problem of Sustained Attention and Impulse Control in Hyperactive and Normal Children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4(4), 159 – 28

Doyle, A. E., Faraone, S. V., Seidman, L. J., Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Waldman, I. D., ... y Biederman, J. (2005). Are endophenotypes based on measures of executive functions 230 useful for molecular genetic studies of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 774-803

Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting scale*. The Pennsylvania State University..

DuPaul, G. J., & Langberg, J. M. (2015). Educational impairments in children with ADHD.

Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), e454-e463.

Edel, M. A., Hölter, T., Wassink, K., & Juckel, G. (2017). A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD: An open study. *Journal of attention disorders*, 21(6), 533-539.

Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders Imaging in clinical neuroscience. *British medical bulletin*, 65(1), 49-59.

- Engle, R. W. (2018). Working memory and executive attention: A revisit. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 190-193. <https://doi.org/10.1177/1745691617720478>
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 9-27.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), 129-140.
- Fair, D. A., Bathula, D., Nikolas, M. A., & Nigg, J. T. (2012). Distinct neuropsychological subgroups in typically developing youth inform heterogeneity in children with ADHD. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(17), 6769-6774.
- Faraone, S. V., Ghirardi, L., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2017). The familial co-aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder and intellectual disability: a register-based family study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 167-174.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159-165.

- Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E., 2006. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol. Med.* 36, 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>.
- Faraone, S.V., Larsson, H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* 24, 562–575 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(4), 313-322.
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & Kessler, R. C. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65.
- Feliu-Soler, A., Soler, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Elices, M., Demarzo, M., & García-Campayo, J. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Nonattachment Scale (NAS) and its relationship with mindfulness, decentering, and mental health. *Mindfulness*, 7(5), 1156–1169.
- Fenesy, M. C., & Lee, S. S. (2019). Association of ADHD and executive functioning with childhood depression. *Journal of attention disorders*, 23(11), 1368-1378.

- Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs for parents of children with autism: Feasibility and preliminary outcome data. *Mindfulness*, 4(2), 89-101.
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82-90.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119.
- Fosco, W. D., Kofler, M. J., Alderson, R. M., Tarle, S. J., Raiker, J. S., & Sarver, D. E. (2019). Inhibitory control and information processing in ADHD: Comparing the dual task and performance adjustment hypotheses. *Journal of abnormal child psychology*, 47(6), 961-974.
- Fountoulakis, K. N., & Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(7), 999-1029.
- Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., ... & Soler, C. (2022). Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 1-15.
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. K., ... & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088.

- Fredrick, J. W., Yeaman, K. M., Yu, X., Langberg, J. M., & Becker, S. P. (2022). A multi-method examination of sluggish cognitive tempo in relation to adolescent sleep, daytime sleepiness, and circadian preference. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(3), 447.
- Friedman, N. P., Miyake, A., Corley, R. P., Young, S. E., DeFries, J. C. y Hewitt, J. K. (2006). Not all executive functions are related to intelligence. *Psychological science, 17*(2), 172-179.
- Fusar-Poli, P., Rubia, K., Rossi, G., Sartori, G. y Balontin, U. (2012). Striatal dopamine transporter alterations in ADHD: pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 169*(3), 264 – 272
- Galenkamp, H., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. (2012). Estimates of prospective change in self-rated health in older people were biased owing to potential recalibration response shift. *Journal of Clinical Epidemiology, 65*(9), 978-988.
- Galvin, J., Howes, A., McCarthy, B., & Richards, G. (2021). Self-compassion as a mediator of the association between autistic traits and depressive/anxious symptomatology. *Autism : the international journal of research and practice, 25*(2), 502–515. <https://doi.org/10.1177/1362361320966853>
- García-Rubio, C., Rodríguez-Carvajal, R., Langer, A. I., Paniagua, D., Steinebach, P., Andreu, C. I., ... & Cebolla, A. (2019). Validation of the Spanish version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure

(CAMM) with samples of Spanish and Chilean children and adolescents. *Mindfulness*, 10(8), 1502-1517.

Gardner, D. M., Gerdes, A. C., & Weinberger, K. (2019). Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 363-373.

Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59-67.

Germer, C. K. (2013). *Mindfulness: What is it? What does it matter?*

Geronimi, E. M., Arellano, B., & Woodruff-Borden, J. (2020). Relating mindfulness and executive function in children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 25(2), 435-445.

Gershby, N., Meehan, K. B., Omer, H., Papouchis, N., & Schorr Sapir, I. (2017, December). Randomized clinical trial of mindfulness skills augmentation in parent training. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 46, No. 6, pp. 783-803). Springer US.

Geurts, H. M., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2004). How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism?. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(4), 836-854.

Geurts, D., Schellekens, M., Janssen, L., & Speckens, A. (2020). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25, 1331–1342. <https://doi.org/10.1177/1087054719896865>

- Geurts, H. M., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2005). ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*(4), 457-477.
- Geurtzen, N., Scholte, R. H., Engels, R. C., Tak, Y. R., & van Zundert, R. M. (2015). Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: non-judgmental acceptance of parenting as core element. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(4), 1117-1128.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *47*(8), 805-811.
- Goia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). Behavior rating inventory of executive function (BRIEF): Professional manual. *Lutz: Psychological Assessment Resources*.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on psychological science*, *17*(1), 108-130.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *59*, 52-60.
- Goldstein, S., & Naglieri, J. A. (2014). Executive functioning. *A Goldstein, Sam*.
- Gonon, F. (2009). The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neurosciences*, *32*(1), 2 – 8
- Grant, J. A., Courtemanche, J., Dearden, E. G., Duncan, G. H., & Rainville, P. (2010). Cortical thickness and pain sensitivity in zen meditators. *Emotion*, *10*(1), 43.

- Grant, J. A., Duerden, E. G., Courtemanche, J., Cherkasova, M., Duncan, G. H., & Rainville, P. (2013). Cortical thickness, mental absorption and meditative practice: possible implications for disorders of attention. *Biological psychology, 92*(2), 275-281.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 46*, 106-123.
- Greco, L., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment, 23*, 606-614.
- Greydanus, D. E., Cates, K. W., & Sadigh, N. (2019). Adverse effects of stimulant medications in children and adolescents: focus on drug abuse. *International journal of adolescent medicine and health, 31*(4).
- Grygiel, P., Humenny, G., Rębisz, S., Bajcar, E., & Świtaj, P. (2018). Peer rejection and perceived quality of relations with schoolmates among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 22*(8), 738-751.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review, 37*, 1-12.
- Guideline-NG87, N. I. C. E. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *National Institute of Clinical Excellence, UK*.
- Guo, C., Assumpcao, L., & Hu, Z. (2022). Efficacy of non-pharmacological treatments on emotional symptoms of children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 26*(4), 508-524.

- Gustavson, K., Torvik, F. A., Eilertsen, E. M., Ask, H., McAdams, T. A., Hannigan, L. J., ... & Gjerde, L. C. (2021). Genetic and environmental contributions to co-occurring ADHD and emotional problems in school-aged children. *Developmental Psychology, 57*(8), 1359.
- Hanć, T., Szwed, A., Słopeń, A., Wolańczyk, T., Dmitrzak-Węglarz, M., & Ratajczak, J. (2018). Perinatal risk factors and ADHD in children and adolescents: a hierarchical structure of disorder predictors. *Journal of attention disorders, 22*(9), 855-863.
- Handelman, K., & Sumiya, F. (2022). Tolerance to Stimulant Medication for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Literature Review and Case Report. *Brain Sciences, 12*(8), 959.
- Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C. D., Duncan, E., & Barsalou, L. W. (2012). Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage, 59*(1), 750-760.
- Haydicky, J., Wiener, J., & Shecter, C. (2017). Mechanisms of action in concurrent parent-child mindfulness training: A qualitative exploration. *Mindfulness, 8*(4), 1018-1035.
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies, 24*(1), 76-94.
- Haydicky, J., Wiener, J., Badali, P., Milligan, K., & Ducharme, J. M. (2012). Evaluation of a mindfulness-based intervention for adolescents with learning disabilities and co-occurring ADHD and anxiety. *Mindfulness, 3*(2), 151-164.

- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255.
- He, Y., Chen, J., Zhu, L. H., Hua, L. L., & Ke, F. F. (2020). Maternal smoking during pregnancy and ADHD: results from a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of attention disorders*, 24(12), 1637-1647.
- Hechtman, L. (2019). Considerations in selecting pharmacological treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Acute Pain*, 10(00).
- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. (2019). The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351-362.
- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. (2019). The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351-362.
- Herrero, R., Espinoza, M., Molinari, G., Etchemendy, E., Garcia-Palacios, A., Botella, C., & Baños, R. M. (2014). Psychometric properties of the General Self Efficacy-12 Scale in Spanish: general and clinical population samples. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1738-1743.
- Hinojosa, M. S., Hinojosa, R., Fernandez-Baca, D., Knapp, C., & Thompson, L. A. (2012). Parental strain, parental health, and community characteristics among children with attention deficit– hyperactivity disorder. *Academic Pediatrics*, 12(6), 502-508.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and

women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research: neuroimaging*, 191(1), 36-43.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.

Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience letters*, 421(1), 16-21.

Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S., ... & Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319.

Hornstra, R., Groenman, A. P., Van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? A metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 411.

- Huguet, A., Eguren, J. I., Miguel-Ruiz, D., Vallés, X. V., & Alda, J. A. (2019). Deficient emotional self-regulation in children with attention deficit hyperactivity disorder: Mindfulness as a useful treatment modality. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(6), 425-431.
- Humphreys, K. L., Galán, C. A., Tottenham, N., & Lee, S. S. (2016). Impaired social decision-making mediates the association between ADHD and social problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(5), 1023-1032.
- Hylander, F., Johansson, M., Daukantaitė, D., & Ruggeri, K. (2017). Yin yoga and mindfulness: a five week randomized controlled study evaluating the effects of the YOMI program on stress and worry. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(4), 365-378.
- Im, S., Stavas, J., Lee, J., Mir, Z., Hazlett-Stevens, H., & Caplovitz, G. (2021). Does mindfulness-based intervention improve cognitive function?: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 84*, 101972.
- Insa Pineda, I. (2020). Análisis de la psicopatología parental de los niños con TDAH.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice, 15*(2), 61-66.
- Irwin, L. N., Kofler, M. J., Soto, E. F., & Groves, N. B. (2019). Do children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have set shifting deficits?. *Neuropsychology, 33*(4), 470.
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Van Der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS one, 13*(1), e0191332.

- Jensen, P. S., & Kenny, D. T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of attention disorders*, 7(4), 205-216.
- Jensen, P. S., Garcia, J. A., Glied, S., Crowe, M., Foster, M., Schlander, M., ... & Wells, K. (2005). Cost-effectiveness of ADHD treatments: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1628-1636.
- Johnson, K. A., Kelly, S. P., Bellgrove, M. A., Barry, E., Cox, M., ... y Robertson, I. H. (2007). Response variability in attention deficit hyperactivity disorder: evidence for neuropsychological heterogeneity. *Neuropsychologia*, 45(4), 630 – 638
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207.
- Jurado, M. B. y Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology review*, 17(3), 213-233.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kaminski, P. L., Hayslip Jr, B., Wilson, J. L., & Casto, L. N. (2008). Parenting attitudes and adjustment among custodial grandparents. *Journal of intergenerational relationships*, 6(3), 263-284.
- Karalunas, S. L., Gustafsson, H. C., Dieckmann, N. F., Tipsord, J., Mitchell, S. H., & Nigg, J. T. (2017). Heterogeneity in development of aspects of working

memory predicts longitudinal attention deficit hyperactivity disorder symptom change. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 774.

Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181.

Kaunhoven, R. J., & Dorjee, D. (2017). How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 16

Keith, J. R., Blackwood, M. E., Mathew, R. T., & Lecci, L. B. (2017). Self-reported mindful attention and awareness, go/no-go response-time variability, and attention-deficit hyperactivity disorder. *Mindfulness*, 8(3), 765-774.

Kerr, C. E., Josyula, K., & Littenberg, R. (2011). Developing an observing attitude: an analysis of meditation diaries in an MBSR clinical trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 80-93.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.

Kiani, B., Hadianfard, H., & Mitchell, J. T. (2017). The impact of mindfulness meditation training on executive functions and emotion dysregulation in an Iranian sample of female adolescents with elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 69(4), 273-282.

Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation

during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.04>

Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., ... & Fusar-Poli, P. (2020). Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 955-970.

Koegel, R. L., Schreibman, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C., & Koegel, L. K. (1989). How to teach pivotal behaviors to children with autism: a training manual.

Kofler, M. J., Rapport, M. D., Bolden, J., Sarver, D. E., & Raiker, J. S. (2010). ADHD and working memory: the impact of central executive deficits and exceeding storage/rehearsal capacity on observed inattentive behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 38(2), 149-161.

Kofler, M. J., Sarver, D. E., Harmon, S. L., Moltisanti, A., Aduen, P. A., Soto, E. F., & Ferretti, N. (2018). Working memory and organizational skills problems in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(1), 57-67.

Koolwijk, I., Stein, D. S., Chan, E., Powell, C., Driscoll, K., & Barbaresi, W. J. (2014). “Complex” attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(9), 591-597.

Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2014). *NEPSY-ii*. Madrid: Pearson.

Korrel, H., Mueller, K. L., Silk, T., Anderson, V., & Sciberras, E. (2017). Research Review: Language problems in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder—a systematic meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 640-654.

- Kozasa, E. H., Sato, J. R., Lacerda, S. S., Barreiros, M. A., Radvany, J., Russell, T. A., ... & Amaro Jr, E. (2012). Meditation training increases brain efficiency in an attention task. *Neuroimage*, *59*(1), 745-749.
- Krinzinger, H., Hall, C. L., Groom, M. J., Ansari, M. T., Banaschewski, T., Buitelaar, J. K., ... & ADDUCE Consortium. (2019). Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 945-968.
- Kroshus, E., Hawrilenko, M., & Browning, A. (2021). Stress, self-compassion, and well-being during the transition to college. *Social Science and Medicine*, *269*, 113514. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113514>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, *73*(6), 565-574.
- Lange, K. W., Hauser, J., Lange, K. M., Makulska-Gertruda, E., Nakamura, Y., Reissmann, A., ... & Takeuchi, Y. (2017). *The role of nutritional supplements in the treatment of ADHD: what the evidence says. Current psychiatry reports*, *19*(2), 1-9.
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, *127*(3), 462-470.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *neuroreport*, *16*(17), 1893.

- Leaf, R., & McEachin, J. (1999). *A work in progress: behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York: Autism Partnership
- Lebois, L. A., Papies, E. K., Gopinath, K., Cabanban, R., Quigley, K. S., Krishnamurthy, V., ... & Barsalou, L. W. (2015). A shift in perspective: Decentering through mindful attention to imagined stressful events. *Neuropsychologia*, *75*, 505-524.
- Lebowitz, M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: a developmental review. *Journal of Attention Disorders*, *20*(3), 199-205.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *31*(3), 328-341.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., Van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., ... & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *58*(2), 180-190.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International journal of Psychology*, *17*(1-4), 281-297.
- Liang, X., Li, R., Wong, S. H., Sum, R. K., & Sit, C. H. (2021). The impact of exercise interventions concerning executive functions of children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *18*(1), 1-17.

- Liew, J. (2012). Effortful control, executive functions, and education: Bringing self-regulatory and social-emotional competencies to the table. *Child development perspectives*, 6(2), 105-111.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Lo, H. H., Wong, S. W., Wong, J. Y., Yeung, J. W., Snel, E., & Wong, S. Y. (2020). The effects of family-based mindfulness intervention on ADHD symptomology in young children and their parents: a randomized control trial. *Journal of attention disorders*, 24(5), 667-680.
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 133-142.
- Loo, S. K., Humphrey, L. A., Tapio, T., Moilanen, I. K., McGOUGH, J. J., McCRACKEN, J. T., ... & Smalley, S. L. (2007). Executive functioning among Finnish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1594-1604.
- López, C., Alcántara, M., Belchí, A. I., & Romero, A. (2013). Estado actual del tratamiento del TDAH y otros trastornos del comportamiento. *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*, 171-208.
- López-Pinar, C., Martínez-Sanchís, S., Carbonell-Vayá, E., Sánchez-Meca, J., & Fenollar-Cortés, J. (2020). Efficacy of nonpharmacological treatments on comorbid internalizing symptoms of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(3), 456-478.

- Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders, 240*, 247-261.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Depression anxiety stress scale-21 (DASS-21). *Sydney: School of Psychology, University of New South Wales, 10*.
- Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M., & Guay, M. C. (2021). Meta-analysis of sex differences in ADHD symptoms and associated cognitive deficits. *Journal of Attention Disorders, 25*(12), 1640-1656.
- Lukito, S., Jones, C. R., Pickles, A., Baird, G., Happé, F., Charman, T., & Simonoff, E. (2017). Specificity of executive function and theory of mind performance in relation to attention-deficit/hyperactivity symptoms in autism spectrum disorders. *Molecular autism, 8*(1), 1-13.
- Lunsford-Avery, J. R., Krystal, A. D., & Kollins, S. H. (2016). Sleep disturbances in adolescents with ADHD: A systematic review and framework for future research. *Clinical psychology review, 50*, 159-174.
- Lunt, L., Bramham, J., Morris, R. G., Bullock, P. R., Selway, R. P., Xenitidis, K., & David, A. S. (2012). Prefrontal cortex dysfunction and 'Jumping to Conclusions': Bias or deficit?. *Journal of neuropsychology, 6*(1), 65-78.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience, 42*.
- Luria, A. R. (1966). *Human brain and psychological processes*. New York: Harper & Row.
- Luria, A. R. (1970). The functional organization of the brain. *Scientific American, 222*, 66-78.

- Luthy, K. E., David, R. M., Macintosh, J. L., Eden, L. M., & Beckstrand, R. L. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: Comparison of medication efficacy and cost. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(2), 226-232.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12(4), 163-169.
- Lyons Usher, A. M., Leon, S. C., Stanford, L. D., Holmbeck, G. N., & Bryant, F. B. (2016). Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF) in children and adolescents with ADHD. *Child Neuropsychology*, 22(8), 907-918.
- Mah, J. W., Murray, C., Locke, J., & Carbert, N. (2021). Mindfulness-enhanced behavioral parent training for clinic-referred families of children with ADHD: A randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1765-1777.. <https://doi.org/10.1177/1087054720925882>
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in neuroscience*, 7, 8.
- Manna, A., Raffone, A., Perrucci, M. G., Nardo, D., Ferretti, A., Tartaro, A., ... & Romani, G. L. (2010). Neural correlates of focused attention and cognitive monitoring in meditation. *Brain research bulletin*, 82(1-2), 46-56.
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M. G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 34(3), 1036-1043.
- Martin, J., Walters, R. K., Demontis, D., & 23andMe Research Team. (2018). Psychiatric Genomics Consortium: ADHD Subgroup; iPSYCH–Broad ADHD Workgroup. A genetic investigation of sex bias in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 83(12), 1044-1053.

- Martínez-Núñez, B., & Quintero, J. (2019). Actualización del estudio del Tratamiento Multimodal en TDAH (MTA): dos décadas de aprendizajes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(1).
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one*, 4(5), e5614.
- Meppelink, R. (2019). Childhood ADHD: Meditation or medication?.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2016). Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-16.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2016). Mindfulness Training for Childhood ADHD: A Promising and Innovative Treatment. *Childhood ADHD*, 39.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., Wanders-Mulder, F. H., Vennik, C. J., & Bögels, S. M. (2016). Mindful parenting training in child psychiatric settings: heightened parental mindfulness reduces parents' and children's psychopathology. *Mindfulness*, 7(3), 680-689.
- Mikami, A. Y., Jia, M., & Na, J. J. (2014). Social skills training. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 775-788.
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 82(1), 81-95.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2017). A pilot trial of mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: impact on core

symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *Journal of attention disorders*, 21(13), 1105

Modinos, G., Ormel, J., & Aleman, A. (2010). Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(4), 369-377.

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698.

Moran, A. P. (2016). *The psychology of concentration in sport performers: A cognitive analysis*. Psychology Press.

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). The association between self-critical rumination and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2265-2275.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.

Morris, S., Sheen, J., Ling, M., Foley, D., & Sciberras, E. (2021). Interventions for adolescents with ADHD to improve peer social functioning: A systematic review and meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 25(10), 1479-1496.

Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073-1086.

- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological bulletin*, 143(4), 384.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Nicolau, R., Díez, A., & Soutullo, C. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. L. Ezpeleta y J. Toro (coords.), *Psicopatología del desarrollo*, 249-270.
- Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical psychology review*, 33(2), 215-228.
- Nigg, J. T. (2022). Parsing ADHD With Temperament Traits. *Current directions in psychological science*, 31(4), 324-332.
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559.
- Nigg, J. T., Stavro, G., Ettenhofer, M., Hambrick, D. Z., Miller, T., & Henderson, J. M. (2005). Executive functions and ADHD in adults: evidence for selective effects on ADHD symptom domains. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 706.

- Noreika, V., Falter, C. M. y Rubia, K. (2013). Timing deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): evidence from neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, *51*(2), 235-266
- Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, *71*(4), 283-301.
- Nyberg, J., Henriksson, M., Wall, A., Vestberg, T., Westerlund, M., Walser, M., ... & Aberg, M. (2021). Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *21*, 617.
- Nyongesa, M. K., Ssewanyana, D., Mutua, A. M., Chongwo, E., Scerif, G., Newton, C. R., & Abubakar, A. (2019). Assessing executive function in adolescence: a scoping review of existing measures and their psychometric robustness. *Frontiers in psychology*, *10*, 311.
- Ochsner K.N., Gross J.J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, *17*, 153–158.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, *9*(5), 242-249.
- Olendzki, A. (2010). *Unlimiting mind: the radically experiential psychology of Buddhism*. Simon and Schuster.
- Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of affective disorders*, *292*, 475–486 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>

- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 3, 19-30.
- Orjales, I. (2011). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE
- Ottosen, C., Larsen, J. T., Faraone, S. V., Chen, Q., Hartman, C., Larsson, H., ... & Dalsgaard, S. (2019). Sex differences in comorbidity patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 412-422.
- Palmer, E. y Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and Mental Restlessness (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66 – 73
- Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R.J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(Supl 3), 45–50.
- Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56, 25-39.

- Parkin, R., Mc Nicholas, F., & Hayden, J. (2022). A systematic review of interventions to enhance adherence and persistence with ADHD pharmacotherapy. *Journal of Psychiatric Research*.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, 95, 29-41.
- Pascoe M. C., Thompson D. R., Jenkins Z. M., Ski C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156–178.
- Passarotti, A. M., Sweeney, J. A., & Pavuluri, M. N. (2010). Neural correlates of response inhibition in pediatric bipolar disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(1), 36-43.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (2017). *A developmental perspective on antisocial behavior* (pp. 29-35). Routledge.
- Percinel, I., Yazici, K. U., & Ustundag, B. (2016). Iron deficiency parameters in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(2), 259-269.
- Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, SA Primera Edición. México. Año.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic

review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365.

Posner, M. I., & Peterson, S. E. (1990). The attention span of the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 23-42.

Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Ghassemzadeh, H. (2020). Developing attention in typical children related to disabilities. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 173, pp. 215-223). Elsevier.

Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 26(3), 340-357.

Purper-Ouakil, D., Ramoz, N., Lepagnol-Bestel, A. M., Gorwood, P., & Simonneau, M. (2011). Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric research*, 69(8), 69-76.

Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T., & Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 752.

Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.

Ramírez Pérez, M. (2015). Cognitive-behavioral treatment of disruptive behaviors in a child with ADHD and challenging negativist disorder. *REVISTA DE PSICOLOGIA CLINICA CON NINOS Y ADOLESCENTES*, 2(1), 45-54.

- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., & Casas, M. (2009). S. 06.01 Diagnostic assessment and multilevel phenotyping in the IMpACT study group. *European Neuropsychopharmacology*, (19), S184-S185.
- Rapport, M. D., Bolden, J., Kofler, M. J., Sarver, D. E., Raiker, J. S., & Alderson, R. M. (2009). Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits?. *Journal of abnormal child psychology*, 37(4), 521-534.
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., ... & Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1443-1457.
- Riany, Y. E., & Ihsana, A. (2021). Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 6(1), 47-60.
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2018). Mindfulness-based program for children with autism spectrum disorder and their parents: Direct and long-term improvements. *Mindfulness*, 9(3), 773–791. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0815-x>
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., Singh, N. N., & Bögels, S. M. (2019). Mindfulness-based program for autism spectrum disorder: A qualitative study of the experiences of children and parents. *Mindfulness*, 10(9), 1936–1951. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01202-x>
- Rimestad, M. L., Lambek, R., Zacher Christiansen, H., & Hougaard, E. (2019). Short-and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of attention disorders*, 23(5), 423-434.

- Ríos-Hernández, A., Alda, J. A., Farran-Codina, A., Ferreira-García, E., & Izquierdo-Pulido, M. (2017). The Mediterranean diet and ADHD in children and adolescents. *Pediatrics*, *139*(2).
- Ronk, M. J., Hund, A. M., & Landau, S. (2011). Assessment of social competence of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Problematic peer entry, host responses, and evaluations. *Journal of abnormal child psychology*, *39*(6), 829-840.
- Ros, R., & Graziano, P. A. (2018). Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(2), 213-235.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Stieglitz, R. D., Kessler, H., Reimherr, F., & Wender, P. H. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Benchmarking diagnosis using the Wender-Reimherr adult rating scale. *Der Nervenarzt*, *79*(3), 320-327.
- Rubiales, J., Bakker, L., & Urquijo, S. (2013). Estudio comparativo del control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva en niños con TDAH. *Cuadernos de Neuropsicología-Panamerican Journal of Neuropsychology*, *7*(1), 50-69.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*(3), 440-458.
- Sabagh Sabbagh, S. (2008). Solution of Written Arithmetic Problems and Inhibitory Cognitive Control. *Universitas Psychologica*, *7*(1), 215-228.
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and

persistent symptoms: a randomized controlled trial. *Jama*, 304(8), 875-880.

Saggino, A., Bartoccini, A., Sergi, M. R., Romanelli, R., Macchia, A., & Tommasi, M. (2017). Assessing mindfulness on samples of italian children and adolescents: the validation of the italian version of the child and adolescent mindfulness measure. *Mindfulness*, 8(5), 1364-1372.

Sagvolden, T., Aase, H., Zeiner, P. y Berger, D. (1998). Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioural brain research*, 94(1), 61-71

San Sebastián Cabases, J., Soutullo-Esperón, C., & Figueroa-Quintana, A. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 57-78.

Santonastaso, O., Zaccari, V., Crescentini, C., Fabbro, F., Capurso, V., Vicari, S., & Menghini, D. (2020). Clinical Application of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study in Children with ADHD. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6916.

Santurde, E., & Barrio del Campo, J. A. D. (2014). Papel relevante de los estilos educativos en la evolución de los síntomas de TDAH.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186

Saydam, R. B., Ayvaşık, H. B., & Alyanak, B. (2015). Executive functioning in subtypes of attention deficit hyperactivity disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 386.

- Schachar, R. J., Crosbie, J., Barr, C. L., Ornstein, T. J., Kennedy, J., Malone, M., ... & Pathare, T. (2005). Inhibition of motor responses in siblings concordant and discordant for attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1076-1082.
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S., & Jozefiak, T. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-10.
- Schmeichel, B. J., Volokhov, R. N., & Demaree, H. A. (2008). Working memory capacity and the self-regulation of emotional expression and experience. *Journal of personality and social psychology*, *95*(6), 1526.
- Schoenberg, P. L., Heparik, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, *125*(7), 1407-1416.
- Schore, AN (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Simpson, JA, Collins, WA, Tran, S., & Haydon, KC (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: a developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(2), 355.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, *35*, 37.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, *19*(1), 1-8.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York. Guilford Press.
- Seiffer, B., Hautzinger, M., Ulrich, R., & Wolf, S. (2022). The Efficacy of Physical Activity for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of attention disorders*, 26(5), 656-673.
- Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1248 – 1255
- Sergeant, J. A., Oosterlaan, J., & Meere, J. V. D. (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). Springer, Boston, MA.
- Sevel, L. S., Finn, M. T., Smith, R. M., Ryden, A. M., & McKernan, L. C. (2020). Self-compassion in mindfulness-based stress reduction: An examination of prediction and mediation of intervention effects. *Stress and Health*, 36(1), 88-96.
- Shanahan, M. A., Pennington, B. F., Yerys, B. E., Scott, A., Boada, R., Willcutt, E. G., ... & DeFries, J. C. (2006). Processing speed deficits in attention deficit/hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of abnormal child psychology*, 34(5), 584-601.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1(2), 105.

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology, 67*(3), 267-277.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*(3), 373-386.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 276-293.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1989). Critical issues in attention deficit disorder.
- Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological reports, 53*(3), 899-902.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports, 51*(2), 663-671.
- Shoham, R., Sonuga-Barke, E., Yaniv, I., & Pollak, Y. (2021). ADHD is associated with a widespread pattern of risky behavior across activity domains. *Journal of attention disorders, 25*(7), 989-1000.
- Shorey, S., & Ng, E. D. (2021). The efficacy of mindful parenting interventions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 121*, 103996.
- Sibinga, E., Webb, L., Ghazarian, S. R., & Ellen, J. M. (2016). School-based mindfulness instruction: An RCT. *Pediatrics, 137*(1).

- Sibley, M. H., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Hechtman, L. T., Kennedy, T. M., Owens, E., ... & MTA Cooperative Group. (2022). Variable patterns of remission from ADHD in the multimodal treatment study of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 179(2), 142-151.
- Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Boerboom, L. M., de Waal, N., Buitelaar, J. K., Speckens, A. E., & Greven, C. U. (2018). Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): Protocol of a randomised controlled trial comparing a family Mindfulness-Based Intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-19.
- Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Speckens, A. E., Dammers, J. T., Wolfers, T., Buitelaar, J. K., & Greven, C. U. (2022). A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 165-177.
- Siebelink, N. M., Kaijadoe, S. P., van Horsen, F. M., Holtland, J. N., Bögels, S. M., Buitelaar, J. K., ... & Greven, C. U. (2021). Mindfulness for children with ADHD and mindful parenting (MindChamp): A qualitative study on feasibility and effects. *Journal of attention disorders*, 25(13), 1931-1942.
- Siegenthaler, R., Presentación, M. J., & Miranda, A. (2014). Efectos a largo plazo de una intervención psicosocial en el contexto familiar de niños con tdah. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 445-453.
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S., & Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 619-627.

- Sonuga, E. J., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion I: the effect of delay on choice. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(2), 387 – 398
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 696-702.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Houlberg, K. y Hall, M. (1994). When is “impulsiveness” not impulsive? The case of hyperactive children's cognitive style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1247-1253.
- Sonuga-Barke, E. J., Becker, S. P., Bölte, S., Castellanos, F. X., Franke, B., Newcorn, J. H., ... & Simonoff, E. (2022). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science—from characterization to cause. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Sonuga-Barke, E. J., Sergeant, J. A., Nigg, J. y Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(2), 367- 384
- Sonuga-Barke, E. J., Williams, E., Hall, M. y Saxton, T. (1996). Hyperactivity and delay aversion III: The effect on cognitive style of imposing delay after errors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(2), 189-194.
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P. y Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345-355
- Soto-Insuga, V., Calleja, M. L., Prados, M., Castaño, C., Losada, R., & Ruiz-Falcó, M. L. (2013, October). Utilidad del hierro en el tratamiento del

trastorno por déficit de atención e hiperactividad. In *Anales de Pediatría* (Vol. 79, No. 4, pp. 230-235). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.008>

Srivastava, M., Gupta, A., Talukdar, U., Kalra, B. P., & Lahan, V. (2011). Effect of parental training in managing the behavioral problems of early childhood. *The Indian Journal of Pediatrics*, 78(8), 973-978.

Steunenberg, B., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kerkhof, A. J. (2010). Personality predicts recurrence of late-life depression. *Journal of affective disorders*, 123(1-3), 164-172.

Still, G. F. (1902). Some abnormal conditions in children. Excerpts from three lectures. *Journal of Attention Disorders*, 10, 1

Storebø, O. J., Andersen, M. E., Skoog, M., Hansen, S. J., Simonsen, E., Pedersen, N., ... & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS one*, 9(4), e96110.

Sun, W., Yu, M., & Zhou, X. (2022). Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 114509.

Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 507-520.

- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... & Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(43), 17152-17156.
- Taren, A. A., Gianaros, P. J., Greco, C. M., Lindsay, E. K., Fairgrieve, A., Brown, K. W., ... & Creswell, J. D. (2017). Mindfulness meditation training and executive control network resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. *Psychosomatic medicine*, *79*(6), 674.
- Tavares, J. V. T., Clark, L., Cannon, D. M., Erickson, K., Drevets, W. C., & Sahakian, B. J. (2007). Distinct profiles of neurocognitive function in unmedicated unipolar depression and bipolar II depression. *Biological psychiatry*, *62*(8), 917-924.
- Taylor, Z. E., Conger, R. D., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2015). Parenting practices and perceived social support: Longitudinal relations with the social competence of Mexican-origin children. *Journal of Latina/o Psychology*, *3*(4), 193–208. <https://doi.org/10.1037/lat0000038>
- Tenenbaum, R. B., Musser, E. D., Morris, S., Ward, A. R., Raiker, J. S., Coles, E. K., & Pelham, W. E. (2019). Response inhibition, response execution, and emotion regulation among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, *47*(4), 589-603.
- Thapar, A. (2018). Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st century: new findings and their implications. *American Journal of Psychiatry*, *175*(10), 943-950.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of emotional and behavioral disorders*, *21*(1), 3-17.

- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23-43.
- Tran, U. S., Birnbaum, L., Burzler, M. A., Hegewisch, U. J., Ramazanov, D., & Voracek, M. (2022). Self-reported mindfulness accounts for the effects of mindfulness interventions and nonmindfulness controls on self-reported mental health: A preregistered systematic review and three-level meta-analysis of 146 randomized controlled trials. *Psychological Bulletin*, 148(1-2), 86.
- Treves I. N., Tello L. Y., Davidson R. J., Goldberg S. B. (2019). The relationship between mindfulness and objective measures of body awareness: A meta-analysis. *Scientific Reports*, 9, Article 17386.
<https://doi.org/10.1038/s41598-019-53978-6>
- Tsai, M. H., & Chou, W. L. (2016). Attentional orienting and executive control are affected by different types of meditation practice. *Consciousness and Cognition*, 46, 110-126.
- Uddin, J., Alharbi, N., Uddin, H., Hossain, M. B., Hatipoğlu, S. S., Long, D. L., & Carson, A. P. (2020). Parenting stress and family resilience affect the association of adverse childhood experiences with children's mental health and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 272, 104-109.
- UK, N. G. C. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.
- Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on psychological science*, 13(1), 36-61.

- Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of child and family studies, 21*(5), 775-787.
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 28*(5), 783-800.
- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies, 21*(1), 139-147.
- Van Veen, V., & Carter, C. S. (2002). The anterior cingulate as a conflict monitor: fMRI and ERP studies. *Physiology & behavior, 77*(4-5), 477-482.
- Veenman, B., Luman, M., & Oosterlaan, J. (2018). Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. *PloS one, 13*(10), e0201779.
- Verhaeghen, P. (2021). Mindfulness as attention training: Meta-analyses on the links between attention performance and mindfulness interventions, long-term meditation practice, and trait mindfulness. *Mindfulness, 12*(3), 564-581.
- Vigna, A. J., Poehlmann-Tynan, J., & Koenig, B. W. (2018). Does self-compassion facilitate resilience to stigma? A school-based study of sexual and gender minority youth. *Mindfulness, 9*(3), 914-924. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0831-x>
- Vysniauske, R., Verburgh, L., Oosterlaan, J., & Molendijk, M. L. (2020). The Effects of Physical Exercise on Functional Outcomes in the Treatment of

ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 644–654.
<https://doi.org/10.1177/1087054715627489>

Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and social psychology review*, 15(1), 75-102.

Wager, T. D., Davidson, M. L., Hughes, B. L., Lindquist, M. A., & Ochsner, K. N. (2008). Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation. *Neuron*, 59(6), 1037-1050.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of clinical child psychology*, 19(4), 302-312.

Wechsler, D. (2005). *WISC-iv*. Tea.

Weyandt, L. L., Willis, W. G., Swentosky, A., Wilson, K., Janusis, G. M., Chung, H. J., ... & Marshall, S. (2014). A review of the use of executive function tasks in externalizing and internalizing disorders. *Handbook of executive functioning*, 69-87.

Wheeler, M. S., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2016). What is being studied as mindfulness meditation?. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(1), 59-59.

Wiener, J. (2020). The ripple effect of adolescent ADHD: Family relationships.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1336-1346.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, *10*(1), 1.
- Williams, M., Teasdale, J., & Segal, Z. (2007). Guided meditation practices for the mindful way through depression. CD narrated by Jon Kabat-Zinn.
- Willis, D., Sicheloff, E. R., Morse, M., Neger, E., & Flory, K. (2019). Stand-alone social skills training for youth with ADHD: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *22*(3), 348-366.
- Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(3), 300-329.
- Wodka, E. L., Mostofsky, S. H., Prahme, C., Gidley Larson, J. C., Loftis, C., Denckla, M. B., & Mark Mahone, E. (2008). Process examination of executive function in ADHD: Sex and subtype effects. *The Clinical Neuropsychologist*, *22*(5), 826-841.
- Wolraich, M. L., Bard, D. E., Stein, M. T., Rushton, J. L., & O'Connor, K. G. (2010). Pediatricians' attitudes and practices on ADHD before and after the development of ADHD pediatric practice guidelines. *Journal of attention disorders*, *13*(6), 563-572.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., ... & Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, *115*(6), 1734-1746.

- Wymbs, F. A., Cunningham, C. E., Chen, Y., Rimas, H. M., Deal, K., Waschbusch, D. A., & Pelham Jr, W. E. (2016). Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(5), 614-631.
- Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., ... & Zhang, L. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research, 290*, 113116.
- Yager, L. M., Garcia, A. F., Wunsch, A. M., & Ferguson, S. M. (2015). The ins and outs of the striatum: role in drug addiction. *Neuroscience, 301*, 529-541.
- Zelazo, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective. *Annual review of clinical psychology, 16*(1), 431-454.
- Zhang, D., Chan, S. K. C., Lo, H. H. M., Chan, C. Y. H., Chan, J. C. Y., Ting, K. T., ... & Wong, S. Y. S. (2017). Mindfulness-based intervention for Chinese children with ADHD and their parents: a pilot mixed-method study. *Mindfulness, 8*(4), 859-872.
- Zhang, J., Díaz-Román, A., & Cortese, S. (2018). Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health, 21*(3), 87-94.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I. Criterios Diagnósticos del TDAH especificados en DSM-5 (APA, 2013)

Inatención

Seis o más de los siguientes síntomas o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - A menudo no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
 - A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - A menudo es descuidado en las actividades diarias.
-
-

Hiperactividad e impulsividad

Seis o más de los siguientes síntomas o al menos 5 para mayores de 16 años, o 5 o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta un grado disruptivo o inapropiado con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.”

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
 - A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
 - A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
 - A menudo habla en exceso.
 - A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
-

Además, se deberá cumplir que:

- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad, estaban presentes antes de los 12 años de edad.
- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes.
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad).

Se especificará el tipo de presentación predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada; **si se encuentra en remisión parcial** y si el **grado de afectación es leve, moderado o severo.**

Nota: (APA, 2013)

ANEXO 2. Hoja de Información al Usuario

Se le ofrece la posibilidad de participar en un estudio de investigación titulado **“Validación de un programa basado en mindfulness para padres de niños con TDAH”** que está siendo realizado por la doctoranda Mónica Valero Chaves, de la Universidad Jaume I de Castellón

Antes de que decida participar en este estudio, que se realizará en Valencia, es importante que comprenda por qué se realiza el estudio y qué se espera de usted, así como los beneficios e inconvenientes que puedan estar asociados con su participación en este estudio.

¿Cuáles son los objetivos de este estudio?

Respecto a los objetivos que se persiguen con este trabajo son:

. Primer objetivo: Validar con una muestra de la población española, el programa de entrenamiento mindfulness MYmind, como método de intervención alternativo o complementario, para niños y adolescentes con TDAH.

. Segundo objetivo: Evaluar la eficacia del impacto del programa MYmind, en la sintomatología de TDAH, problemas comórbidos, funcionamiento

ejecutivo y funcionamiento de las áreas familiar, social, y escolar de niños con TDAH.

. Tercer objetivo: Estudiar la eficacia del programa, para reducir el estrés parental y mejorar la calidad de vida de padres de niños con TDAH.

¿Por qué se le ha pedido que participe?

Queremos arrojar nuevos datos sobre este programa que ya ha sido probado en la universidad de Ámsterdam por el equipo de Susan Bögels y contribuir, con los resultados obtenidos, a la investigación en TDAH con niños.

¿Qué grupo de edad requerimos?

Niños y niñas entre 9 y 14 años.

¿En qué consiste su participación?

La participación en el presente estudio tiene carácter voluntario y no supone ninguna alteración del tratamiento médico ni seguimiento que esté llevando su hijo. Al menos el padre o la madre, junto con su hijo, son necesarios para recibir el entrenamiento.

El programa que queremos investigar requiere la asistencia de padres e hijos a sesiones con una duración máxima de 2 horas y media, en la que **los padres recibirán un entrenamiento de una hora y media de duración** y los niños de

una **1 hora aproximadamente, una sesión semanal durante ocho semanas.**

En este programa se facilitarán materiales para continuar la práctica en casa y reforzar lo aprendido en las sesiones.

¿Cómo se hará este estudio?

Este estudio **será aleatorizado**, es decir, puede que Ud y su hijo participen como grupo experimental **en febrero**, o bien formen parte de una lista de espera, con la que nos pondremos en contacto meses después, para recibir el entrenamiento en las mismas condiciones.

¿Qué permiso solicitamos?

- Solicitamos su permiso para que su hijo participe en el estudio, tanto en la evaluación inicial, como en el desarrollo del programa y seguimientos.

¿Qué compromiso requerimos?

- Requerimos su compromiso para participar en este programa, comprometiéndose a asistir al 90% de las sesiones, en la frecuencia solicitada.
- Participar en todas las sesiones de evaluación antes, al finalizar y a los seis meses.

En caso de que acepte se hará entrega de documentos de evaluación, antes de comenzar la intervención y una vez finalizada (es decir, tras las ocho semanas

de duración del programa), y a los seis meses después de haber finalizado el programa.

¿Cuál es el horario propuesto?

El horario propuesto es los **viernes por la tarde, de 17.00h a 18.30h para los adultos** y a continuación los **niños** (en función del número de asistentes, es posible que realicemos dos turnos, con **hora límite de salida, 20.30h**).

Prácticas para casa

Se le aconseja practicar los conocimientos y habilidades adquiridas en cada sesión, realizando las actividades diarias que se propondrán en el material de apoyo que recibirán.

¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?

No se prevé ningún riesgo por participar en el presente estudio.

¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?

Ni usted ni el investigador principal recibirán ninguna remuneración económica por la realización del presente estudio.

¿A quién puedo preguntar en caso de duda?

Podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con Mónica Valero en el correo “**valerom@uji.es**”

Confidencialidad

Todos sus datos personales, así como toda la información médica relacionada con el diagnóstico TDAH, serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Los datos serán codificados y anonimizados. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarían datos personales de los participantes que hubieran colaborado en esta investigación.

Tal y como contempla la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Validación de un programa basado en mindfulness para padres de niños con TDAH”.

Y cuya investigadora principal es: **Mónica Valero Chaves, doctoranda de la Universidad Jaume I de Castellón.**

Yo, D./D^a _____ he sido informado personalmente de la realización de estudio de investigación y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que en ningún caso mis datos se harán públicos y serán tratados confidencialmente, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y los datos serán codificados y anonimizados y que.
- Comprendo que se requiera un compromiso de asistencia de al menos el 90% de las sesiones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio sobre **“Validación de un programa basado en mindfulness para padres de niños con TDAH”**.

Fecha:	Fecha:
Firma del paciente:	Firma del Investigador:

ANEXO 3. Escala IEM-P (Duncan, 2007)

La atención plena interpersonal en la crianza de los hijos. Escala IEM-P (Duncan, 2007)

Instrucciones: Las siguientes frases describen diferentes formas en las que los padres interactuamos con nuestros hijos diariamente. Por favor, dinos si lo que piensas de cada frase es “Nunca es cierto”, “Raramente es verdad”, “A veces es verdad”, “A menudo es verdad” “Siempre es verdad”.

Recuerda, no hay respuestas correctas o incorrectas, así que solo responde acorde con lo que realmente refleja tu experiencia en vez de que aquello que piensas que debería ser. Por favor, trata cada frase de forma separada al resto de frases.

	Nunca es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	A menudo es verdad	Siempre es verdad
1. Me doy cuenta de que estoy escuchando a mi hijo solo con una oreja, porque estoy ocupado/a haciendo o pensando en otra cosa al mismo tiempo.	1	2	3	4	5
2. Cuando estoy enfadado/a con mi hijo/a, me doy cuenta de cómo me siento antes de responder o tomar partido.	1	2	3	4	5
3. Me doy cuenta de cómo los cambios de humor, afectan a mi humor.	1	2	3	4	5
4. Escucho con atención y cuidado las ideas de mi hijo/a, incluso cuando estoy en desacuerdo con ellas.	1	2	3	4	5
5. A menudo reacciono demasiado deprisa al ver lo que mi hijo/a dice o hace.	1	2	3	4	5
6. Soy consciente de como mi estado de ánimo afecta la forma en la que trato a mi hijo/a.	1	2	3	4	5
7. Incluso cuando me siento incómodo/a, permito a mi hijo/a expresar sus sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Cuando estoy enfadado/a con mi hijo/a, calmadamente le dije a él/ella cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Realizo a toda prisa actividades con mi hijo/a, sin estar realmente atento/a a él/ella.	1	2	3	4	5
10. Tengo dificultades para aceptar la progresiva independencia de mi hijo/a.	1	2	3	4	5

Anotando la información (la hipótesis de subescalas) :

La conciencia y atención centrada en el presente

1. Me doy cuenta de que estoy escuchando a mi hijo solo con una oreja, porque estoy ocupado/a haciendo o pensando en otra cosa al mismo tiempo.
3. Me doy cuenta de cómo los cambios de humor, afectan a mi humor.
6. Soy consciente de como mi estado de ánimo afecta la forma en la que trato a mi hijo/a.
9. Realizo a toda prisa actividades con mi hijo/a, sin estar realmente atento/a a él/ella *

No juzgar

4. Escucho con atención y cuidado las ideas de mi hijo/a, incluso cuando estoy en desacuerdo con ellas.
7. Incluso cuando me siento incómodo/a, permito a mi hijo/a expresar sus sentimientos
10. Tengo dificultades para aceptar la progresiva independencia de mi hijo/a*

No reacción

2. Cuando estoy enfadado/a con mi hijo/a, me doy cuenta de cómo me siento antes de responder o tomar partido
5. A menudo reacciono demasiado deprisa al ver lo que mi hijo/a dice o hace*
8. Cuando estoy enfadado/a con mi hijo/a, calmadamente le digo a él/ella cómo me siento.

[ítems con * se puntúan a la inversa]

ANEXO 4. Instrumento CAAM (Greco, Baer y Smith, 2011)

Señala el grado en que estas características se ajustan a tu modo de ser habitualmente. Contesta lo más sinceramente posible. Como ya sabes, nadie verá tus respuestas.

- 0= NUNCA ES VERDAD PARA MI**
- 1= CASI NUNCA ES VERDAD PARA MI**
- 2= ALGUNA VEZ ES VERDAD PARA MI**
- 3= NORMALMENTE ES VERDAD PARA MI**
- 4= SIEMPRE ES VERDAD PARA MI**



	0	1	2	3	4
1. Me enfado conmigo mismo al tener sentimientos que no tienen sentido para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ando por el colegio sin darme cuenta de que estoy haciendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Trato de mantenerme ocupado, de modo que no me doy cuenta de mis pensamientos y sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me digo a mi mismo que no debería sentirme del modo en que me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Trato de quitarme de encima o eliminar los pensamientos que no me gustan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es difícil para mí prestar atención a una sola cosa al mismo tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Yo pienso en cosas que han sucedido en el pasado en lugar de pensar en las cosas que están sucediendo en el presente (en el momento presente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Yo me enfado conmigo mismo por tener algunos pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Yo pienso que algunos de mis sentimientos son malos y que no debería tenerlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Yo trato de parar o dejar de tener los sentimientos que tengo y que no me gustan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 5. Autoeficacia (Bosscher y Smit, 1997)

	Nunca me ocurre	Me ocurre alguna vez	Me ocurre bastantes veces	Me ocurre muchas veces	Siempre me ocurre
1. Si algo parece muy complicado ni siquiera me esto en intentarlo	0	1	2	3	4
2. .Evito tratar de aprender cosas nuevas cuando parecen demasiados difíciles	0	1	2	3	4
3. Cuando intento aprender algo nuevo, enseguida desisto si no tengo éxito pronto.	0	1	2	3	4
4. Cuando hago planes, estoy seguro de que puedo cumplirlos.	0	1	2	3	4
5. Si no puedo hacer un trabajo a la primera, sigo intentándolo hasta que lo consigo	0	1	2	3	4
6. Cuando tengo que hacer algo desagradable, me dedico a ello hasta que lo acabo	0	1	2	3	4
7. Cuando decido hacer algo enseguida me pongo a ello	0	1	2	3	4
8. El fracaso hace que lo intente con más fuerza	0	1	2	3	4
9. Cuando me marco metas importantes para mí, raramente lo consigo.	0	1	2	3	4
10. No me siento capaz de enfrentarme a la mayoría de los problemas que acontecen en mi vida	0	1	2	3	4
11 Cuando aparecen problemas inesperados, no los manejo muy bien	0	1	2	3	4
12. me siento inseguro acerca de mi capacidad para hacer cosas	0	1	2	3	4

