VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRADO EN PSICOLOGÍA

MINDFULNESS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTOR: PABLO CASADO SÁNCHEZ

TUTORA: CRISTINA CABALLO ESCRIBANO

JULIO 2015

Declaro que he redactado el trabajo "revisión bibliográfica de mindfulness en la infancia y la adolescencia" para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2014/2015 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN……..……..… 1

1.1. Objetivos…… 7

2. METODOLOGÍA……..……...……..……. 8

2.1. Materiales…….. 8

2.2. Procedimiento…….. 8

2.3. Análisis de la información…… 9

3. RESULTADOS……. 10

3.1. Participantes……..……..……... 10

3.2. Tipos de programas aplicados…….……..... 11

3.3. Metodología…… 15

3.4. Variables de resultado y su medida…….. 16

3.6. Eficacia de los estudios revisados ……..... 20

4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS…… 22

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…….……. 26

RESUMEN

Muchas y muy diversas son las situaciones que hoy día hacen que se resienta la salud mental de niños y adolescentes de la sociedad. Entre otras, se encuentran dificultades y problemas en las habilidades académicas y de aprendizaje, en las relaciones sociales y con el entorno en el que viven y la aparición de diversos tipos de trastornos relacionados con la ansiedad, la depresión, el estrés y la atención. Estos factores afectan de manera directa al bienestar y la calidad de vida de los más jóvenes, los cuales muchas veces no disponen de las estrategias para afrontar pequeñas, y en ocasiones no tan pequeñas, adversidades. En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica sistemática de la aplicación de técnicas y programas que tienen su base en la atención plena o mindfulness en niños y adolescentes. El mindfulness ha demostrado ser de gran utilidad para paliar un amplio rango de dificultades y trastornos en la población adulta. El *objetivo* de este trabajo es conocer la situación actual de la investigación en relación con la aplicación de técnicas de mindfulness en los niños y adolescentes y recoger los beneficios y progresos que se han logrado en este campo. La *metodología* seguida para ello ha incluido la realización de una búsqueda en las principales bases de datos y un posterior análisis de los 27 artículos seleccionados. Los *resultados* obtenidos revelan un futuro prometedor para la aplicación de estas técnicas en los más pequeños, con un progresivo aumento de las investigaciones que han demostrado su eficacia, el desarrollo de diversos programas de intervención adaptados para esta población y una extensa lista de beneficios y mejoras en distintos tipos de trastornos y problemas sociales, de ansiedad, depresión y atención entre otros. Se puede concluir que las intervenciones mindfulness con los niños y adolescentes están resultando muy eficaces, no obstante aún hay que continuar investigando para desarrollar más programas de intervención y técnicas de evaluación más adecuadas que permitan probar y generalizar su eficacia.

Palabras clave: mindfulness, atención plena, infancia, adolescencia, escuela

1. INTRODUCCIÓN

La actual Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), publicada el 10 de diciembre del año 2013, nos recuerda en sus primeras líneas que el alumnado es el centro y la razón de ser de la educación. El aprendizaje en la escuela debe ir dirigido a formar personas autónomas, críticas, con pensamiento propio. Hace referencia también, a que los estudiantes con problemas de rendimiento deben contar con programas específicos que mejoren sus posibilidades de continuar en el sistema.

Además nos recuerda que, en la esfera individual, la educación supone facilitar el desarrollo personal y la integración social. El nivel educativo determina, en gran manera, las metas y expectativas de la trayectoria vital, tanto en lo profesional como en lo personal, así como el conjunto de conocimientos, recursos y herramientas de aprendizaje que capacitan a una persona para cumplir con éxito sus objetivos (LOMCE, 2013)

Los profundos cambios a los que hace frente la sociedad actual requieren de una continua y reflexiva adecuación del sistema educativo a las emergentes demandas de aprendizaje. A esto se debe el creciente interés de la psicología en el campo de la educación, estando cada vez más presente en los métodos y técnicas empleadas dentro del aula e implicando tanto al profesorado como al alumnado como colaboradores directos de nuevos programas con una fuerte base psicológica.

LeCroy y Rose (1986) ya discutieron acerca de cómo la escuela puede jugar un importante papel en la identificación de las necesidades de los niños, pudiendo influir en el desarrollo emocional y de sus competencias. Dicho desarrollo es cada vez más complicado, debido al ritmo de vida que llevamos hoy día. Los niños y adolescentes se encuentran inmersos en un mundo lleno de estresores que no cesa de demandar habilidades y competencias para las que, en muchas ocasiones, no han recibido un adecuado entrenamiento en técnicas y habilidades que les permitan hacerles frente. Y es aquí donde la escuela tiene que ejercer su papel.

Muchas veces caemos en el error de pensar que el bienestar de los alumnos se producirá en el futuro, y enfocamos el aprendizaje como una dotación de conocimientos, destrezas y actitudes que, llegado el momento, darán sus frutos y les permitirán ejercer un trabajo y tener unas condiciones de vida que les permitan

finalmente, ser felices (Arguís R., Bolsas V., Hernández P. & Salvador M., 2012). Pero la tarea de educar no es tan simple como pueda parecer.

En la actualidad, los niños cada vez experimentan un mayor estrés que desemboca en comportamientos agresivos y violentos, desórdenes conductuales y distintos tipos de ansiedad. Todo ello se está produciendo con una frecuencia y en unos niveles como nunca antes había ocurrido. La revisión de bibliografía sobre el tema nos indica que la ansiedad puede tener un impacto muy negativo en el rendimiento de los alumnos de la escuela, quebrantando su pensamiento e interfiriendo con su aprendizaje (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998). Los problemas de salud mental ejercen además una gran influencia en otras competencias propias del aprendizaje cómo son las diversas funciones ejecutivas. También repercuten en el bienestar general de la persona y en sus habilidades sociales y emocionales.

Merikangas et al. (2010) realizaron un estudio entre jóvenes americanos, cuyos resultados indican que los trastornos mentales que en la infancia y adolescencia resultan en discapacidades severas tienen una prevalencia del 22,2 %. No hay que considerar sólo los trastornos que surgen en esta etapa ya que muchos síntomas de estrés psicológico pueden ser indicadores de futuras enfermedades (Keenan et al., 2008) y pequeños episodios de depresión durante la adolescencia pueden predecir futuros episodios en la vida adulta (Pine, Cohen, Vohen & Brook, 1999). Y es que ciertamente, la adolescencia puede ser un periodo en el que ciertos problemas de desánimo y estrés pueden conducir a comportamientos autolesivos e incluso al suicidio (Bautrais, 2003; Laye-Gindhy & Schonert-Reichl, 2005). Además, un estrés excesivo durante estas etapas de desarrollo puede conllevar serias consecuencias cognitivas (Davidson & McEwen, 2012; Hedges & Woon, 2011).

Dado este incremento de sensaciones de estrés, depresión y ansiedad, que muchas veces se encuentra fuera del control de los niños, es vital que estos aprendan habilidades para afrontarlas (Napoli, Rock & Holley, 2005). Y es que, en efecto, los niños necesitan herramientas para crecer y evolucionar en su vida diaria ya que la falta de habilidades y recursos para afrontar con eficacia obstáculos y estresores que se les presentan en la escuela o con sus iguales puede tener graves repercusiones en su salud mental y física (Compas el al., 2001; Twenge, 2011). Es necesario por ello considerar la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas desde la escuela primaria dirigidas a proporcionar a

los niños herramientas que les permitan responder eficazmente ante el estrés tomando decisiones saludables (Parker, Kupersmidt, Mathis, Scull & Calvin, 2013).

Hoy en día se espera que los profesores sean conscientes de los retos emocionales a los que se enfrentan los niños y cuenten con los métodos adecuados para ayudarles a abordarlos. Además dado el incremento actual de los diagnósticos de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos de Estrés, Depresión y Ansiedad entre los estudiantes, cada vez es mayor la demanda de habilidades y conocimientos de los profesores. (Napoli el al., 2005).

Podemos considerar que escuelas y profesores han asumido este reto e incluso se ha argumentado que los colegios se han convertido en la primera línea del sistema de salud mental para niños y adolescentes (Burns et al., 1995). Así muchas escuelas ofrecen una gran variedad de servicios para la salud mental que incluyen programas generalizados de prevención, psicólogos escolares y orientadores, aunque la disponibilidad de estos servicios varía dependiendo de los recursos, y no llega a toda la población infantil. Los programas integrados directamente en el curriculum de la clase, pueden ofrecer una alternativa efectiva frente a las iniciativas que puedan llevarse a cabo fuera de este contexto (para las que se necesitan más recursos y tiempo). De este modo, se han desarrollado una variedad de programas para prevenir el inicio de trastornos psicológicos, emocionales, conductuales y sociales entre los niños con la intención de que sean aplicados por profesores en la escuela (Leaf et al., 1996; Rones & Hoagwood, 2000).

Algunos de estos programas, que suelen integrarse en la asignatura obligatoria de Educación Física, promueven la salud mediante el incremento del conocimiento sobre el cuidado de uno mismo. Otros enseñan habilidades específicas para ayudar a los estudiantes a llevar un estilo de vida saludable en diversos aspectos, como es el caso del Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (Monjas Casares., 2009) o el Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (Monjas Casares., 2011). Además una de las grandes ventajas de integrar estos programas en el aula es que de este modo se reducen los prejuicios que aún permanecen en torno al hecho de recibir servicios de salud mental ya que, en muchas ocasiones, estos prejuicios son los que hacen que los jóvenes no busquen la ayuda que necesitan. En estos programas sin embargo, los

alumnos y profesores tienen la oportunidad de plantearse y discutir sobre la salud mental dentro del aula (Britton et al., 2014).

Como podemos ver, han sido diversos los estudios dirigidos a evaluar el bienestar, la salud mental y el estado emocional y social en la infancia. Así como a documentar la asociación entre dificultades y limitaciones en este periodo con futuros trastornos o problemas emocionales y conductuales en la vida adulta. Aunque la respuesta ante la situación actual que atraviesan los menores ha sido amplia y se han desarrollado alternativas y programas de intervención para abordar estos problemas, aún es necesario realizar esfuerzos que consigan mejorar los resultados hasta ahora obtenidos.

En los últimos años ha surgido con fuerza un nuevo abordaje psicológico, el mindfulness. Dicho abordaje ha experimentado una creciente popularidad en múltiples campos y se ha planteado como alternativa de intervención en el aula.

El mindfulness tiene sus orígenes en diversas técnicas de meditación procedentes de prácticas espirituales budistas (Hanh, 1976). Diversas corrientes de esta tradición han despertado el interés de múltiples profesionales occidentales que promueven la aplicación de estos métodos. Aunque en los años sesenta ya hubo varios intentos de introducir la meditación en la psicoterapia (Assagioli, 1965, Watts, 1961), fue en el 1975 cuando surgió el primer trabajo de mindfulness, y a partir del 2002 cuando su estudio empezó a cobrar relevancia, despertando el interés de múltiples investigadores y clínicos (Pérez & Botella, 2006).

El término mindfulness ha sido traducido al español como “atención plena” o “conciencia plena”. Muchos son los autores que se han atrevido a dar una definición del concepto. Hanh (1976), lo definió como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”. Por su parte, Kabat-Zinn (1990) manifiesta que el mindfulness consiste en “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar”. Para Baer (2003) es “la observación, ausente de juicios, de la continua corriente de estímulos internos y externos, conforme van apareciendo”. Cardaciotto (2005) considera que “es la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas”. Bishop et al. (2004) lo definen de forma más minuciosa como “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida

y aceptada tal como es". Por último Brown y Ryan (2003), exponen que la conciencia plena hace referencia a "una claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual que contrasta con los estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento habitual o automático que puede ser crónico en la mayoría de las personas".

Existen una serie de componentes subyacentes a las técnicas de mindfulness provenientes del zen que son interdependientes. Aunque no todos son expuestos de manera explícita por los distintos autores, de una forma u otra siempre se hace alusión a ellos: 1) atención al momento presente, 2) apertura a la experiencia, 3) aceptación, 4) dejar pasar y 5) intención (Pérez & Botella, 2006).

La atención al momento presente hace referencia a vivir el momento actual sin anclarse en el pasado ni centrarse en los temores, expectativas o deseos del futuro. *La apertura a la experiencia* hace referencia a la actitud de "mirar con mente de principiante" contemplando la experiencia sin dejarse influenciar por el bagaje de creencias previas que ya poseemos. *La aceptación*, entendida como no juzgar los sentimientos, pensamientos y eventos que nos suceden en el día a día, es el tercer componente. *Dejar pasar,* implica no quedar atrapado ni dejarse llevar por sentimientos, sensaciones, pensamientos o deseos, ni sentir que son inherentes a uno mismo. Y por último, *la intención* es un componente que alude a lo que cada uno pretende conseguir al aplicar las técnicas de conciencia plena en su vida (Pérez & Botella, 2006).

Como ya se ha mencionado, el mindfulness está teniendo gran auge en la intervención psicológica y aunque en la infancia todavía queda un largo camino por recorrer, son muchos los programas de intervención basados en atención plena que han probado su eficacia en la población adulta. A continuación mencionaremos alguna de las aplicaciones y terapias actuales basadas en el mindfulness que más éxito han tenido.

En primer lugar la terapia de *Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (MBSR)*, cuyo creador fue Kabat-Zinn (1982), ha demostrado su eficacia en distintos tipos de pacientes con enfermedades crónicas (cáncer, fibromialgia, soriasis…) (Kabat-Zinn, 1982; Randolph et al., 1999; Goldenberg et al., 1994; Speca et al., 2000; Shapiro et al., 2003; Carlson et al., 2001, 2003, 2005 y 2005; Abercrombie et al., 2007), así como para la mejora de trastornos emocionales y conductuales (Miller et al., 1995;

Ramel et al., 2004; Weiss et al., 2005; Kristeller & Hallet, 1999; Kutz, 1985) siendo considerado por los médicos un beneficioso complemento del tratamiento, al enseñar cómo autorregular los niveles de estrés y dolor (Kabat-Zinn, 1982).

Otra de las terapias más empleadas es la *Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT),* creada por Segal, Williams y Teasdale (2002), previene las recaídas en aquellas personas que sufren depresión crónica (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004), haciendo que sean más conscientes de sus pensamientos, sensaciones y sentimientos y enseñándoles a relacionarse con ellos de un modo distinto (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

También se ha abordado desde la *Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT)* fundada por Linehan (1993), en su origen se creó para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad (Bohus et al., 2000; Rathus & Miller, 2002; Linehan et al., 1991, 1993, 1994, 2006) y con tendencias suicidas y autolesivas (Evershed et al., 2003; Koons et al., 2001; Van den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003), aunque posteriormente se ha aplicado a múltiples trastornos emocionales y conductuales (Lynch et al., 2007; Nelson-Gray et al., 2006), teniendo como objetivo que el paciente se acepte a sí mismo tal como es, a la par que se modifican sus conductas y su ambiente atendiendo a sus propósitos (Linehan, 1993).

Sin olvidarnos de la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* de Hayes, Strosahl & Wilson. (1999), se ha empleado para el tratamiento de una gran cantidad de problemas clínicos, entre los que se encuentran los trastornos de ansiedad (Ossman et al., 2006; Zettle, 2003; Twohig et al., 2005) y dolor crónico (Wicksell et al., 2007; Dahal et al., 2004), demostrando una alta tasa de éxito (Hayes et al., 1999).

Y por último, la *Terapia Conductual Basada en la Aceptación (ABBT)* de Roemer & Orsillo (2002), destinada particularmente al tratamiento de la ansiedad generalizada, tiene como fin conseguir una aceptación, apertura y compasión hacía las propias experiencias internas (Roemer & Orsillo, 2002).

Así pues, tras la aplicación de estos programas de intervención basados en atención plena, ha quedado demostrada su eficacia en el tratamiento de adultos con múltiples patologías como la ansiedad (Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995), la depresión (Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002), los trastornos

de la personalidad (Evershed et al., 2003), los trastornos alimentarios (Safer et al., 2001; Kristeller & Hallet, 1999), las enfermedades crónicas (Reibel, Greeson, Brainard & Rosenzweig, 2001; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000), el abuso de sustancias (Marlatt, 2002)…, siendo sus beneficios también apreciables en poblaciones no clínicas (Rosenzweig et al., 2003).

A pesar de toda la evidencia con la que contamos a cerca de los beneficios del mindfulness, cierto es que nuestra andadura en la aplicación de estas nuevas técnicas no ha hecho más que empezar y aún mayor es el camino que se nos presenta en su desarrollo en la etapa infantil y en la adolescencia. No obstante, atendiendo a los hechos y la experiencia que se ha tenido con la población adulta, podemos pensar que la introducción de los programas de atención plena en el contexto escolar, en el que los niños y adolescentes pasan gran parte de esta su tiempo durante el periodo de su desarrollo, y en otros ámbitos, podría tener importantes beneficios y ventajas. De hecho, en los últimos años se ha producido un aumento en la implantación en las escuelas de programas basados en mindfulness (Black, Milman & Sussman, 2009; Albrecht, Albrecht & Cohen, 2012)

Así el estudio que presenta tiene como meta realizar una revisión bibliográfica que permita responder a las siguientes preguntas: 1) ¿se han aplicado las intervenciones basadas en mindfulness en la infancia y la adolescencia?, 2) ¿en qué tipo de poblaciones se han aplicado?, 3) ¿cuáles son las características y componentes de tales intervenciones?, 4) ¿cuáles eran los objetivos?, 5) ¿ha resultado eficaz?, 6) ¿pueden integrarse estas técnicas en la escuela?

1.1. OBJETIVOS.

El objetivo general de esta revisión es describir el estado de la cuestión en relación con la aplicación y eficacia de terapias basadas en mindfulness en la infancia y adolescencia.

Se pretende en concreto:

- Describir la población infantil y adolescente en la que se aplican este tipo de abordajes psicológicos.

- Identificar las características de las intervenciones que se están llevando a cabo.
- Describir las medidas de resultados más empleadas.
- Conocer la eficacia de estas intervenciones para mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de niños y adolescentes.
- Identificar potenciales variables que afectan a los resultados.
- Conocer sus posibilidades de aplicación en el ámbito escolar.
- Conocer el tipo y las limitaciones de los estudios analizados.

2. METODOLOGÍA

2.1. MATERIALES

Para el presente estudio se han utilizado un total de 27 artículos de investigación que abordan la aplicación y eficacia de intervenciones basadas en mindfulness en la infancia y adolescencia.

2.2. PROCEDIMIENTO

Para recabar la información se realizó una búsqueda académica completa de la literatura publicada en relación al tema en mayo del año 2015, desde la base de datos EBSCOhost, seleccionando una extensión de la búsqueda a otras reconocidas bases de datos como son PsycINFO, ERIC y MEDLINE.

Los descriptores y conectores empelados para la búsqueda fueron *Mindfulness AND (Child* OR Adolescence OR Childhood OR School OR Infants).* Con esta búsqueda lo que se pretendía era encontrar todos aquellos estudios realizados a cerca de mindfulness aplicado a la infancia y adolescencia, tanto en contexto escolar como en otros ámbitos, para tener una visión más global de las aplicaciones de esta técnica en los menores, aunque el principal interés sea conocer sus posibilidades en el ámbito escolar.

Así mismo también se ha empleado el buscador de información GOOGLE ACADÉMICO, para acceder a aquellas publicaciones de las que no contábamos con el texto completo en las bases de datos previamente mencionadas, pero que se han considerado de gran relevancia e interés para la presente revisión bibliográfica.

Para la selección de las publicaciones de interés se establecieron los siguientes criterios de inclusión: a) aquellos artículos que estudiasen mindfulness aplicado exclusivamente a niños y adolescentes hasta los diecinueve años de edad, b) que estuviesen disponibles a texto completo, c) no sujetos a cargos económicos para acceder a su lectura y d) escritos en lengua castellana o inglesa.

De ese modo, planteamos excluir todas aquellas publicaciones a) cuyos participantes fuesen adultos o alumnos universitarios o de formación superior y b) cuyas intervenciones estuviesen dirigidas a padres, educadores u otros.

Los resultados obtenidos en un primer momento, acotando la búsqueda a los últimos quince años (desde el año 2000 hasta la actualidad), fueron 1.174 artículos y publicaciones científicas, las cuales se redujeron a 591 tras seleccionar solamente aquellas que permitían acceso a la lectura del texto completo. Posteriormente se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes para descartar todos aquellos documentos que no tenían relación con el objetivo de nuestro estudio o bien no cumplían alguno de los criterios establecidos para su inclusión. Se excluyeron artículos que aparecían duplicados, que centraban el objeto de estudio en poblaciones adultas, que no utilizaban datos cuantitativos o bien no empleaban aplicaciones basadas en mindfulness.

2.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los artículos seleccionados se leyeron en profundidad y la información de los mismos se organizó en función de diversos aspectos. Así, en primer lugar, se extrajo información sobre el tipo y características de los participantes. En segundo lugar se procedió a analizar el tipo de intervenciones aplicadas, las características de las mismas y las adaptaciones utilizadas para su aplicación en la infancia y adolescencia. Posteriormente se organizó y resumió la información referente a la metodología y tipo de diseños utilizados. Se analizó además la información proporcionada en relación con las variables resultado evaluadas en los estudios, así como los instrumentos de medida utilizados. Finalmente se realizó un análisis de la información sobre eficacia de las intervenciones. Para exponer los resultados de la revisión se han establecidos apartados relacionados con los aspectos mencionados.

3. RESULTADOS

3.1. PARTICIPANTES

Muy diversas y variadas han sido las muestras de población infantil y adolescente sobre las que se han aplicado programas de mindfulness, siendo en algunas ocasiones demasiado reducidas como para poder generalizar los resultados.

El total de niños y adolescentes sobre los que se han aplicado programas basados en mindfulness en los estudios revisados es de 2.905. Algunas de las intervenciones disponían de un pequeño número de sujetos para aplicar los programas, siendo el caso más extremo el de Semple, Red & Miller (2005) que efectuaron su investigación contando con tan solo 5 niños. Otros autores también implementaron sus estudios en muestras reducidas de entre 8 y 12 sujetos (Zylowska et al., 2007; van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Ames et al., 2014; Wilson & Dixon, 2010). Si bien, otros han analizado muestras muy numerosas de más de 200 participantes (Black & Fernando, 2013; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Napoli et al., 2005), siendo la más numerosa de las analizadas en la presente revisión la empleada por Kuyken et al., (2013) con un N= 522.

Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre los 3 y los 19 años. Siendo los niños de menor edad, entre 3 y 6 años, los que participaron en el estudio de Flook, Goldberg, Pinger & Davidson (2014), y los más mayores los que sirvieron de muestra en la intervención llevada a cabo por Broderick & Metz (2009), entre 17 y 19 años. Aunque hay estudios que han contado tanto con sujetos escolarizados en escuela primaria como en secundaria, aproximadamente el 60% del número de participantes pertenecientes a educación secundaria, mientras que un 40% eran de educación infantil o primaria.

Atendiendo al tipo de condiciones, se han implementado los programas tanto a niños sin ningún tipo de problemas (Broderick & Metz; 2009; Flook et al., 2010, 2014; Black & Fernando, 2013; Lee et al., 2008; Schonert-Reichl et al., 2015; Semple et al., 2009; Hennelly; 2011; Napoli et al., 2005; Huppert & Johnson, 2010) siendo 17 los artículos analizados que pertenecen a esta condición (63%), como a niños y adolescentes con diferentes diagnósticos y situaciones, 10 artículos, lo que representa aproximadamente el 37%. De los últimos los estudios más numerosos han sido los

dirigidos a niños y adolescentes con TDAH (van der Oord et al., 2012; van der Weijer-Bergsma et al., 2011; Ames et al., 2014; Haydicky et al., 2013; Zylowska et al., 2007) pero también a niños con ansiedad (Semple et al., 2005; Ames et al., 2014) y a estudiantes sin vivienda o en zonas urbanas desfavorecidas (Viafora et al., 2014; Mendelson et al., 2010).

3.2. TIPO DE PROGRAMAS APLICADOS

La investigación en mindfulness durante las décadas recientes se ha centrado mayormente en poblaciones de adultos, siendo los programas más utilizados los anteriormente citados: ACT (Hayes et al., 1999), DBT (Linehan, 1993), MBCT (Segal et al., 2002), MBSR (Kabat-Zinn, 1982) o el ABBT (Roemer & Orsillo, 2002).

Sin embargo, los resultados de la presente revisión indican que en los últimos años se han desarrollado diversas intervenciones que han tratado de adaptar los programas que han demostrado su eficacia en la población adulta, a la población infantil y adolescente.

De este modo cabe señalar que la gran mayoría de estudios han adaptado, para su aplicación en niños y adolescentes, los programas de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness MBSR, con un total de 12 estudios (Broderick & Metz, 2009; Biegel, Warren B. Shapiro & Schubert, 2009; Black & Fernando, 2013; Hennelly, 2011; Lau & Hue, 2011; Joyce, Etty-leal, Zazryn, Hamilton & Hassed, 2010; Huppert y Johnson, 2010). Muchos de ellos han utilizado la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness MBCT, (Viafora, Mathiesen & Unsworth, 2014; Ames, Richardson, Payne, Smith & Leigh, 2014; Lee, Semple, Rosa & Miller, 2008, 2009) o bien combinaciones de ambos programas: el MSBR y MBCT (van der Oord, Bögels & Peijnenburg, 2012; van de Weijer-bergsma, Formssma, de Bruin & Bögels, 2012; Haydicky, Schecter, Wiener & Ducharme, 2013; Semple, Reid & Miller, 2005; Zylowska et al., 2007).

Dos estudios aplicaron un programa de prácticas de conciencia plena MAPs (Mindfulness Awareness Practices) (Flook et al., 2010; Zylowska et al., 2007)

De entre los programas más novedosos basados en mindfulness desarrollados y adaptados específicamente con la finalidad de ser aplicados a niños y adolescentes,

algunos de los que se han utilizado en los estudios revisados son: el Learning to BREATHE (Broderick & Metz, 2009), el mindfulness-based Kindness Curriculum KC (Flook, Goldberg, Pinger & Davidson, 2014), el Mindful School MS (Black & Fernando, 2013), el programa MYmind (Haydick et al., 2013), el MindUP integrado en un programa de Aprendizaje Social y Emocional SEL (Schonert-Reichl et al., 2015), el programa InnerKids (Kaiser, 2010), Mindfulness in Schools Project´s MiSP (Huppert & Johnsosn) y b. MiSP (Hennelly, 2011), el programa de Educación en Mindfulness ME (Schonbert-Reichl & Lawlor, 2010), el programa de Atención Académica APP (Napoli, Krech & Holley, 2005) y el programa Master Mind (Parker, Kupersmidt, Mathis, Scull & Sims, 2013).

Muchos de estos programas tienen una serie de componentes básicos en común. Así, la mayoría de ellos se caracterizan por emplear ejercicios que promueven la conciencia de uno mismo, la identificación de las distintas sensaciones, pensamientos y sentimientos que puedan aparecer, la atención al momento presente o la aceptación sin juzgar... También se ha identificado que algunas de las técnicas más frecuentes empleadas en gran parte de los programas para conseguir una mejora en la atención plena son la atención y conciencia de la respiración, la meditación sentada, la concentración en sonidos y la exploración del cuerpo (body scan). Cabe señalar que en todos ellos recomiendan y tratan de incentivar la práctica formal de los ejercicios mindfulness en casa, como complemento a las prácticas realizadas en las sesiones, consiguiendo así una mayor interiorización de las técnicas mindfulness con el fin de poder aplicarlas.

Pero en efecto, las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes requieren de diversas adaptaciones para poder ser aplicadas en esta población con éxito. Algunas de las modificaciones aplicadas a los programas anteriormente mencionados han sido: reducción de la duración de las sesiones (Biegel et al., 2009; Lee et al., 2008; Semple et al., 2005; Huppert & Johnson, 2010; Hooker & Fodor; 2008), adecuación de los temas a tratar, seleccionando aquellos más relevantes para la muestra sobre la que se interviene (Biegel et al., 2009), adaptación de los ejercicios a los niños y adolescentes, haciéndolos más simples (van der Oord et al., 2012; Ames et al., 2014; Lau & Hue, 2011), repetición de los conceptos y la explicación de las tareas (Lee et al., 2008; Wicksell et al., 2005), introducción de juegos (Lee et al., 2008; Flook et al., 2010; Semple et al., 2005), reducción del número de niños por grupo de intervención (Semple

et al., 2009), utilización de un lenguaje más simple y concreto (Wicksell et al., 2005; Semple et al., 2005; Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002), o entregar recompensas para motivar a los participantes (van der Oord et al., 2012). Cabe señalar como diferencia importante con respecto a los programas aplicados en adultos, que en el caso de los niños y adolescentes se suele contar con la colaboración y participación de los padres.

Además en ocasiones se ha requerido de adaptaciones más específicas, teniendo en cuenta las características de la población a evaluar. Por ejemplo en el estudio realizado por van de Weijer-Bergsma, Formsma, Bruin & Bögels (2011) en niños con TDAH, las prácticas se realizaron en un espacio libre de distractores y las sesiones estaban muy estructuradas manteniendo el mismo esquema para evitar la pérdida de atención. Otra intervención aplicada por Zylowska et al. (2007) a adolescentes con TDAH introdujo en el programa formación a cerca de los síntomas y la naturaleza del TDAH, los periodos de meditación sentada se redujeron, se emplearon apoyos didácticos visuales y las sesiones finalizaban con una meditación que inducia al amor y la amabilidad con los miembros del grupo para mejorar los problemas de baja autoestima que suelen padecer los adolescentes con TDAH.

En otro caso concreto, Singh et al. (2011) en el estudio con adolescentes Asperger descubrieron que el entrenamiento de mindfulness era más efectivo si centraban su atención en las sensaciones experimentadas en las plantas de los pies, en lugar de centrarse en la respiración.

Parece pues, que disponemos de variados programas con sus respectivas adaptaciones para aplicar las técnicas de mindfulness en las poblaciones de niños y adolescentes. Sin embargo aún es mucha la investigación que queda por delante y se han de invertir esfuerzos en seguir aplicando los programas ya propuestos con el fin de verificar su eficacia y seguir creando otros nuevos o adaptando lo existentes para optimizar los resultados.

La duración de las intervenciones también es un factor que varía considerablemente de unas intervenciones a otras. De esta manera se han realizado intervenciones de entre 6 sesiones (Broderick & Metz, 2009; Lau & Hue, 2011) y 16 sesiones (Flook et al., 2010), siendo los más frecuentes los programas de 8 sesiones aplicados a lo largo de 8 semanas. La duración de las sesiones es muy variada, siendo

las más cortas de tan solo 15 minutos (Black & Fernando, 2013; Hennelly, 2011) y las más largas de de 2 horas (Biegel et al., 2009; Lau & Hue, 2011).

En cuanto a prolongación en el tiempo, algunos programas son de larga duración, siendo los más extensos de los revisados el de Biegel et al. (2009) repartiéndose a lo largo de 20 semanas y el de Napoli et al. (2005) con una duración de 24 semanas. Y en el polo opuesto se puede señalar el estudio de Black y Fernando (2013) que duró tan solo 5 semanas, aunque se realizaban 3 sesiones por semana, o el de Semple et al. (2005) que duró 6 semanas. Al igual que ocurre con las sesiones la mayoría de los programas se implementaron a lo largo de 8 semanas, realizando una sesión por semana.

En cuanto al formato de las intervenciones, la totalidad de los estudios revisados se han realizado en formato de grupo, variando el número de sujetos asignados a los grupos en las distintas investigaciones. En ocasiones los grupos estaban reducidos a entre 4 y 6 participantes (Semple et al., 2005; van der Weijer-Bergsma et al., 2011). Otras veces los grupos eran de hasta 25 personas, siendo la mayoría de estas intervenciones las que se han llevado a cabo directamente en los grupos de clase de los colegios que participaban en los programas (Lau & Hue, 2011; Black & Fernando, 2013; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Joyce et al., 2010; Mendelson et al., 2010). Hay que señalar que la inmensa mayoría de los estudios contaban con grupos heterogéneos, siendo muy pocos los que han empleado grupos homogéneos, destacando todos aquellos que se centraban en estudiantes diagnosticados con TDAH (van der Oord et al., 2012; van der Weijer-Bergsma et al., 2011; Ames et al., 2014; Haydicky et al., 2013; Zylowska et al., 2007).

Para finalizar este apartado y sin olvidar la motivación inicial de este trabajo, es pertinente destacar que gran parte de los programas hasta ahora aplicados, se han llevado a cabo en un contexto escolar, y por ello son muchos los profesores y tutores de aula que han sido los encargados de efectuar las intervenciones en los grupos de estudio (Joyce et al., 2010; Lau & Hue, 2011; Broderick & Metz; Viafora et al., 2014; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010), recibiendo un entrenamiento en técnicas de mindfulness adecuado a cada programa previamente a su implementación en los niños y adolescentes. Por otra parte, las aplicaciones clínicas han sido minoritarias (Mendelson et al., 2010; Biegel et al., 2009; Zylowska et al., 2008).

3.3. METODOLOGÍA

Con respecto a la metodología empleada en los estudios revisados, hay que señalar que la gran mayoría son estudios cuasi-experimentales, contando todos ellos con evaluaciones de las variables antes y después de la intervención, y en muchos de los casos realizando un seguimiento semanas o meses después de finalizar la aplicación del programa (Biegel et al., 2009; van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Black & Fernando, 2013; Ames et al., 2014; Lee et al., 2008; Haydicky et al., 2013; Semple et al., 2009; Hennelly, 2011).

La selección de las muestras se ha realizado primordialmente por conveniencia (Semple et al., 2005, 2009; Joyce et al., 2010; Hennelly, 2011: Lee et al., 2008; Ames et al., 2014; Viafora et al., 2014). No obstante, en algún estudio, como por ejemplo los de Mendelson et al. (2010) y Schonert-Reichl et al. (2015) se realizó de forma aleatoria.

En la inmensa mayoría de los estudios analizados, se presentan resultados de comparación entre las puntuaciones obtenidas por el grupo previamente a la aplicación de la intervención, y las recogidas tras la finalización de la misma. Además, de todos ellos, aproximadamente un 70 % pertenecen a la condición de estudios controlados.

En relación con los grupos control utilizados cabe destacar que se emplea con bastante frecuencia el grupo control en lista de espera (Biegel et al., 2009; van der Ood et al., 2912; Semple et al., 2009; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; mendelson et al., 2010). En otros casos se disponía de un grupo control que continuaba realizando la tarea que acostumbraban a realizar mientras que en el grupo experimental se aplicaba el programa en estudio (Broderick & Metz, 2009; Flook et al. 2010; Huppert & Johnson, 2010; Hennelly, 2011; Lau & Hue, 2011; Semple et al., 2010; Lee et al., 2008; Napoli et al., 2005). Mientras que a veces, aunque en menor medida, el grupo control era activo, aplicándosele también algunas actividades alternativas novedosas (Liehr & Diaz, 2010; Schonert-Reichl et al., 2015).

Pero no hay que olvidar los casos en los que no se contó con ningún grupo control para comparar los resultados obtenidos (Joyce et al., 2010; Semple et al., 2005; Zylowska et al., 2007; van der Weijer-Bergsma, 2011; Wilson & Dixon, 2010; Saltzman & Goldin, 2008; Bogels et al., 2008; Black y Fernando, 2013; Haydicky et al., 2013), siendo los únicos elementos para evaluar los cambios, las puntuaciones obtenidas

de los cuestionarios y escalas que los participantes de la intervención habían completado antes de aplicárseles el programa, o bien la observación de las personas que les rodeaban y de la propia persona que llevaba a cabo la intervención.

3.5. VARIABLES RESULTADO Y SU MEDIDA

La aplicación de mindfulness en la infancia y en la adolescencia tiene un amplio rango de campos sobre los que puede actuar produciendo importantes beneficios. La evaluación de distintos tipos de variables permite comprobar la eficacia de los programas. A continuación expondremos algunas de las variables más estudiadas en los que se ha centrado la actual revisión.

Concretamente, una de las variables de resultado más utilizadas en la valoración de las intervenciones con mindfulness ha sido la ansiedad, la cual se ha medido en el 26% de los estudios revisados. Para evaluar la ansiedad se han utilizado en general instrumentos válidos y fiables, destacando el empleo de algunos cuestionarios y escalas como son: State/Trait Anxiety Inventory, STAI de Spilberg (1983) (Biegel et al., 2009; Lee et al., 2008; Sempe et al., 2009), Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC, de March (1997) (Lee et al., 2008; Sempe et al., 2005, 2009), Revised Child Anxiety and Depression Scale-Youth and Parent Report RCADS, de Chorpita et al. (2000) (Haydicky et al., 2013), Children's Manifest Anxiety Scale RCMAS, de Reynolds & Richmond (1978) (Zylowska et al., 2007) y el Test Anxiety Scale TAS, de Sarason (1978) (Napoli et al., 2005)

Así mismo ha habido mucho interés por ver sus efectos en la conducta y el comportamiento de los niños y adolescentes. Para evaluar la conducta se han empleado diversas escalas y cuestionarios también válidos y fiables como por ejemplo: el Somatization Indez of Child Behavior Checklist SICBC, de Achenbach (1991) (Broderick y Metz, 2009), el Disruptive Behavior Disorder Rating Scale DBDRS, de Pelham et al. (1992) (van de Oord et al., 2012), el Child Behavior Checklist CBCL, de Achenbach (1991) (van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Lee et al., 2008; Semple et al., 2005, 2009) y el Students Behavior Rubric (Kinder Associates, LLC, 2007) (Black & Fernando, 2013)

También se han realizado varias intervenciones tratando de ver el efecto en la atención de los sujetos, variable de gran relevancia en la actualidad ya que cada vez es más frecuente el diagnóstico de TDAH en estas primeras etapas de la vida, y por ello algunos de los estudios analizados centraban su investigación en esta población. Se han empleado las siguientes medidas para contemplar los efectos en la atención: el Amsterdam Neuropsychological Tasks ANT, de Sonne-ville (2005) (van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Zylowska et al., 2007), el ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale ACT eRS, de Ullmann, Sleator & Sprague (1997) (Napoli et al., 2005) y el Test of Everyday Attention for children TEA-Ch, de Manly, Nimmo-Smith, Watson, Anderson, Turnet & Robertson (2001) (Napoli et al., 2005)

Los efectos que puedan tener las técnicas mindfulness en la depresión, también han sido evaluadas, y para ello se han utilizado distintos instrumentos de medida: el Moods and Feelings Questionnaire, de Angold et al. (1995) (Ames et al., 2014), el Reynolds Child Depression Scale RCDS, de Reynolds (1989) (Lee et al., 2008), el Seattle Personality Questionnaire for Children SPQC, de Kusché, Grennberg & Beilke (1988) (Schonnert Reichl et al., 2015) CDI (Joyce et al., 2010).

Los niños cada vez se ven más afectados por el estrés de la vida diaria, y por ello se ha evaluado esta variable en algunos estudios utilizado instrumentos como: el Perceived Stress Scale PSS, de Cohen & Williamson (1998) (Biegel et al., 2009; Lau & Hue, 2011) y el Responses to Stress Questionaire RSQ, de Connor-Smith et al. (2000) (Mendelson et al., 2010)

Junto a los anteriores otra variable que ha despertado gran curiosidad a la hora de valorar la eficacia de los programas, es el bienestar. Por lo que se han aplicado en algunos de los estudios instrumentos para su medición: el Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale WEMWBS, de Tennant et al. (2007) (Hennelly, 2011; Huppert & Johnson, 2010) y Scales of Psychological Well-being SPWB, de Riff & Keyes (1995) (Lau & Hue, 2011).

Muy importante es considerar también el efecto que estas técnicas puedan tener en la mejora de las funciones ejecutivas, ya que estas funciones engloban procesos que tienen que ver con planear y llevar a cabo actividades reguladas, que persiguen alcanzar un objetivo. La memoria de trabajo, el cambio de pensamientos y la inhibición de respuesta son ejemplos de funciones ejecutivas básicas (Anderson, 2002; Blair &

Diamond, 2008). Para medir estas funciones se han empleado tareas de flancos (Flook et al., 2014; Schonnert-Reichl et al., 2015) y el Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF, de Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy (2000) (Flook et al., 2010).

No menos relevantes son los posibles beneficios que se puedan obtener de su aplicación a la variable de competencia social, empleando para su medida instrumentos como el Teacher Social Competence TSC (Conduct Problems preventions Research Group, 1995) (Flook et al., 2014) y el Teacher´s Rating Scale of Social Competence TRSC de Kam & Greenberg (1998) (Schonnert-Reichl & Lawlot, 2010).

A parte de las variables ya mencionadas, son muchas otras las que se han tratado de estudiar con el fin de aprovechar al máximo los posibles beneficios de las técnicas que incluyen mindfulness. Así también cabe destacar las siguientes variables evaluadas: el afecto negativo y positivo empleando escalas de Positive and Negative Affect Schedule PANAS, de Watson et al. (1988) (Broderick y Metz, 2009; Schonnert-Reichl & Lawlot, 2010), el auto concepto general mediante Self-Description Questionnaire de Marsh (1988) (Schonnert-Reichl & Lawlor, 2010), habilidad para regular emociones con Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS, de Gratz & Roemer (2004) (Broderick y Metz, 2009), respuesta de rumiación empleando Ruminative Response Scale RRS, de Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) (Broderick y Metz, 2009) y Child Response Style Questionnaire, de Meiser-Stedman, Dalgelish, Smith, Yule & Glucksman (2007) (Ames et al., 2014), autoestima con la escala Self-Esteem Scale SES, de Rosenberg (1989) (Biegel et al., 2009), la calidad del sueño mediante Finder Fatigue Scale FFS, de Gradisar et al. (2007) (van de Weijer-Bergsma et al., 2011), la felicidad subjetiva con Subjective Happiness Scale SHS, de Lyubomirsky (1999) (van de Weijer-Bergsma et al., 2011), autocompasión aplicando la Self-Compasion Scale for Children SCS-C, de Saltzman (sin publicar) (Viafora et al., 2014), la empatía (Schonnert-Reichl et al., 2015), el optimismo mediante Resiliency Inventory RI, de Song (2003) (Schonnert-Reichl et al., 2015; Schonnert-Reichl & Lawlot, 2010)etc.

Como se puede apreciar, han sido múltiples las medidas de resultado analizadas y en general, se han utilizado instrumentos de medición con las adecuadas características psicométricas.

En este punto, debemos señalar la importancia que ha cobrado en la gran mayoría de estas intervenciones la observación directa de los profesionales que aplicaban los

programas. Así, esta ha constituido una forma de medida del cambio en algunas variables como son la conducta, la atención o las relaciones sociales.

Pero independientemente de todas las variables mencionadas, hay estudios que también han valorado la evolución de sus sujetos en la propia capacidad de mindfulness o conciencia plena. Se han utilizado diversos instrumentos para cuantificar en qué medida se ha adquirido la capacidad de mindfulness: Mindfulness Attention and Awareness Scale MAAS, de Brown & Ryan (2003) (van de Weijer-Bergsms et al.,, 2011; Lau & Hue, 2011), Child Acceptance and mindfulness Measure CAMM, de Greco et al. (2011) (Viafora et al., 2014; Ames et al., 2014; Schonnert Reichl et al., 2015), Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised CAMS-R, de Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau (2006) (Hennelly, 2011; Huppert & Johnson, 2010) y el Freiburg Mindfulness Inventory FMI, de Walach et al. (2006) (Lau & Hue, 2011). Algunos de ellos han sido adaptados de los ya existentes para la población adulta, en la que se ha demostrado su eficacia. Pero Greco et al. (2011), consideraron que el desarrollo de un instrumento de medida de las habilidades de mindfulness adaptado a niños y adolescentes era fundamental, y por ello propusieron el Child Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), una escala de medida adaptada para jóvenes mayores de 9 años. Aplicaron esta escala en diversos estudios para su validación, obteniendo como resultado que el CAMM es un instrumento de medida con consistencia interna adecuado para niños y adolescentes. Los datos recogidos tras su aplicación correlacionaban positivamente con la calidad de vida, la competencia, y las habilidades sociales de los sujetos y negativamente con dolores somáticos, interiorización de síntomas y la exteriorización de problemas conductuales (Greco, Baer, & Smith, 2011). Esta escala es una de las más novedosas y recientes, pero se ha demostrado su eficacia en aquellos estudios en los que ha sido aplicada.

3.6. EFICACIA DE LOS ESTUDIOS REVISADOS

Aunque como ya hemos señalado la investigación en la infancia y la adolescencia no ha hecho más que empezar, ya son muchos los resultados que nos permiten considerar el mindfulness cómo una técnica que reportará grandes beneficios en estas primeras etapas de la vida. De este modo enseñar técnicas mindfulness a los niños y

adolescentes ha resultado ser eficaz para tratar diversos trastornos y situaciones problemáticas.

El factor que más evidencias de eficacia ha reportado es la mejora de la atención (van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Black & Fernando, 2013; Haydicky el al., 2013; Semple et al., 2009; Hennelly, 2011; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Napoli et al., 2005; Zylowska et al., 2007), siendo muy relevantes los resultados obtenidos de los estudios con muestras de niños con TDAH en los que se ve reflejada una mejora de los comportamientos problemáticos propios de este trastorno (van der Oord et al., 2012; Napoli et al., 2005; Zylowska et al., 2007). En concreto 9 estudios informan de mejoras significativas en atención sostenida tras la intervención, reflejando evidentes diferencias con el grupo control.

Así mismo las técnicas aplicadas han resultado ser favorables para la mejora de problemas de conducta y comportamiento de niños y adolescentes en general (Black & Fernando, 2013; Haydicky el al., 2013; Semple et al., 2009; Flook et al., 2010; Hennelly, 2011), tal y como queda reflejado en 5 de los artículos estudiados.

También se ha demostrado que las intervenciones han sido eficaces en el tratamiento de diversos trastornos de salud mental, siendo los resultados más destacables: la reducción de los síntomas de ansiedad manifestada en 5 artículos (Biegel et al., 2009; Semple et al., 2005, 2009; Joyce et al., 2010; Zylowska et al., 2007), la mejora de los síntomas de depresión que se plasma en otros 7 de los estudios (Biegel et al., 2009; Ames et al., 2014; Schonert-Reichil et al., 2015; Lau & Hue, 2010; Joyce et al., 2010; Semple et al., 2005; Zylowska et al., 2007) y la reducción del estrés (Viafora et al., 2014; Schonert-Reichil et al., 2015; Mendelson et al., 2010), igualmente con mejoras significativas en 3 investigaciones.

En algunas aplicaciones, concretamente en 3, de las llevadas a cabo en el ámbito escolar, además se ha podido comprobar su eficacia al conseguir un mejor funcionamiento y resultados académicos (Semple et al., 2005; Schonert-Reichil et al., 2015; Hennelly, 2011), y una considerable mejora de las funciones ejecutivas de los niños y adolescentes tal y como se refleja en 4 de los estudios comparando los resultados con el del grupo control (van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Flook et al., 2010, 2014; Hennelly, 2011),.

Además las técnicas mindfulness son de gran ayuda y resultan exitosas en la mejora de la aceptación y el auto concepto e incrementando la autoestima, habiendo una significativa mejora en estas cualidades en 5 de las investigaciones atendiendo a las diferencias con el grupo control (Brooderick & Metz, 2009; Viafora et al., 2014; Schonert-Reichil et al., 2015; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Biegel et al., 2009).

Así mismo, en 7 de los estudios se informa también de mejoras significativas en la regulación emocional y el auto control (Brooderick & Metz, 2009; Flook et al., 2010, 2014; Black & Fernando, 2013; Schonert-Reichil et al., 2015; Hennelly, 2011; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010) lo que produce un aumento de la capacidad de los más pequeños para la internalización y exteriorización de problemas, tal y como se puede apreciar en 3 artículos de la revisión (Semple et al., 2005; van de Weijer-Bergsma et al., 2011; Lee et al., 2008),.

Otro resultado relevante es la reducción de los afectos negativos (Brooderick & Metz, 2009) y la promoción de las sensaciones de calma y relajación que se refleja en 2 estudios (Brooderick & Metz, 2009; Black & Fernando, 2013). Parece pues, que la adquisición de técnicas basadas en la atención plena son eficaces al conducir a una mejor calidad de vida (Viafora et al., 2014; Ames et al., 2014) y un mayor bienestar (Hennelly, 2011; Lau & Hue, 2010; Huppert & Johnson, 2010) favoreciendo una actitud de optimismo (Schonert-Reichil et al., 2015; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010) e incrementando la resiliencia (Hennelly, 2011; Huppert & Johnson, 2010). Las mejoras significativas en estos diversos aspectos quedan reflejadas en 7 de los estudios analizados.

También varios artículos, 5, han comprobado la mejora en la competencia social, que se desprende de la aplicación de estas intervenciones (Flook et al., 2014; Black & Fernando, 2013; Haydicky el al., 2013; Schonert-Reichil et al., 2015; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010). Y así mismo se ha visto reflejada su eficacia en disminución de dolores y malestar somáticos (Brooderick & Metz, 2009; Biegel et al., 2009) y en la reducción del cansancio (Brooderick & Metz, 2009) y la mejora calidad del sueño (Biegel et al., 2009; Wall, 2005; Bootzin & Stebens, 2005).

Pero si algo queda claro, es que tras la aplicación de este tipo de técnicas y programas se ve incrementada la propia capacidad de mindfulness de los sujetos experimentales, mejorando su habilidad para ser conscientes del momento presente,

aceptando e identificando todos los pensamientos sensaciones y sentimientos que puedan ir surgiendo y tomando conciencia tanto de lo que ocurre en el interior de uno mismo como en el entorno (Ames et al., 2014; Hennelly, 2011; Huppert & Johnson, 2010; Brooderick & Metz, 2009; van der Oord et al., 2012; Viafora et al., 2014)

Hay que señalar, que de forma general los programas mindfulness parecen tener aún más eficacia en aquellos niños y adolescentes que parten de una línea base más baja en la variable sobre la que se van a aplicar las diferentes técnicas. Así ocurrió en el estudio de Flook et al. (2014) con los niños que tenían bajas competencias sociales y funciones ejecutivas y en el de Semple et al. (2009) respecto a la ansiedad.

Así pues, los programas de intervención basados en mindfulness que tanto éxito han tenido en la población adulta, parecen obtener resultados similares en la población más joven. Es por ello que múltiples autores siguen tratando de aplicar los programas a los niños y adolescentes, con el fin de replicar los resultados ya obtenidos y conseguir corroborar su eficacia.

4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS.

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica dan respuesta a los interrogantes que nos planteábamos al inicio de la misma. Se ha podido comprobar que las técnica mindfulness, en efecto, están siendo aplicadas en la población infantil y adolescente arrojando cada vez más luz sobre las diversas posibilidades de trabajo e investigación emergente en estos grupos.

Los programas terapéuticos basados en atención plena, que ya habían demostrado su eficacia en la población adulta parecen ser igualmente eficaces en los más jóvenes, con los pertinentes cambios y adaptaciones que se hacen necesarios para poder ser aplicados de forma adecuada en este rango de edad. De este modo se ha podido comprobar que los programas mindfulness que más han sido adaptados con este propósito han sido el MBCT de Segal et al. (2002) Y el MBSR de Kabat-Zinn (1982), a partir de los cuales han surgido diversas propuestas que están probando su éxito. Los cambios más relevantes a la hora de realizar las modificaciones atienden a la

distribución de los tiempos, contenido de los temas abordados y complejidad de las técnicas, ejercicios e instrucciones dadas.

Los programas mindfulness se suelen aplicar en grupos reducidos, aunque también ha sido muy frecuente su aplicación en grupos de aula rondando los 25 miembros, ya que muchos de los estudios tenían como objetivo comprobar la eficacia de su aplicación en un contexto escolar en el que todos los niños pudiesen beneficiarse del programa. Esto es de gran relevancia en cuanto a la motivación inicial del presente trabajo, ya que comprueba que estos programas pueden ser llevados a cabo en colegios, sin quitar excesivo tiempo al programa curricular del aula, y además los puede aplicar el profesor del aula tras algunas sesiones de entrenamiento.

Las investigaciones han sido llevadas a cabo, en su gran mayoría, sobre grupos heterogéneos debido precisamente a que se han aplicado en colegios donde la diversidad de los niños y adolescentes es muy amplia en cuanto a origen, familias, posibles trastornos o problemas. En algunos estudios sin embargo los grupos fueron homogéneos como es el caso de las aplicaciones a grupos de jóvenes diagnosticados con TDAH. Este último es un campo de gran relevancia para la escuela ya que los profesores deben disponer de técnicas y recursos que permitan abordar las dificultades de los niños con este trastorno.

Los programas han sido implementados tanto con niños con algún tipo de problema o trastorno como en niños sin aparentes dificultades ni déficits. Los datos indican que todos pueden beneficiarse de los efectos positivos de este tipo de técnicas aunque el beneficio es mayor en aquellos niños y adolescentes que parten de unas circunstancias menos favorables, ya sea por padecer trastornos de ansiedad y depresión, estrés, déficit de atención, problemas sociales, bajo nivel de ejecución de las funciones ejecutivas etc.

Una gran parte de la investigación se ha realizado sobre menores de a partir de 10 años, quedando los niños más pequeños al margen de la mayoría de los estudios. No debemos olvidar que los efectos de los problemas y estresores del día a día en la sociedad actual también afectan a los más pequeños y por ellos fututos estudios deberían focalizar más su atención en las edades más tempranas.

La mayoría de los estudios han sido cuasi-experimentales comparativos midiendo las variables previamente a la aplicación del programa y después. Además hay que reseñar que un considerable número de las investigaciones ha realizado análisis de seguimiento meses o semanas después.

Los sujetos seleccionados han sido escogidos casi en su totalidad por conveniencia, debido en gran parte a la dificultad que supone contar con muestras aleatorias para investigar en menores de edad. Y aunque más de la mitad de los estudios contaban con grupo control, siendo muy común el grupo control en lista de espera, ha sido frecuente no asignar a dicho grupo una tarea alternativa que sirviese para equiparar las condiciones de los dos grupos en cuanto a la influencia que puede ejercer la introducción de una actividad nueva. Convendría en un futuro realizar estudios experimentales que proporcionasen apoyo adicional a los datos obtenidos.

Muchas son las variables para las que parece haberse demostrado la eficacia de las técnicas mindfulness en la infancia y la adolescencia, aunque se necesitan estudios de replicación de las investigaciones y estudios novedosos que hay que realizar para poder generalizar su eficacia. No obstante hasta el momento, algunas de las variables en las que han demostrado tener gran éxito son: en la mejora de síntomas de depresión y ansiedad, comportamientos y conductas inapropiadas, aumento de la atención y perfeccionamiento de las funciones ejecutivas entre muchas otras. Todo ello parece conllevar mejoras en la calidad de vida e incremento de las sensaciones positivas, el bienestar y la relajación.

Los resultados obtenidos parecen relacionarse con la adquisición de una mayor capacidad de control y conciencia de las emociones, sensaciones y pensamiento, derivada de la práctica de mindfulness.

Así pues podemos concluir que los resultados que demuestran la eficacia de estos programas en diversas condiciones son cada vez más numerosos, no obstante hay que seguir realizando estudios e investigaciones que permitan afianzar los resultados y poder generalizar su eficacia. En próximas propuestas de estudio debería tratar de conseguirse muestras aleatorias y dotar al grupo control de actividades alternativas mientras se aplica el programa en el grupo experimental, para que los resultados sean más relevantes. También es importante ampliar el número de estudios aplicados a

menores de 9 años, ya que es el rango de edad sobre el que menos se ha investigado y sin duda se pueden obtener resultados de gran interés en este grupo.

En cuanto a la motivación inicial del trabajo, que era la aplicación de técnicas mindfulness en el ámbito escolar, hemos podido comprobar que una numerosa cantidad de los estudios ha aplicado los programas en aulas de colegios, demostrando su eficacia y la posibilidad de integrar las prácticas de las técnicas en el horario escolar. Aunque aquellos niños con mayores problemas, son los que resultan más favorecidos, todos los alumnos se han aprovechado del empleo de estas técnicas pudiendo generalizar su uso a la vida cotidiana, lo que reporta un mayor control de todas sus emociones y les dota de recursos para poder hacer frente a situaciones adversas o problemas que puedan surgir en el día a día a cualquier persona.

Además los profesores, tras recibir el adecuado entrenamiento también pueden beneficiarse de estas técnicas, ya que les dota de medios para tratar con aquellos niños más problemáticos y mejorar las habilidades ejecutivas y de atención de su alumnado, así como conseguir un mejor comportamiento y crear un ambiente de relajación y compañerismo en el aula.

En definitiva, consideramos que sería de interés la introducción en las escuelas de programas de intervención de este tipo integrados en el horario de clases para que de este modo todos los alumnos, independientemente de sus condiciones sociales, económicas o de salud puedan beneficiarse de las importantes ventajas que reporta el mindfulness.

La mayor limitación de la revisión bibliográfica ha sido el no poder acceder a todos los artículos que han realizado investigaciones relevantes del tema, debido a que estaban sujetos a carga económica o no estaban disponibles a texto completo para su lectura. Además en el presente estudio no se han analizado diferencias en cuanto al género. Y tan solo se han podido analizar textos en lengua inglesa y española, siendo prácticamente inexistentes las investigaciones realizadas en lengua española.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Innovations in Practice: Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(1), 74-78. http://doi.org/10.1111/camh.12034

Arguís, R, Bolsas, A. P, Hernández, S y Salvador Mª M (2010). Programa Aulas felices. Psicología positiva aplicada a la educación.

Biegel, G. M., Brown, K. W., Shauna L. Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Adolescent Psychiatric Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (5), 855-806

Black, D. S., & Fernando, R. (2013). *Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower-Income and Ethnic Minority Elementary School Children*. Recuperado a partir de http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84878942866&partnerID=40&md5=ebfd544d2fddafe3dcc84b4efc753862

Britton, W. B., Lepp, N. E., Niles, H. F., Rocha, T., Fisher, N. E., & Gold, J. S. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. *Journal of School Psychology*, *52*(3), 263-278.

Broderick, P. C., & Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, *2*(1), 35-46.

Ciesla, J. A., Reilly, L. C., Dickson, K. S., Emanuel, A. S., & Updegraff, J. A. (2012). Dispositional Mindfulness Moderates the Effects of Stress Among Adolescents: Rumination as a Mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(6), 760-770. http://doi.org/10.1080/15374416.2012.698724

Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., & Davidson, R. J. (2014). *Promoting Prosocial Behavior and Self-Regulatory Skills in Preschool Children Through a Mindfulness-Based Kindness Curriculum*. Recuperado a partir de http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84914166675&partnerID=40&md5=fb8b9ea5385620676e7c107ef2b990fd

Flook, L., Smalley, S. L., Kitil, M. J., Galla, B. M., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., … Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied School Psychology*, *26*(1), 70-95.

Greco, L. A., 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*(3), 606-614.

Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. (2015). Evaluation of MBCT for Adolescents with ADHD and Their Parents: Impact on Individual and Family Functioning. *Journal of Child & Family Studies*, *24*(1), 76-94. http://doi.org/10.1007/s10826-013-9815-1

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. *New York, NY: Guildford Press.*

Hennelly, S. (2011) The inmediate and sustained effect of the .b mindfulness programme on adolescents´social and emotional well-being and academic functioning. *Oxford Brookes University.*

Huppert, F. A., & Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools; the importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology* 5 (4) 264-274.

Joyce, A., Etty-Leal, J., Zazryn, T., Hamilton, A., & Hassed, C. (2010). Exploring a mindfulness meditation program on the mental health of upper primary children: A pilot study. *Advances in School Mental Health Promotion*, *3*(2), 17-25. http://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715677

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., … Huppert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(2), 126-131. http://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649

Lau, N.-S., & Hue, M.-T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: Well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, *16*(4), 315-330.

LeCroy, Craig, W. (2013). Designing and facilitating groups with children. School social work and mental health worker's training and resource manual (611-618).

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

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *New York, NY: Guildford Press.*

Mendelson, T., Greenberg, M. T., Dariotis, J. K., Gould, L. F., Rhoades, B. L., & Leaf, P. J. (2010). Feasibility and preliminary outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(7), 985-994.

Merikangas, K. R., He, J.P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. Pediatrics, 125, 75-81, http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2598

Napoli, M., Krech, P. R., & Holley, L. C. (2005). Mindfulness Training for Elementary School Students: The Attention Academy. *Journal of Applied School Psychology*, *21*(1), 99-125. http://doi.org/10.1300/J370v21n01_05

Oord, S., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of Child & Family Studies*, *21*(1), 139-147. http://doi.org/10.1007/s10826-011-9457-0

Parker, A. E., Kupersmidt, J. B., Mathis, E. T., Scull, T. M., & Sims, C. (2014). The impact of mindfulness education on elementary school students: Evaluation of the Master Mind program. *Advances in School Mental Health Promotion*, *7*(3), 184-204. http://doi.org/10.1080/1754730X.2014.916497

Pérez, M. A., & Botella, L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia* 17(66/67), 77-120.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.

Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social–emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, *51*(1), 52-66. http://doi.org/10.1037/a0038454

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, NY*: Guildford Press

Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 218-229. http://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y

Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(4), 379-392. http://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.379

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine* 21 (6)

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, D. A., Winton, S. W. , Singh N. A., Singh, J. (2011) Research in autism spectrum disorders. 5(3), 1103-1109

Viafora, D. P., Mathiesen, S. G., & Unsworth, S. J. (2014). *Teaching Mindfulness to Middle School Students and Homeless Youth in School Classrooms*. Recuperado a partir de http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84896690900&partnerID=40&md5=5250962f22963537cb1e41206d26ece1

Weijer-Bergsma, E. van de, Formsma, A. R., Bruin, E. I. de, & Bögels, S. M. (2011). 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. http://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7

Wilson, A. N., & Dixon, M. R. (2010). A mindfulness approach to improving classroom attention. *Journal of Behavioral Health and Medicine*, *1*(2), 137-142. http://doi.org/10.1037/h0100547

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder- A feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746