



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE
TÉCNICAS DE AUTOCONTROL COMO HERRAMIENTAS
COMPLEMENTARIAS EN EL TRATAMIENTO DEL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH) EN NIÑOS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

NIDIA GORJÓN FLORES

DIRECTOR DE LA TESIS:

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

COMITÉ DE TESIS:

**MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ
MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para ti mami, para ti papi
que siempre han sido luz, ejemplo
y guía en mi vida.
¡Los adoro!

Agradezco a mi maestro y director de tesina, Jorge Álvarez Martínez por su apoyo y dedicación para finalizar este proceso formativo pospuesto por tanto tiempo.

A mi comité de tesis, maestras: Yolanda Bernal, Laura Somarriba, María Eugenia Gutiérrez e Ingrid Marissa Cabrera, gracias por su tiempo y aportes en la mejora de este trabajo.

Agradezco a mi maestra Luz María González por formarme; por iniciar conmigo este proyecto y por ser un referente de vida.

Maestro José Francisco Fernández, gracias por dejarme aprender de usted; por compartir su conocimiento y por su bondad.

A Juan Manuel Gálvez, gracias por tu orientación y por tu actitud de servicio durante todo el programa.

A ti Mitzu, te agradezco por estar ahí, aún en la distancia, recibiendo tu apoyo; gracias por salvar mis archivos, por recibir mis desilusiones, mis quejas y por recargar el empuje cuando lo he necesitado.

A mis hermanos, Fito y Laura; a mi tía Virgilia; a mis papás, Elfega y Adolfo, gracias infinitas por su inspiración, sus reclamos, sus cuestionamientos; por su ejemplo, su espera, su acompañamiento; muchas gracias por la confianza y certeza de que este momento llegaría.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	5
1.1 Antecedentes históricos	5
1.2 Definición	11
1.3 Etiología (factores que influyen en el desarrollo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad)	13
1.3.1 Factores genéticos	13
1.3.1.1 Estudios en gemelos monocigóticos	14
1.3.1.2 Estudios en gemelos dicigóticos	15
1.3.2 Factores neuroquímicos	15
1.3.3 Factores biológicos	17
1.3.4 Factores ambientales	19
1.4 Prevalencia	21
CAPÍTULO 2: TIPOS DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	25
2.1 Tipos de tratamiento	25
2.1.1 Tratamiento médico	27
2.1.2 Tratamiento psicosocial	29
2.1.2.1 Psicoterapia	30
2.1.2.2 Orientación conductual	31
2.1.2.3 Psicoeducación	32
2.1.2.4 Técnicas de relajación	33
CAPÍTULO 3: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DE MAYOR EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	35
3.1 Antecedentes del uso de las técnicas de relajación	35
3.2 Definiciones de técnicas de relajación	36
3.3 Proceso fisiológico del estrés y la relajación	38
3.4 Tipos de técnicas de relajación	39
3.4.1 Respiración diafragmática	39
3.4.2 Visualización	41
3.5 Aplicación de la respiración diafragmática y visualización en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	42

CAPÍTULO 4: PROPUESTA	45
4.1 Justificación	45
4.2 Título del taller	47
4.3 Objetivos generales	47
4.4 Objetivos específico	47
4.5 Participantes	48
4.6 Forma de convocatoria	48
4.7 Duración	48
4.8 Materiales	49
4.9 Escenario	50
4.10 Actividades propuestas	50
4.11 Carta descriptiva	50
ALCANCES Y LIMITACIONES	59
REFERENCIAS	62
ANEXOS	65

RESUMEN

La investigación realizada es acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y su objetivo es proporcionar información actual del tema, teniendo como referente que es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más común a escala mundial y, que en nuestro país afecta a gran número de niños en edad escolar, los cuales van a presentar repercusiones a nivel personal, emocional, educativo, familiar y social. Por esta razón surge la inquietud de proponer un taller que tiene como propósito brindar capacitación a padres de familia y profesores en la aplicación de la respiración diafragmática y visualización para ser aplicadas como parte del tratamiento transdisciplinario en niños con TDAH, debido a que han probado ser eficaces para este fin.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención, técnicas de relajación, respiración diafragmática, visualización.

ABSTRACT

This research is about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and aims to provide current information of this subject, taking as a reference this is one of the most common childhood psychiatric disorders in worldwide, and in our country affects a large number of school-age children, which will be affected on a personal, emotional, educational, social and family aspect. For this reason, I propose a workshop which is intended to provide training for parents and professors in the use of two relaxation techniques that can be applied as part of the transdisciplinary treatment in children with ADHD, due to they have demonstrated their efficacy in this topic.

Key Words: attention-deficit/hyperactivity disorder, relaxation techniques, diaphragmatic breathing, visualization.

INTRODUCCIÓN

Hablar del ahora llamado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA), es remontarse al siglo XX, cuando se hace su primera descripción clínica. A partir de ese momento empieza a construirse la historia de dicho trastorno, el cual con el transcurrir de los años ha cambiado de nombre; sin embargo, el cuadro sintomático, hasta la fecha, ha conservado los criterios diagnósticos más generales, y el tratamiento a su vez, ha presentado un desarrollo lo cual representa más opciones para los pacientes (Quirós, 2000).

En la actualidad, el TDAH ocupa a muchas personas del área educativa y de la salud, debido a que a nivel mundial está considerado como un problema de salud pública. Se estima que es el trastorno neuropsiquiátrico de la infancia más común en el mundo (García, 2007). Un estudio realizado por Polanozyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde (2007, en Sciberras et al., 2013) revela que es el desorden del neurodesarrollo más común, afectando aproximadamente al 5% de la población infantil a nivel mundial.

En lo que concierne a México, Palacios-Cruz et al. (2011) estima que de los 33 millones de niños y adolescentes del país, 1.5 millones de ellos pudieran ser diagnosticados con TDAH. Ochoa y Valencia (2009) señalan que en México se ha calculado que entre el 3% y 5% de niños en edad escolar pueden presentar el trastorno.

Ruíz (2007), concuerda en esta cifra y agrega que además de ellos, en México, hay una población que no se diagnostica y por lo tanto, no recibe tratamiento convirtiéndose en un sector de niños, adolescentes y adultos que al no ser tratados viven con las consecuencias de ello lo cual se traduce en baja autoestima, aislamiento, frustración, reprobación y abandono escolar a corta edad; dificultad para establecer relaciones interpersonales (amigos, pareja, compañeros de trabajo), dificultad para mantener el trabajo, rechazo (incluso de los miembros de la familia), hostilidad en las relaciones familiares

lo que pudiera llevarlos al abandono del hogar. Asimismo, también están expuestos al contacto prematuro con las drogas legalmente permitidas – como el tabaco y el alcohol-; al incremento en el consumo excesivo de drogas ilegales y a la facilidad para involucrarse en adicciones de cualquier tipo, lo que de manera general repercute en el aumento de conductas antisociales y delictivas como robar, vandalismo, narcotráfico y constantes violaciones a la ley (Parellada, 2009).

Todo lo anterior deja en claro que existe un reto en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH debido a que se requiere de un intenso trabajo el cual implica la creación, implementación y difusión de programas transdisciplinarios que capaciten y a su vez intervengan a nivel educativo, médico y psicológico con el propósito de realizar una identificación temprana y oportuna lo que permitirá brindar el tratamiento adecuado y de esta manera, aminorar los efectos que dicho trastorno tiene en los ámbitos de desarrollo social, familiar, educativo, laboral y emocional del individuo (Benassini, 2002).

Debido a que las necesidades en torno al tratamiento del TDAH son numerosas, no se deben soslayar los diversos tipos de tratamiento con que se cuentan en la actualidad, dado que cada individuo va a requerir uno específico de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada caso. Tomando como fundamento esto, y lo expuesto con anterioridad por los investigadores, este trabajo presenta una propuesta de intervención como herramienta del tratamiento integral del TDAH en niños para lo cual es necesario revisar aspectos concernientes al trastorno, lo cual se hará en el desarrollo de esta tesina.

Empezando con el capítulo 1, el cual hace un recorrido de los antecedentes del TDAH, su definición y al mismo tiempo, se presentan las teorías que hablan de su etiología multifactorial e incidencia.

En el capítulo 2 se exponen los tipos de tratamiento que tienen injerencia en el TDAH, tales como el médico (psicofarmacológico), el

tratamiento psicosocial con propuestas como la psicoeducación, la psicoterapia y algunas técnicas conductuales.

Las técnicas de relajación, son la razón de ser del capítulo 3 y en él se describen sus antecedentes, definición, procesos fisiológicos; el papel que tienen de manera general en el ámbito de la salud y de forma especial, como herramienta de trabajo para el tratamiento del TDAH.

El capítulo 4 es el desarrollo de la propuesta de esta tesina. En él se desglosa un taller de capacitación dirigido a padres de familia y profesores en la aplicación de la respiración diafragmática y visualización como herramientas complementarias en el tratamiento transdisciplinario del TDAH en niños.

CAPÍTULO 1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 Antecedentes históricos

Para conocer lo que actualmente es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), su etiología, diagnóstico y tratamiento, es necesario remontarse a los hechos que cimentaron sus bases y que han propiciado el desarrollo de este a través del tiempo.

La primera descripción de este trastorno, de acuerdo a Parellada (2009), fue realizada por el doctor Heinrich Hoffman –fundador del primer hospital psiquiátrico en Frankfurt-, quien en 1845 escribió un libro de cuentos infantiles para su hijo, en el cual el protagonista era un niño llamado Felipe (Zappel Philip, Felipe el travieso) quien con su comportamiento impulsivo y su incapacidad de poner atención, escuchar y quedarse quieto, traía a su familia de cabeza.

Barbosa(2000), indica que a finales del siglo XIX, Maudsley y Bourneville también realizaron descripciones del TDAH, al cual le pusieron por nombre “niño inestable”.

Sin embargo, la primera descripción clínica de lo que hoy día se conoce como TDAH, fue hecha en el año de 1902 por George Frederik Still, debido a un trabajo que realizó con una veintena de niños a los cuales describió como niños hiperactivos, de temperamento violento, revoltosos, agresivos, perversos, desafiantes, destructivos, resistentes a la disciplina, inquietos, molestos, con incapacidad para conservar la atención e incluso que podían presentar movimientos coreiformes; todo ello los disponía a problemas escolares y de conducta por lo que creyó que padecían un defecto en el control “moral”. Debido a estas características, Still suponía que el

cuadro clínico estaba fundamentado en aspectos genéticos, biológicos y en algunos casos en situaciones pre o posnatales(Quirós, 2000).

Desde entonces, el TDAH comenzó a padecer diversas y significativas transformaciones en cuanto a términos se refiere, debido a que en el cuadro clínico las variaciones eran mínimas.

Por ejemplo,Sánchez y Ruíz (2007), citan que en un libro escrito porTregold, en 1908, titulado Deficiencia mental, en el que hizo la descripción de niños que presentaban características de hiperactividad y daño cerebral mínimo, a los cuales nombró portadores de “alto grado de debilidad mental”. Acentuaba que eran propensos a tener un comportamiento criminal pese a que el ambiente en el cual estuvieran fuese adecuado y esto era debido a que padecían una “anormalidad orgánica de los niveles cerebrales superiores”. A su vez, creía que el “sentido de la moralidad” estaba ubicado en áreas de nuevo desarrollo en la evolución humana y esto las hacía sensibles al daño. También contemplaba la posible eventualidad de que este daño pudiese heredarse de generación en generación, hecho que suscitaba hiperactividad; un modo leve de epilepsia, migraña, neurastenia e histeria, por lo que le dio el nombre de “diátesis neuropática”, “diátesis psicótica” y “blastoforia”.

Posteriormente, entre los años de 1917 y 1918, después de la epidemia de encefalitis que afectó a muchos niños a nivel mundial, se descubrió que los sobrevivientes presentaban consecuencias en su capacidad cognitiva y en su conducta, las cuales incluían muchas de las características que hoy se consideran parte del TDAH (Adame, 2002).

Con base en lo anterior, los resultados del estudio de L. B. Hohman (1922, en Elías 2005), informaban que las consecuencias de la encefalitis viral eran: irritabilidad, hiperactividad, problemas de atención y pobre control motor; éstas, fueron tomadas como características del TDAH y debido a su origen (encefalitis) le dio el término de “estadio posencefalítico”. Al mismo tiempo, según Barbosa, (2000), dichas secuelas constituyeron el punto

central para los estudios de Stoker y Ebaugh(1923) quienes con los resultados de sus investigaciones contribuyeron a darle un nuevo nombre al TDAH “estadios de traumatismos cerebrales”.

Ahora bien, respecto al tratamiento del TDAH, Singh (2008), puntualiza algunos datos, los cuales aseguran que en un estudio realizado en la década de los años 30 por el médico Charles Bradley de Oregón, este reportó por primera vez la utilización de benzedrina (una droga estimulante) en un grupo de 30 niños entre los 5 y 14 años; quienes tenían una amplia gama de problemas conductuales, pero con inteligencia normal. Los resultados fueron, que la mitad de los niños presentaron una motivación inusual en el trabajo y también un incremento en habilidades como la lectura, la comprensión y la aritmética. Por su parte, en sus respuestas emocionales, Bradley reportó que estos niños eran más apacibles y fáciles de tratar.

Retomando el curso histórico del concepto del TDAH, Elías(2005), hace referencia a las observaciones de Kahn y Cohen de 1934, los cuales le tomaron mayor importancia a las características de impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial y labilidad emocional, por lo que describieron a este como “síndrome de impulsividad orgánica”.

Por otro lado, en un estudio de Laretta Bender (1942, en Barbosa 2000), el cual seguía una línea neurológica, concluye denominando al ahora TDAH, como “reacción de personalidad tipo psicopática con hipercinesia”. Cabe resaltar que la contribución de Bender fue la introducción del término hepercinesia, el cual desde un punto de vista neurológico, ha sentado las bases para diversos estudios.

A inicios de 1940 investigadores del Wayne Country Training School (Michigan) estudiaron los efectos psicológicos del daño cerebral en niños con retardo mental, entre los síntomas estaba la hiperactividad y la desatención. En 1947 el trabajo fue terminado con la publicación de “*Psicopatología y educación de los niños con daño cerebral*” misma que cimentó la utilización del término “lesión cerebral mínima” (Walker, 2004).

Asimismo, Sánchez y Ruíz (2007), refieren que en los estudios de Alfred Strauss y Heinze Werner se evaluaron a niños con lesiones cerebrales a los cuales clasificaron (de acuerdo a los antecedentes personales y de desarrollo) en dos categorías: los que tenían daño demostrable en el cerebro y los que no. Compararon a ambos grupos en el aspecto cognitivo y emocional y encontraron que el primer grupo (niños con antecedentes de daño cerebral) presentaba mayor intensidad de distractibilidad, hiperactividad, trastornos de la percepción, rigidez, labilidad emocional, impulsividad, y perseverancia. En el segundo grupo también había niños hiperactivos e impulsivos, pero como no existían bases de daño cerebral evidente, se les catalogó como niños con “daño cerebral mínimo”.

En lo que respecta al tratamiento, Gratch (2003), indica que en 1950 se introdujeron fármacos antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del humor para medicar a niños y adolescentes. Por su parte, Walker (2004), hace referencia a las aportaciones de Gölinitz y Laufer quienes, entre 1954-1957, identificaron el “síndrome hiperquinético o trastorno del impulso hiperquinético” y entonces la hiperactividad llegó a ser el centro de medicación estimulante, hecho que se avaló en el primer texto de investigación en el área de psicofarmacología presentado en 1957. Sin embargo, no fue sino hasta el año de 1961 cuando se utilizó por vez primera el Ritalín para tratar la hiperactividad.

En la medida que transcurrían los años, las investigaciones respecto al TDAH se iban diversificando tal como lo mostró el trabajo de Laufer y Chess (1957) quienes dieron una importante y trascendental aportación en cuanto a la definición de “síndrome hiperquinético”. Este hecho contribuyó en gran medida a la elaboración de herramientas de evaluación como la escala de “Conners” -la cual medía estandarizadamente conductas propias de la infancia- (Sánchez & Ruíz, 2007).

Posteriormente, en el estudio de Clements y Peters (1962, en Lozano 2000), se reportó que el origen del trastorno funcional se debía a la inmadurez o posible disfunción de la corteza cerebral (área primaria de

aprendizaje) por lo que le dieron el nombre de “disfunción cerebral mínima”. Sin embargo, dichos autores admitían que varios niños con este síndrome no presentaban signos de daño cerebral. Rodríguez-Sancristán (1995), indica que Clements se basó en las características previas que describían a la disfunción cerebral mínima para recalcar que los niños con dicha disfunción padecían trastornos específicos del aprendizaje y emocionales; discapacidad y dificultad para mantener la atención, así como problemas para controlar la impulsividad; resaltando que ninguna situación era independiente de la otra.

Cabe señalar que los años sesentas fueron de gran trascendencia para el trastorno por déficit de atención dado que florecieron un gran número de aportaciones las cuales, de acuerdo a Quirós (2000), sentaron las bases para hacer la diferencia de la hiperactividad respecto al daño cerebral y, fue precisamente en ese tiempo que dicho término se comenzó a abandonar debido a que no era correcto decir que los niños que presentaban problemas de conducta tenían daño cerebral.

Lozano (2000), indica que este hecho también se ve reflejado cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A. por sus siglas en inglés), publica, en 1968, la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II por sus siglas en inglés), registrando por primera vez, al ahora llamado TDAH, como “síndrome del niño hiperactivo”.

Por otra parte, tal como lo mencionan Sánchez y Ruíz (2007), a partir de 1969 y debido al perfeccionamiento de estudios electroencefalográficos y a las contribuciones de la epidemiología, la neuroquímica, neurofisiología y neuropsicología, el TDAH empieza a tener más sustento e interés científico.

Así pues, con el estudio de Douglas y cols. (de los años setentas, en Beltrán, 2006) se dio un cambio fundamental respecto al TDAH, puesto que ellos describieron los déficits cognitivos vinculados a la hiperactividad. Douglas concluyó que el déficit primordial se encontraba en la atención sostenida y no en la distracción. También, documentó los buenos efectos del metilfenidato sobre la atención y la deficiencia entre el control de impulsos y

los problemas de conducta. Estos estudios llevaron a que en 1980 el DSM III publicara el término “déficit de la atención, con y sin hiperactividad”.

Desde su primera descripción clínica hasta los años ochentas, el TDAH sufrió diversos cambios en cuanto al concepto y sintomatología, mismos que pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1.

Sinopsis de la evolución histórica del concepto de ADHD (modificado de Swaiman Kenneth F. en Benasayag, 2011).

Problemas generalizados de conducta	“Modelos de Daño Cerebral” -1902- MBD Perseveración, exabruptos, hiperactividad, olvidos, torpeza motriz, dificultades perceptuales, irritabilidad, impulsividad.				
Componentes descriptos	“Injuria o Disfunción Cerebral Mínima” -1957- MCD				
	Déficit en el aprendizaje	Disfunción neurológica		Alteraciones en la conducta	
Conducta + aprendizaje // Desaparece: disfunción neurológica	Dificultades específicas del aprendizaje			Perturbaciones específicas de la conducta	
Especificaciones en área de la conducta	Hiperactividad	intranquilidad	impulsividad	agresión	períodos cortos de atención
Síntesis en la conducta	hiperactividad		impulsividad	falta de atención	
Se construye una ENTIDAD GLOBALIZADORA: A.D.H.D. -1980- (DSM III) En el DSM III-R 1987: se especifican las características incluidas en cada ítem.					

De igual manera, en 1980, nació en Estados Unidos una asociación de niños, padres y adultos que agrupaban a personas con déficit de atención. Sumado a esto, aparecieron en escena otros aspectos que coadyuvaron a buscar causas y métodos de evaluación para el TDAH. Por otra parte, fueron las investigaciones de Lou y colaboradores, que en 1984 trabajaron en medir el flujo cerebral, lo que sirvió para hacer énfasis en posibles diferencias anatomopatológicas en las áreas frontal y prefrontal del cerebro. En esta misma línea, a inicios de 1990, Zametkin trabajó con la tomografía por

emisión de positrones en la búsqueda de causas fisiológicas del trastorno (Walker, 2004).

Ahora bien, en cuanto al esclarecimiento del cuadro clínico y clasificación del TDAH, Quirós (2000), hace referencia a que el DSM III-R en 1986 volvió a poner atención a la hiperactividad y estableció el nombre oficial de “trastorno del déficit de atención hiperactivo”.

Mientras quede acuerdo a Beltrán (2006), la Clasificación Internacional de las Enfermedades mentales en su décima edición (CIE 10), lo introdujo en el apartado de “trastornos hipercinéticos” en el que incluyó: “trastornos de la actividad y de la atención”; “trastorno hipercinético-disocial”, “otros trastornos hipercinéticos” y “trastorno hipercinéticos sin especificación”

En el mismo tenor, el DSM IV (1994, en Barbosa, 2000), incorporó al déficit de atención como “trastorno por déficit de atención con Hiperactividad” dividiéndolo en 3 subtipos, dependiendo el predominio: “tipo combinado”, “tipo inatento” y “tipo hiperactivo-impulsivo”.

El desarrollo en cuanto al concepto, origen, clasificación y tratamiento del TDAH no ha sido fácil, debido a que ha habido muchos cambios producto de las investigaciones que auxiliadas del desarrollo de la tecnología, le han dado rigor científico al trastorno y al mismo tiempo, permiten que en la actualidad se siga indagando, en aras de obtener nuevos conocimientos que permitan un mejor y oportuno diagnóstico, así como su tratamiento.

1.2 Definición del trastorno por déficit de atención

Aunque pareciera que en la actualidad no existe un consenso de lo que es el TDAH, debido a que cada autor utiliza la definición que encuentra más útil. A continuación se citarán algunas de las más utilizadas por los expertos en el tema.

El ADD o ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella) es un trastorno en el que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades físicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno (Gratch, 2003 p.24).

“...cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes, pero que poco tienen que ver con el niño travieso o malcriado...” (Orjales, 1999 p.19).

“...grupo nosológico que empieza en la infancia y se caracteriza, fundamentalmente, por la inestabilidad motora, la dificultad para mantener la atención en las tareas que la requieren y la impulsividad”(Barbosa, 2000 p.429).

“trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad” (Quirós, 2000 p.20).

“...alteración no de una sola función unitaria, sino de un conjunto de funciones cognoscitivas diversas pero relacionadas” (Brown, 2003 p).

“...serie de manifestaciones del orden de la conducta y la atención, caracterizados principalmente por hiperactividad, desatención e impulsividad” (Walker, 2004 p.15).

Sin embargo, en la actualidad se cuenta con dos definiciones del TDAH que a nivel mundial son las más aceptadas y utilizadas. Estas son las del DSM IV-TR y la CIE10. De acuerdo a Elías (2005), la CIE-10 lo define como:

Un *trastorno hiperquinético*, enfatizando la presencia, directamente observable, de niveles anormales de inatención e hiperactividad, tanto en el hogar como en el ámbito escolar. Por su parte, el DSM-IV define esta entidad como *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, señalando que estos síntomas pueden estar presentes en dos o más ámbitos sin que se precise su observación clínica directa (p. 20).

De acuerdo al DSM IV-TR (2002) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar...” (p. 97).

1.3 Etiología (factores que influyen en el desarrollo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad)

En el curso histórico del TDAH, han surgido muchas teorías que buscan explicar su origen, algunas han sido rechazadas por carecer de un sustento científico; sin embargo, las que sí lo tienen continúan vigentes y son las que se abordarán en este capítulo.

De acuerdo a Benassini(2002), en la actualidad no resulta fácil hablar respecto a que sea una sola causa la que provoca daños a la salud en cualquier nivel, por ende, los estudiosos de ésta han propuesto un origen multicausal. A cada una de estas causas le dan el nombre de factor y coinciden en que los problemas de salud son la suma de un número determinado de factores causales en un individuo. Ese es el caso también del TDAH, que con el fin de darle claridad a su origen, los expertos en el tema han agrupado, y de esa manera, estudiado algunos de los factores causales reconocidos como de mayor relevancia.

1.3.1 Factores genéticos

Esta posición defiende la presencia destacada de un factor genético como causa del TDAH y se fundamenta en diversos estudios de los cuales a continuación se habla.

De la Garza (2005), señala que existen estudios llevados a cabo en los familiares de niños con TDAH los cuales afirman que los hermanos de niños con TDAH son de cinco a siete veces más propensos a desarrollar este trastorno, en comparación con los niños que no cuentan con antecedentes familiares en este aspecto.

De acuerdo a Mayén y Urraca(2007), cuando un niño tiene un pariente con TDAH, el riesgo de padecerlo aumenta entre más cantidad de genes compartan entre sí y esto sucede con los parientes en primer grado (papás, hermanos e hijos); mientras que con los de segundo grado (abuelos, tíos, sobrinos y medios hermanos) baja el riesgo debido a que con ellos sólo comparten el 50% de la carga genética. Al respecto, el DSM-IV-TR (2002) ha

señalado que el TDAH es más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de niños con este trastorno, que en la población general.

Las investigaciones hechas con muestras clínicas han arrojado el resultado que los niños de padres con TDAH tienen un riesgo entre 2 y 8 veces superior al de la población normal de padecer el trastorno. Recíprocamente, se calcula que el riesgo para un niño de sufrir el trastorno (si uno de sus padres lo padece) es de 57% (Ochoa & Valencia, 2009).

Los resultados de la mayoría de las investigaciones refuerzan lo anterior y de manera general sostienen que del 55% al 92% de los casos que presentan el TDAH es a causa de los genes maternos o paternos. Esto específicamente, lo expone Benassini (2002) cuando hace referencia a una investigación realizada por Biederman en 1989, en la cual concluyó que la probabilidad determinante de presentar TDAH en la familia, se incrementa cuando el lazo familiar es más cercano, hecho que también se corrobora en las investigaciones que se han realizado con gemelos monocigotos y dicigotos.

1.3.1.1 Estudios en gemelos monocigotos

Van-Wielenk, (2004), muestra que en una investigación con gemelos realizada por Goodman y Stevenson en 1989, se determinó que en gemelos monocigotos (provenientes de un mismo óvulo fecundado y que por lo tanto comparten la misma información genética), si uno es diagnosticado con TDAH, su gemelo en el 92% de los casos también lo presentará; es decir, que cuando ambos gemelos tienen información genética idéntica, (pese a que su desarrollo sea en familias distintas, como es en el caso de la adopción), ambos tendrán TDAH.

Por su parte, en el estudio de hermanos gemelos realizado en Estados Unidos, participaron 30.000 pares de mellizos (incluido un hermano con TDAH) y las conclusiones relataron que cuando un gemelo idéntico padece TDAH, el otro gemelo tiene entre un 70 y 80% más de probabilidad de padecerlo (Walker, 2004).

Sumadas a las investigaciones antes mencionadas, Benassini (2000) refiere que en el estudio de Gjone, Sundet y Stevenson de 1991 se obtuvo una concordancia en el diagnóstico entre gemelos monocigotos del 80%. A su vez, los resultados de la investigación de Saito, en el año 2000, revelaron que el factor herencia en los gemelos monocigotos fue de entre 45 y 100%.

1.3.1.2 Estudios en gemelos dicigotos

En contraste, en estudios realizados en gemelos no idénticos (provenientes de distintos óvulos fecundados y que no cuentan con la misma información genética), Van-Wielenk (2004) indica que en la investigación de Goodman y Stevenson se demostró que cuando un “cuate” presenta TDAH, su similar tiene el 33% de probabilidad de presentarlo. Asimismo, Saito (2000, en Van-Wielenk), en los resultados de su investigación reporta una probabilidad del 20% de presentar TDAH. Cabe resaltar que en las dos investigaciones anteriores se encontraron los mismos resultados, los cuales indicaron que de los gemelos no idénticos sólo una tercera parte de ellos presenta TDAH.

Esto lo fortalece Ochoa y Valencia (2009) quienes mencionan que en otros estudios de concordancia genética para el diagnóstico en gemelos dicigotos, la tasa de correlación es de 25% a 40% debido a que solo comparten el 50% de sus genes.

Pese a lo novedoso de sus estudios a los investigadores del factor genético se les critica el hecho de que al hacerlos, no toman en cuenta factores ambientales que pueden influir en la presencia y/o desarrollo del TDAH.

1.3.2 Factores neuroquímicos

Esta hipótesis, que surgió en los años setentas, está basada en la deficiente producción y distribución alterada, principalmente de los neurotransmisores: dopamina y noradrenalina. Diversas investigaciones han coincidido en apuntar que en las personas con TDAH existe una alteración en

la cantidad y balance de la dopamina y noradrenalina (Miranda, Amado & Jarque, 2001).

De acuerdo a Parellada (2009) y Pérez-García & Ornelas-Arana (2007), la deficiencia consiste en que, por un lado, la liberación de dopamina, la cual es responsable de los procesos de activación/inhibición motora (es decir, que actúa como un sistema que elimina los movimientos innecesarios para de esta manera modular la atención focalizada a la vez que facilita el comportamiento motor guiado) y, por el otro, la noradrenalina, responsable de la alerta sensorial y de modular los cambios rápidos de atención sobre todo los ligados a la visión periférica, (significa que opera como un sistema de reacción rápida que capta la atención y la alerta en situaciones de peligro o emergencia); lo cual explicaría que la deficiencia de los dos neurotransmisores hace difícil que el organismo mantenga la estimulación adecuada de las neuronas, lo que se refleja en un estado de hipervigilancia en el cual las personas reaccionan de forma exagerada a estímulos sensoriales, conducta que no presentan los individuos sin TDAH.

Es evidente que ha habido inconsistencia en algunos resultados de las diferentes investigaciones en neuroquímica pero, haciendo un esfuerzo por reconciliar los hallazgos de estas, puede decirse que se enfocan a pensar que:

1. Una desregulación de la noradrenalina podría ser responsable de la disrupción del sistema de atención de la corteza.
2. La disfunción de la dopamina condicionaría una alteración en las funciones ejecutivas mediadas por la zona frontal de la corteza (la organización, el planeamiento, la puesta en marcha, la verificación y rectificación).
3. El desbalance adrenérgico podría minar las funciones psicológicas necesarias para responder apropiadamente a los estímulos ambientales (Guerci, 2007).

1.3.3 Factores biológicos

Hasta hace pocos años se creía que los factores traumáticos perinatales eran los responsables del desarrollo del TDAH y de los síntomas vinculados a este, sin embargo en la actualidad se le da mayor relevancia a los factores prenatales y perinatales que de acuerdo a Amador, Forns y González (2010), el porcentaje oscila entre el 9% y el 20%

Lo anterior se fundamenta en investigaciones que sostienen que el desarrollo cerebral en el vientre materno necesita del eficaz acomodo de neuronas jóvenes que viajan desde el tubo neural hasta el área en donde finalmente se instalarán, ya ubicadas ahí, las neuronas realizarán conexiones sinápticas con otras a lo largo de toda su vida, siendo más abundantes durante los primeros años (De la Garza, 2005).

Sin embargo, este recorrido se puede perjudicar por algunos factores como:

- Consumo de alcohol, abuso de drogas, tabaquismo e intoxicación crónica por plomo durante la gestación, lo cual tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central del feto. La situación es seria debido a que entre el 16% y 20% de las mujeres embarazadas fuman tabaco; 16% bebe alcohol y de 1% a 10% consumen cocaína. Pagliaro, A. y Pagliaro, L. (1997, en Van-Wielienk 2004).
- En lo que respecta la ingesta de alcohol, Gutiérrez (2007), recalca que los efectos que el alcohol provoca en el feto varían de acuerdo a la dosis, puesto que el TDAH es más severo cuando la madre lo ingiere a lo largo del embarazo que cuando esta interrumpe su consumo a mitad de la gestación. En este sentido, Pascual-Castroviejo (2008), revela que en 40% de los casos de personas con TDAH, sus madres ingirieron alcohol de forma exagerada durante el embarazo. Asimismo, Rickel y Brown (2007), menciona dos investigaciones, la primera de ellas, fue realizada por Knopik y colaboradores en 2005, donde encontraron que la dependencia del alcohol del niño y la madre,

incrementa la posibilidad de que los niños sean diagnosticados con TDAH. La segunda, hecha por Jester, Nigg, Adams, Fitzgerald, Puttler, Wong y Zucker en 2005, quienes llevaron a cabo un estudio longitudinal en una muestra de 335 niños afectados por el alcoholismo de sus padres y, los resultados fueron que los bajos niveles de estimulación intelectual y apoyo emocional antecedian a problemas asociados con la inatención y la hiperactividad.

- En lo concerniente al uso de cocaína en el periodo prenatal, el estudio de Fierro y Demsey (1999, en Van-Wielenk 2004) menciona que es considerado una causa potencial del TDAH.
- Referente al consumo de tabaco, Roselli, Matute y Ardila (2010) comentan los resultados de dos estudios de 174 casos de niños con TDAH y 129 controles, en los que 47% de las madres de niños con TDAH fumaron durante el embarazo mientras que de las madres controles sólo lo hicieron un 24%. Además, desde hace ya mucho tiempo se sabe que el grupo de madres fumadoras, paren hijos con bajo peso (de 200 a 300 gramos comparados con el grupo de las madres que no fuman), lo que significa una probabilidad de 2 a 5 veces más la presencia de TDAH en los hijos del primer grupo (Pascual-Castroviejo, 2008)
- En lo que atañe a la intoxicación por plomo, Freides (2002), sugiere que es controvertida debido a que no existe relación entre los niveles de plomo en el cuerpo y los índices de TDAH.
- Complicaciones del embarazo y el parto. Con base en lo que sostiene Amador et al. (2010), el TDAH se debe a factores prenatales y perinatales en un rango de 9% a 20%. Ellos sostienen que las madres de niños con TDAH muestran mayor número de complicaciones en el embarazo y el parto; algunas de estas son: toxemia, hemorragias, eclampsia, amenaza de parto prematuro, sufrimiento fetal, problemas

de salud de la madre –infecciones virales, mala alimentación-; anoxia o hipoxia prolongadas, etcétera, las cuales pueden causar lesiones cerebrales en diversos momentos críticos del desarrollo (el parto, durante y después de este) y por lo tanto son factores de riesgo vinculados al TDAH. Referente al nacimiento prematuro, Pascual-Castroviejo (2008) puntualiza que el riesgo de presentar TDAH de subtipo hiperactivo es alto y que la gravedad de la sintomatología aunada a la prevalencia serán más intensas entre menos semanas de gestación y peso al nacer tenga el niño y, si presenta complicaciones neonatales.

- Bajo peso al nacer. En un estudio realizado en 252 niños con TDAH y 231 controles, Mick, Biederman, Prince, Fischer y Faraone (2002, en Rickel y Brown 2007), refiere que la probabilidad de que las personas con TDAH presenten bajo peso al nacer, es tres veces mayor comparado con el grupo control; Amador et al. (2010), sostiene que el bajo peso al nacer explica casi el 14% de los casos de TDAH.

Al parecer el factor biológico es uno de los más fuertes puesto que cuenta con un amplio número de investigaciones que lo sustentan; cabe resaltar que en la mayoría de éstas los resultados se inclinan a contemplar tres o más de los elementos anteriores como factores que pudieran aumentar el riesgo de padecer TDAH (en conjunción con factores genéticos) porque por sí solos, no son determinantes y tampoco tienen una relación suficiente con el hecho de presentarlo (Parellada, 2009).

1.3.4 Factores ambientales

Esta teoría sugiere tomar en cuenta diferentes variables ambientales para explicar el origen del TDAH, haciendo la aclaración de que éstas no son las causantes directas, pero que sí influyen el desarrollo y curso de la sintomatología, ya sea de manera positiva o negativa, lo cual a su vez afecta el pronóstico de los problemas comportamentales e interpersonales.

Dentro de éstas variables se encuentran los modelos educativos y paternos; el bajo estatus socioeconómico y el estrés al que se enfrenta la familia. A estas variables se agregan los recientes cambios que la sociedad ha venido experimentando, tales como el trabajo sedentario que exige una concentración mental prolongada, la gratificación instantánea que proporciona la tecnología electrónica; las altas tasas de divorcio y el estrés que supone para las familias el desempeño profesional de ambos padres mermando el cuidado y atención a los hijos (De la Garza, 2005; Miranda et al., 2001). Por su parte, Rickel y Brown (2007), sostienen que dentro de los componentes ambientales también se encuentran los trastornos del desapego, el respaldo y los logros educativos; la calidez, los niveles de conflicto familiar; el consumo de sustancias por parte del cuidador, así como también, el trauma por maltrato infantil. Por otro lado, Benassini (2010) puntualiza otras variables a las que se enfrenta el niño con TDAH por ejemplo, el vivir de manera constantemente en una atmósfera, ya sea familiar o escolar demandante y rígida; su exposición frecuente con el fracaso académico, el rechazo por parte de sus padres y otros parientes, así como el de maestros, cuidadores y compañeros lo que afecta de manera negativa su autoestima, concepto de sí mismo y seguridad -complicando aún más el cuadro de TDAH-.

De este modo, Amador et al. (2010), han agrupado a dichas variables en dos grupos, el primero de ellos llamado factor de protección o de mantenimiento donde se encuentran las prácticas educativas y la calidad de las relaciones interpersonales y, el segundo, el factor de riesgo o protección que tiene que ver con el CI y edad de la mamá; las situaciones sociales y familiares caóticas (estilos de crianza, agresión, maltrato, abandono; mala económica, bajo nivel de estudios, etcétera).

En este punto, es imprescindible mencionar también, algunos hechos referentes al maltrato. Rickel y Brown (2007), por ejemplo, mencionan que en una investigación realizada por Ford, Racunsin, Ellis, Davis, Reiser, Fleischer y Thomas en 2000, en la que revisaron los datos de 165 admisiones consecutivas de consultas psiquiátricas externas para niños, descubrieron

que el TDAH se relacionaba con el maltrato físico o sexual. En este aspecto, Rickel y Brown (2007), sugieren que las secuelas del maltrato infantil pueden incluir el desarrollo de TDAH, debido a que como lo demostraron Becker-Blease, Freyd y Pears en 2004, los niños pueden usar la atención dividida para separar la información perturbadora, de la consciencia.

Todos los factores de riesgo y mantenimiento anteriormente citados, no pueden hacerse a un lado, al contrario, deben de tomarse en cuenta al momento de hablar del TDAH, puesto que, de acuerdo a Benassini (2010), hacen más grave la expresión de este, o bien, contribuyen a atenuarlo; sin embargo, de ninguna manera pueden ser considerados un factor etiológico puro y determinante (Amador et al. 2010).

Es importante destacar que se trata de un síndrome clínico que tiene una etiología combinada y distinta entre la gente que lo presenta y, aunque predomine la influencia biológica y genética, también deben de tomarse en cuenta los factores pre y perinatales; ambientales, neuroquímicos y neurobiológicos en pro de acercarse al origen de este y que esto sirva de base para elegir el tratamiento de acuerdo a las peculiaridades de cada caso.

1.4 Prevalencia

Diversos especialistas en el área de la salud han referido que el TDAH es de los trastornos infantiles que con más frecuencia se diagnostica por psicólogos, psiquiatras, neuropediatras, pediatras y médicos familiares (aunque estos dos últimos no estén facultados para hacerlo) y la mayoría coincide que entre 3% y 7% de la población escolar presenta este trastorno (Mendoza, 2003). En seguida se revisarán algunos datos mostrados por los estudiosos del TDAH respecto a la prevalencia.

Barkley (2006, en Rickel y Bown 2007) estima que el TDAH se presenta en alrededor de 3% a 7.5% de la población en edad escolar. Por su parte, Parellada (2009), indica que en múltiples estudios (hechos en diversos países y continentes) realizados por Spencer et al., 2007, encontraron que el

TDAH es el trastorno de conducta más frecuente en la infancia con una prevalencia de 4%-7%. Al respecto, Solloa (1995), estima que entre 3% y 10% de los niños en edad escolar presentan este trastorno, el cual frecuentemente se encuentra acompañado por problemas de aprendizaje.

En el mismo sentido, Amador et al. (2010), revela que los estudios llevados a cabo en los últimos años, encontraron que el TDAH se presenta en todos los países y etnias estudiadas. Además, señala que cuando se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-IV la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes oscila entre el 3% y 6% (siendo el tipo combinado el más frecuente, debido a que afecta entre el 50% - 75% de la población); y, por el contrario, cuando se diagnostica con base en la CIE 10, dicha prevalencia disminuye y fluctúa entre el 1,5% y 2,5% de niños en edad escolar.

El estudio de Polanozyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde (2007, en Sciberras et al., 2013), menciona que el TDAH es el desorden de neurodesarrollo más común, afectando al 5% de la población infantil a nivel mundial. Asimismo, la A.P.A. (1994, en Bruchmüller, Margrafy Schneider 2011), asevera que el TDAH afecta entre un 2% y 7% de la población alrededor del mundo.

En lo que respecta a México, Palacios-Cruz et al. (2011) estima que de los 33 millones de niños y adolescentes del país, 1.5 millones de ellos pudieran ser diagnosticados con TDAH; Ruíz (2007), comenta que hay cerca de 1 millón 500 mil niños portadores de TDAH y, finalmente, Ochoa y Valencia (2009) señalan que, en este mismo país, se ha calculado que entre el 3% y 5% de niños en edad escolar pueden presentar el trastorno.

La tabla 2 recupera un resumen de la prevalencia del TDAH en diferentes países de acuerdo a la persona que proporciona la información acerca del trastorno.

Tabla 2.

Tasas de prevalencia del TDAH en diferentes países según informante (Amador et al. 2010).

Informante	País	Tasa de prevalencia
Padres, profesores	Australia	1-9%
	Brasil	3-18%
	Canadá	3-9%
	China	6-9%
	Población China emigrada a EE.UU.	2-9%
	Colombia	12-20%
	España	3-8%
	EE.UU.	5-10%
	Países Bajos	1-3%
Persona Evaluada	EE.UU.	2.9-3.9%
	Italia	1-7.4%
	Nueva Zelanda	8.1-9.7%

Fuente: Sintetizado a partir de varios estudios epidemiológicos y de prevalencia del TDAH

Por otra parte, por lo que atañe al género, la APA (1995, en Miranda et al., 2001) publicó los resultados de un estudio que muestran que el TDAH es más frecuente en varones que en mujeres y la proporción es de 9 a 1 en población clínica, mientras que en población normal la proporción puede estar alrededor de 4 a 1.

Al respecto, Ruíz (2007) afirma que a pesar de que la prevalencia respecto al género depende del lugar y de la población estudiada, la manifestación entre varones y mujeres (específicamente en la hiperactividad) es de 2 a 1 y, hasta de 4 a 1. Por su parte, Ochoa y Valencia (2009) explican que el TDAH afecta a niños –varones- hasta 3 y 4 veces más que a las niñas.

De manera general, el TDAH es más frecuente en varones, dependiendo del subtipo, en proporción de 2 a 9 hombres por cada mujer. El subtipo inatento es el de mayor correspondencia entre hombres y mujeres. En este punto es importante considerar que los hombres son comúnmente llevados a consulta a consecuencia de sus comportamientos agresivos, debido a que perturban las clases, en comparación con las mujeres, en las que predominan más los síntomas de inatención, lo cual representa menor

malestar para el desarrollo de la misma y por lo tanto pueden pasar desapercibidas (Parellada, 2009).

Los autores marcan algunas diferencias en los resultados de la prevalencia entre un estudio y otro, sin embargo, dichas discrepancias tienen que ver más con la metodología utilizada, los criterios diagnósticos, la fuente de información, los instrumentos de evaluación empleados, la cultura y situación geográfica (Amador et al. 2010)

Por lo tanto, aunque existan divergencias en cuanto a las cifras que indican la prevalencia del TDAH, éstas no parecen ser de sumo valor para modificar los porcentajes de la población y género a que afecta, puesto que la constante en todas las investigaciones indican que es el sexo masculino a nivel mundial quien presenta mayor predisposición para dicho trastorno en un porcentaje del 3% al 9%.

CAPÍTULO 2

TIPOS DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Después de incursionar en el conocimiento de la etiología, sintomatología y diagnóstico del TDAH, ha sido difícil establecer una única forma para tratarlo, por tanto y debido a la diversidad de las áreas que afecta este trastorno, es necesario tomar en cuenta los diversos métodos existentes que contribuyen al mejoramiento de quien lo padece (De la Garza, 2005).

2.1 Tipos de tratamiento

Diversos especialistas coinciden en que la medicina tradicional y la psicología por sí solas y en forma aislada no son suficientes para abordar de forma integral el tratamiento del TDAH, al contrario, ellos afirman que el tratamiento tiene más éxito cuando se aplican una variedad de enfoques, por lo que el experto ha de recurrir a las diferentes propuestas con que se cuenta en la actualidad y no soslayar ninguna de ellas, ya que en la mayor parte de los casos, se necesita trabajar con más de un enfoque, lo cual conduce a la búsqueda de un tratamiento transdisciplinario encaminado a la recuperación del paciente con TDAH (Walker, 2004).

Por ejemplo, Rickel y Brown (2007), sustentan que para tratar los síntomas del TDAH y la incapacidad funcional que esta trae consigo, lo mejor es combinar las intervenciones existentes.

Asimismo, lo expuesto por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997 (en Van-Wielienk 2004) hace referencia a que las personas que están implicadas en el tratamiento del TDAH son el paciente, la familia; los profesores, terapistas, psicólogos, médicos y otros profesionistas y que por lo tanto, el tratamiento más efectivo es integral, puesto que se requerirán técnicas especializadas para la modificación de la conducta, educación especializada, terapia emocional, terapia

neuropsicológica, terapia de lenguaje, uso de fármacos etcétera, todo ello de acuerdo a las necesidades de cada caso y es justamente aquí en donde entra la participación de diversos profesionistas de la salud.

Así que como el TDAH no sólo impacta a la persona que lo padece (sino también a la familia, el entorno escolar y de manera global, a la sociedad), el tratamiento se enfoca a tres modelos, el farmacológico, el conductual y el cognitivo (Elías, 2005). De igual manera, Roselli et al. (2010), asevera que el tratamiento adecuado para controlar y prevenir los problemas del TDAH es aquel en el cual se mezclen la medicación, la psicoterapia y la psicoeducación.

Por otra parte, Gratch (2009), asevera:

Ningún tratamiento resuelve TODAS las dificultades de un paciente con ADD-ADHD (la impulsividad, la inatención y la hiperactividad) y todos los problemas derivados o asociados a esa condición. Por lo tanto, los tratamientos deben ser constantemente revaluados y modificados a fin de obtener los mejores resultados (p. 245).

Los tratamientos se dividen en dos grandes grupos; por un lado se encuentran los tratamientos que tradicionalmente han probado su efectividad sustentados en resultados de evidencia científica -como el médico, psicológico y psicopedagógico (Ruíz, 2007); por el otro, desde la perspectiva de A. M. Jorge (comunicación personal, agosto 29, 2013) se encuentran los tratamientos que están en curso de mostrar a través de modelos empíricos y de otras formas de metodología científica (tales como los estudios cualitativos de casos) su eficacia en el tratamiento de este y otros trastornos. Sin embargo, sobre estos tipos de tratamiento aún existen prejuicios respecto a su uso clínico pese a que han demostrado la misma efectividad de los modelos tradicionales y por lo mismo, aún no se les considera una alternativa del todo viable para la atención del TDAH.

En la misma vertiente, Mendoza (2003) y Walker (2004) expresan la visión que tiene la medicina tradicional respecto a los tratamientos alternativos, la cual refiere que estos ofrecen dos opciones, dentro de la

primera, están aquellas que pese a no contar con un riguroso control científico (como las intervenciones dietéticas, aromaterapia, vitaminas y minerales, entrenamiento equino, de escucha, etcétera) no son una amenaza para la salud, de hecho algunas de esas opciones complementan con éxito un tratamiento convencional. En las segundas se encuentran los llamados tratamientos controversiales o alternativos (como las dietas, megadosis de vitaminas, etcétera) los cuales desde el punto de vista de Van-Wielenk (2004) pueden llegar a ser peligrosos tanto para la salud física como mental del paciente.

2.1.1 Tratamiento médico

Los antecedentes de la psicofarmacología del área infanto-juvenil refieren que ésta es relativamente nueva debido a que fue hasta Charles Bradley (1937, en Gratch 2009) quien utilizó sulfato de anfetamina para el tratamiento de 30 niños en edades de entre 5-14 años, los cuales mostraban trastornos de la conducta (que en ese tiempo fueron diagnosticados como daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima) y que con la aplicación del tratamiento médico, demostró que la conducta y la atención de los niños hiperquinéticos mejoraba. Para el año de 1950 se incorporaron fármacos antipsicóticos como la clorpromazina; antidepresivos y el carbonato de litio a la psicofarmacología de niños y adolescentes para posteriormente en 1960 introducirse el uso de benzodiazepinas (diazepán y clordiazepoxido). Asimismo, a mediados de 1970 -en Estados Unidos-, la Ritalina se convirtió en el psicofármaco más utilizado para el tratamiento del TDAH.

En la actualidad, el tratamiento del TDAH con fármacos, tal como lo mencionan Pineda y Rosselli (1997, en Solovieva, Quintanar y Flores 2002), surge del supuesto de la deficiencia de los neurotransmisores, acorde a esto Roselli et al. (2010), subraya que los científicos han comprobado que ciertos fármacos, en especial los psicoestimulantes, son útiles en el tratamiento del TDAH, puesto que modifican la actividad de la dopamina y norepinefrina en el cerebro.

Así, se tienen algunas investigaciones que muestran la eficacia del uso de fármacos en el TDAH, por ejemplo, Brown (2003), afirma que entre el 70% y 80% de las personas con TDAH responden favorablemente al tratamiento farmacológico. Otro dato al respecto lo muestra un estudio hecho de manera paralela por varias universidades de Estados Unidos, llamado Grupo de estudio MTA (1999, en Van-Wielienk 2004), y el cual concluyó que “no existe duda sobre la conveniencia de medicar a los niños y se sabe que, junto con el tratamiento psicosocial (terapia especializada), constituye la mejor manera de tratar el TDA” (P.96). Por su parte, Barkley, DuPaul y McMurray (1990), DuPaul y Barkley (1993, en Solovieva et al. 2002), apuntan que utilizar metilfenidato en el tratamiento del TDAH arroja resultados positivos hasta en el 75% de los casos.

La elección del fármaco a utilizar dependerá de las particularidades de cada caso, es decir; el tratamiento tiene que ser individualizado por lo tanto se debe tomar en cuenta desde la edad del niño, la presencia de trastornos o enfermedades relacionadas (comorbilidad), la respuesta y evolución del TDAH frente al fármaco (efectos secundarios), la dosis adecuada, hasta las secuelas a nivel personal, escolar y social (De la Garza, 2005; Elías, 2005; Ruíz, 2007).

La primera línea farmacológica en el tratamiento del TDAH son los psicoestimulantes; dentro de los más utilizados están el metilfenidato (Ritalin o Ritalina), el sulfato de dextroanfetamina (Dexedrina, Dextrostat) y la pemolina magnesio (Tamilan). Cuando los psicoestimulantes están contraindicados o bien, la respuesta terapéutica no fue exitosa, se recurre a la segunda línea de medicación que son los antidepresivos tricíclicos, entre los cuales están la imipramina (Tofranil), la clomipramina (Anafranil) y la amitriptilina (Trytanol, Usen). En esta línea también se encuentran los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) como la tranilcipromina (Parnate), selegilina (L-Deprenyl) y los antihipertensivos como la Clonidina. La tercera línea de medicación está formada por los antipsicóticos o neurolepticos. Cabe resaltar que éstos deben utilizarse como último recurso, después de haber tratado con los psicoestimulantes, los antidepresivos

tricíclicos y los antihipertensivos, puesto que por su efecto sedativo afecta las capacidades cognitivas (aprendizaje), es decir, sólo mejoran la hiperactividad pero no tiene efectos sobre la atención. Dentro de los neurolépticos más utilizados en el TDAH están el Haloperidol, la Clorpromazina y la Tioridazina (Fisher, 1998; Gratch, 2009; Ruíz, 2007 y Yunes, 2007).

A manera de reflexión, Gratch (2009), recalca lo siguiente referente al tratamiento farmacológico:

Los psicofármacos no son la panacea que resuelve mágicamente todos los problemas ... es mucho lo que se ha avanzado en su conocimiento y utilización en la tarea clínica. Hacer un uso sistemático de estos como único recurso es un reduccionismo inadmisibles e implica renunciar a los probados beneficios de los tratamientos multimodales. ...rehusarse a su utilización cuando conocemos las ventajas que proveen ... puede reflejar una obstinación incompatible con una actitud científica (p. 227).

También Elías(2005), enfatiza que “No existe cura y cualquier tratamiento farmacológico instituido debe asociarse con intervenciones conductuales y cognoscitivas” (p. 84).

2.1.2 Tratamiento psicosocial

Debido a que el TDAH afecta la esfera cognitiva, emocional y social del individuo mermando su interacción con el medio, es necesario contar con herramientas que contribuyan de manera específica a su mejora. Por lo cual, las intervenciones psicosociales representan una excelente opción. Dentro de dichas intervenciones se encuentran la psicoterapia, la orientación conductual, terapia familiar, reestructuración cognitiva, la psicoeducación y, las técnicas de relajación (Amador et al. 2010; Solovieva et al. 2002).

Brown (2003), destaca que las intervenciones psicosociales están enfocadas a personas diagnosticadas con TDAH (ya sean niños, adolescentes o adultos); a los familiares de los pacientes, a los maestros, amigos, entrenadores, cuidadores y a cualquier otra persona que pueda ayudar u obstaculizar el esfuerzo que hacen aquellos que padecen este trastorno por vivir con él.

2.1.2.1 Psicoterapia

La intervención psicoterapéutica es necesaria en el tratamiento del TDAH, porque las personas que lo padecen también presentan otros síntomas como la alteración en el carácter –agresión-, conducta impulsiva y sus repercusiones-, problemas en la convivencia; además de la introyección de los juicios erróneos y sus efectos negativos en el autoconcepto, la autoestima y autoeficacia las cuales son situaciones que el tratamiento médico no resuelve.

Tal como lo menciona Brown (2003), la intervención psicoterapéutica es necesaria desde el inicio del proceso de evaluación y diagnóstico del paciente debido a los conflictos que se puedan dar entre los padres (ya sea que estén juntos, separados o divorciados); con ellos y el paciente, o con otros miembros de la familia, situación resultante del estrés que conlleva el diagnóstico y los tratamientos sugeridos. De igual forma, De la Garza (2005), expresa que la psicoterapia está presente a lo largo de tratamiento, ya que interviene en las crisis que puede presentar la persona con TDAH, por ejemplo en el caso de un niño y su exposición constante a los problemas de conducta, al fracaso académico, al rechazo social considerando que esto causa reacciones emocionales complicadas tanto en él como en su familia, motivo (entre otros) por el cual la psicoterapia también resulta útil.

Mendoza (2003), refuerza lo anterior al señalar que la importancia de la psicoterapia está en que ella promueve mejoría en el paciente en áreas como: autoestima, conflictos familiares o interpersonales, trastornos de aprendizaje y problemas conductuales asociados.

Por lo tanto, el abordaje psicoterapéutico es de vital importancia y Gratch (2009) hace énfasis en que hacerlo desde el momento que inicia el tratamiento transdisciplinario es esencial, porque al trabajar con la impulsividad del paciente, se evita que esta termine siendo un rasgo de personalidad en ellos justificando que la usen como un estilo de vida para enfrentar los conflictos de manera cotidiana.

2.1.2.2 Orientación conductual

Constituye una de las intervenciones más utilizadas para niños con TDAH dentro del sistema escolar y familiar. De manera general, forma un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para el manejo del comportamiento del paciente. De acuerdo al objetivo, se clasifican en tres grupos de técnicas: la primera de ellas tiene como finalidad incrementar las conductas deseadas, la segunda pretende disminuir los comportamientos inadecuados y la tercera se puede emplear tanto para aumentar/mantener como para disminuir/eliminar las conductas (Miranda et al. 2001).

Las técnicas conductuales, según Brown (2000, en Rickel y Brown 2007), son útiles en especial con los niños pequeños siendo las técnicas de excelencia en el manejo de los síntomas del TDAH dado que su línea de trabajo enfatiza la estructura y el refuerzo de conductas positivas; de hecho, Pelham y Wasenbusch (1999, en Rickel y Brown 2007), han insinuado que los efectos de un tratamiento conductual estrictamente controlado equivalen a dosis bajas/moderadas de medicamento estimulante.

Este tratamiento presenta diversas ventajas, debido a que es de fácil implementación, económico y se adapta a diversos contextos. Pero es necesario considerar que para lograr resultados exitosos requiere de constancia, disciplina y rigor.

La tabla 3 muestra algunas de las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de niños con TDAH.

Tabla 3.

Técnicas conductuales para niños con TDAH (Rickel & Brown, 2007).

Técnica	Descripción	Ejemplo
Refuerzo Positivo	Dos premios o privilegios dependiendo del rendimiento de los niños.	El niño completa una tarea y se le permite jugar con la computadora.
Tiempo fuera	Se quita el acceso al refuerzo positivo contingente por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño golpea impulsivamente a un familiar y se le pide que se siente por 5 min en la esquina de la habitación.
Costo de respuesta	Retirar los premios o privilegios contingentes por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño pierde los privilegios de esparcimiento por no terminar la tarea.
Bono Económico	El niño gana premios y privilegios contingentes por la realización de una conducta deseada. Este tipo de refuerzo positivo puede combinarse con el costo de respuesta, donde el niño puede perder privilegios debido a una conducta no deseada	El niño ganará estrellas por completar tareas y pierde estrellas por moverse de su asiento. El niño cambia las estrellas al final de la semana por un premio.

2.1.2.3 Psicoeducación

En los años 80s aparecieron las primeras propuestas psicoeducativas en el ámbito de los trastornos psicóticos, basadas en el descubrimiento de que a más conocimiento de la enfermedad, mejor controlada la emoción expresada y la evolución es favorable (Leff, et al. 1981, en Benassini 2002). Gracias a ello, se inició la investigación sobre los conocimientos que las familias tenían de la enfermedad mental y la manera en que esto modificaba su evolución.

Partiendo del supuesto que la ignorancia o información errónea del TDAH por parte del paciente, la familia y profesores constituye el principal obstáculo para un diagnóstico y tratamiento adecuado, la psicoeducación representa una intervención eficaz para superar esta dificultad. Sobre todo si se toma en cuenta que “la educación es la piedra angular de las intervenciones psicosociales en los niños con TDAH” debido a que minimiza

la conducta disruptiva en casa y aumenta la confianza de los papás en su tarea paterna, aspectos que provocan la reducción del estrés familiar (Kazdin 1997a, b, 2000; citado en González, 2006).

Así, para Schneider (2007), la psicoeducación “consiste en poner en conocimiento de los padres toda la información ... del trastorno ... Diferentes teorías sobre posibles causas que provocan el cuadro. Formas de manifestación. Esquema del funcionamiento de la mente del niño con ADD/H. Aspectos emocionales, sociales, comportamentales” (p.101).

La psicoeducación es un tipo de intervención terapéutica mediante la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, así como entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas derivados de ella. Para Anderson, Reiss y Hogarty (1986, en Benassini 2002), la psicoeducación se basa en el hecho de que los familiares son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan recibir atención y apoyo por parte de los sistemas de salud. De este modo, la psicoeducación busca mejorar el funcionamiento cognitivo y la motivación del paciente con TDAH; mejorar el contacto personal constante y continuo entre éste y su familia; informar a la familia sobre los cuidados específicos y la atención que le deben tener al paciente.

Es menester recalcar que tal y como lo plantea Parellada (2009), los padres tienen un papel esencial en el tratamiento debido a que son los responsables de administrar la medicación de manera correcta, estar al pendiente de sus efectos y, sobre todo, poner en práctica todos los días los planes de tratamiento elaborados para su hijo. Todo esto, con el fin de promover, inducir y mantener la adaptación psicológica individual, familiar y social del paciente con TDAH (Benassini, 2002).

2.1.2.4 Técnicas de relajación

En la actualidad, existe aceptación de las técnicas de relajación en el ámbito de la salud, esto se debe de manera general a los estudios que se han realizado sobre su aplicación. En particular es importante señalar la

investigación que Benson y sus colaboradores realizaron a inicios de los años setenta (en Smith, 1992) acerca de la técnica de la meditación trascendental - que en ese tiempo era una técnica muy popular-. Esta investigación arrojó resultados que demostraban la existencia de cambios fisiológicos (disminución de la tasa cardiaca, disminución de la presión arterial, de la tasa respiratoria y en la actividad de las ondas cerebrales) que indicaron una relajación más profunda. Además esta investigación propició la popularización de la expresión “respuesta de relajación” (reducción de la activación) como definición de relajación.

Con el transcurrir del tiempo se ha desarrollado un catálogo de técnicas que incluyen la respiración, la meditación trascendental, el entrenamiento autogénico, relajación muscular progresiva, yoga, entrenamiento de tranquilización refleja, imaginería, retroalimentación biológica entre otras. Las cuales se auxilian de elementos diferentes para su aplicación pero sin olvidar que mejorar la salud de la persona es el objetivo (Walker, 2004).

Teniendo como base lo anterior, la elección de las técnicas de relajación y de las demás intervenciones psicosociales debe hacerse de manera responsable, apegándose al principio rector del código ético del psicólogo, el cual le exige a este “garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología” (p. 35). De tal manera que -las técnicas de relajación- deben ser vistas como una herramienta de trabajo en el tratamiento transdisciplinario del TDAH asumiendo que cada paciente tiene características y necesidades particulares que los hacen candidatos o no para su uso.

CAPÍTULO 3

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DE MAYOR EFECTIVIDAD EN EL MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH)

3.1 Antecedentes del uso de las técnicas de relajación

Pese a que las principales técnicas de relajación tienen sus orígenes formales en los primeros años del siglo pasado, existe evidencia de que los primeros intentos de tratamiento de la enfermedad mental, que eran basados en el magnetismo animal y la hipnosis, fueron aplicados en los siglos XVII y XIX; y que guardan una íntima relación con las técnicas de relajación basadas en la sugestión. Por otro lado, los avances en el conocimiento de la anatomía y electrofisiología de los sistemas neuromuscular y neurovegetativo, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, fueron decisivos para el posterior desarrollo de las técnicas psicofisiológicas de relajación (Edmonston, 1986).

Lo anterior contribuyó para que las técnicas de relajación se fueran adentrando en el área de la salud, lo que trajo consigo la creación y mejora de éstas; sin embargo, como lo menciona (Amutio, 1998), la evolución de dichas técnicas a lo largo del siglo XX y su reafirmación como procedimientos válidos de intervención psicológica tuvo mayor auge a partir del fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de la conducta, sobre todo en el tratamiento de las fobias y la ansiedad. También al tratar aspectos relacionados con lo psicósomático; por la creación de intervenciones que desde cualquier punto de vista buscan el bienestar y la mejora de la salud y por supuesto, al ser consideradas como coadyuvantes de otros tratamientos. Este impulso se vio reforzado por el lugar relevante que continuaron teniendo en los ámbitos de aplicación más recientes como lo es la psicología de la salud. Por ende su consolidación en esta área se ha debido a los resultados de la investigación experimental sobre los procesos emocionales y motivacionales, mismos que han permitido la comprensión de la naturaleza y los mecanismos de acción de dichas técnicas (Amutio, 1998; Caro, 2007).

En la actualidad, se tiene que las técnicas de relajación son parte del vasto número de intervenciones terapéuticas que realizan los psicólogos en el área clínica (Remor, Arranz & Ulla, 2007; en Calvo, Betancort y Díaz, 2009).

Al respecto, Joyce-Moniz (2011) cita algunos ejemplos de sus usos. La respiración diafragmática junto con la relajación muscular progresiva se utilizan para tratar la rehabilitación cardíaca (van Dixhoorn, 1991); la imaginería, el entrenamiento autogénico y la meditación, para la depresión (González, 2001); la imaginería y la relajación, para tratar dolor crónico de la osteo-artritis (Baird & Sands, 2004) así como también para los efectos aversivos de la radioterapia (Nunes et al. 2007); el entrenamiento de relajación por tensión para la ansiedad generalizada (Ansgar & Roth, 2007) y para el estrés (Lehrer et al. 2007).

Calvo et al. (2009), por su parte, refiere que actualmente las técnicas de relajación son consideradas desde dos perspectivas: la primera, como un tratamiento “bien establecido” -cita las aplicaciones que han hecho algunos investigadores, por ejemplo, en el dolor crónico en niños, el control de náuseas, síntomas de cáncer y en el insomnio (Pérez & Fernández, 2001)-y la segunda, como un tratamiento “probablemente bien establecido” en la reducción de la actividad emocional en el asma; en el control de los trastornos cardiovasculares y en el control del dolor en la dismenorrea (Pérez & Fernández, 2001; en Calvo et al. 2009) así como también en la ansiedad geriátrica (Natham & Gorman, 1998; en Calvo et al. 2009).

3.2 Definiciones de técnicas de relajación

Para Smith (1992), la relajación es la herramienta clínica más utilizada, que equivale a reducir el nivel de activación del organismo. Menciona también que la relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico se mezclan, siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. De ahí que cualquier definición de relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos (patrón reducido de actuación somática y

autónoma); subjetivos (informes verbales de tranquilidad y sosiego) y, conductuales (estado de actividad motora) así como a sus posibles vías de interacción e influencia. Él puntualiza que es importante examinar y probar diferentes técnicas para saber cómo crear un programa de relajación con estructura y significado para cada persona.

También, se ha definido a la relajación como un estado de hipoactivación que se presenta en el nivel fisiológico, conductual y cognitivo (Fernández-Abascal, 1997; Labrador, De la Puente & Crespo, 2001; Lehrer, Carr, Sargunaraj & Woolfolk, 1994; en Calvo et al. 2009)

Otros expertos en técnicas de relajación refieren que la relajación necesita de la distensión muscular y psíquica, lo que implica un decremento en la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo físico y mental. Esta disminución facilita la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la paz interior, lo que genera un estado de bienestar y de salud que también es conocido como tranquilidad psíquica (Amutio, 1998).

Para Nadeau (2007), la relajación es “una herramienta verdaderamente eficaz para restablecer o mantener un estado de equilibrio y de armonía” (párr. 3); de tal manera que “la relajación canaliza las energías de los niños; ésta ajusta el nivel de activación y procura un bienestar global” (párr. 7). Por lo que menciona que a los niños, los beneficia al aumentar la confianza en ellos mismos, además, la escucha, la memoria y la concentración son mejores lo que repercute en un mejor aprendizaje.

Pese a las definiciones particulares de cada autor, la mayoría coincide en que el objetivo de las técnicas de relajación es lograr el cambio cognoscitivo y emocional que acerque a la persona a un estado de salud y bienestar. Dicho cambio tiene un fundamento fisiológico lo que le da un sustento objetivo y confiable al uso de las técnicas.

3.3 Proceso fisiológico del estrés y la relajación

El cuerpo, con el afán de mantenerse equilibrado, reacciona de tal o cual manera para minimizar los excesos de la actividad -física y mental- lo que ocasiona que el organismo esté en alteración física y psicológica, provocando diversos cambios en las funciones vitales que generan un estado de estrés, contrario a lo que se vive en el estado de relajación (Valdés, 1990).

Por una parte, en lo que respecta al estrés cognoscitivo, Lazarus y Folkman (1991), proponen que el estrés aparece cuando un individuo valora su entorno como amenazante y considera que sus herramientas personales son insuficientes para afrontarlo, por lo que su bienestar se ve amenazado.

De esta manera, se da una activación fisiológica (a la que también se le conoce con el nombre de alarma, lucha, huida o emergencia) misma que provoca cambios fisiológicos entre los que se incluyen taquicardia, elevación de la presión sanguínea, sudoración excesiva, tensión muscular, resequedad en la boca, sensación de mareo o zumbido, mariposas en el estómago, dolor de cabeza, falta de concentración, problemas respiratorios, etcétera, mismos que se observan cuando la persona está nerviosa, asustada, enojada; e incluso en manifestaciones psicológicas como la agresión, ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, etcétera (Domínguez et al. 2002).

Por otro lado, se encuentra el estado de relajación y el proceso más aceptado de esta, sugiere que las técnicas de relajación funcionan por medio de la respuesta de relajación la cual es un cúmulo de reacciones fisiológicas opuestas al estrés, tales como la estabilización de la presión arterial, el descenso de la tasa respiratoria y la temperatura dérmica; el decremento de la tensión muscular y la disminución de la actividad de las ondas cerebrales. Además, esta disminución de la actividad fisiológica lleva a un estado de menos activación cognitiva (es decir, disminuyen los pensamientos irracionales, catastróficos, ansiosos) y, emocional –lo que provoca ausencia de síntomas de estrés- (Smith, 1992).

3.4 Tipos de técnicas de relajación

Los especialistas en salud tienen a su alcance una amplia gama de técnicas de relajación, mismas que cuentan con la facultad de aplicarse a los pacientes con distintos padecimientos y, sus resultados o efectos pueden encontrar variación de persona a persona. De acuerdo a su función, las técnicas de relajación se dividen en: técnicas físicas o somáticas (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, relajación autogénica, etc.) que reducen los síntomas de activación físicos; y, técnicas cognitivas (visualización, imaginería, meditación) las que tienen impacto en la activación cognitiva (González, 2006).

3.4.1 Respiración diafragmática

Elsa Grínder es considerada la madre del método orientado al cuerpo, al que tiempo después -1926 aproximadamente- le otorgó el nombre de “terapia respiratoria”. Buchholz (1994), estudioso de la técnica de Grínder, señala que la finalidad de la terapia respiratoria, consistía en reconocer y restablecer la capacidad natural de la respiración como fuerza curativa. Elsa Grínder fundamentó sus conclusiones en sus estudios de caso, a través de los cuales observó que el músculo más grande del cuerpo humano es el diafragma y que su descenso solo podía llevarse a cabo cuando la quijada y la garganta estaban relajadas; cuando el estómago estaba libre y las uniones de la cadera permitían a las piernas un movimiento libre y flexible en la parte baja de la espalda. Ella notó que cuando esas condiciones no se presentaban existía una deficiencia, misma que el cuerpo compensaba a través del levantamiento de los hombros, el pecho y la contracción de los músculos (tensión muscular) que están inmiscuidos en el proceso respiratorio. Todo lo anterior hacía que los músculos encargados de dicha compensación fueran sobrecargados provocando así el bloqueo del rítmico movimiento de la respiración natural, lo que daba como resultado que el flujo de la respiración en el cuerpo apenas se produjese y esto se veía claramente reflejado en un movimiento respiratorio entrecortado y empobrecido.

Los resultados de sus investigaciones le sirvieron para configurar su terapia de “respiración diafragmática” la cual está dividida en sesiones

prácticas que consisten en relajación, activación e integración; de manera general las sesiones son enfocadas a relajar el cuerpo y la mente es decir, eliminar la tensión; desechar los malos hábitos de respiración, estimular el sistema respiratorio y, a trabajar con los pacientes en la importancia de integrar la relajación a su vida cotidiana (Buchholz, 1994).

Esto también lo afirma Domínguez et al. (2002), al señalar que la respiración diafragmática, a través de una respiración lenta y profunda, enseña una forma saludable de respirar y, que al practicarse de manera constante, puede corregir el modelo erróneo de respiración que habitualmente se tiene.

Respecto a los beneficios obtenidos por la respiración diafragmática, Prado y Santos (2004), comparten los comentarios que hizo Chapell en 1994, quien expresó que este tipo de respiración es efectiva para la relajación y reducción del estrés ya que mantener la atención en un patrón de respiración lento y regular inhibe el diálogo interno reduciendo así la producción de pensamientos negativos. Lo que la convierte en una herramienta eficaz para la relajación emocional (García-Grau, E., Fusté, A. & Bados, A., 2008, en Joyce-Moniz, 2011).

Actualmente existen otras escuelas y ejercicios de la terapia respiratoria, por ejemplo, Davis (1985), en su libro de *“Técnicas de autocontrol emocional”* sugiere diferentes ejercicios de respiración, tal como la respiración profunda, la respiración natural completa, la respiración purificante, el molino, respiración alternante, etcétera. Pese a que difieren ligeramente, todas tienen el mismo origen y por lo tanto toman las ideas principales de Elsa Grínder al reconocer la relación que existe entre lo físico, lo emocional y lo espiritual; el restablecimiento de las leyes naturales del cuerpo y el desarrollo del conocimiento de este, con el fin de crear condiciones que permitieran el libre tránsito de la respiración (Buchholz, 1994).

3.4.2 Visualización

La visualización toma sus orígenes de las técnicas de asociación de Freud y Jung y, la técnica de modelamiento encubierto de la terapia conductual. En su comienzo, la visualización tenía como fundamento utilizar imágenes visuales positivas para transformar de manera efectiva la vida de las personas. Aunado a esto, a principios de 1900 el farmacéutico francés Emil Coué comenzó a emplear las imágenes y la sugestión para tres fines: 1) facilitar la recuperación de la enfermedad 2) ayudar en la consecución de objetivos positivos y 3) para combatir el síndrome del estrés. Él estaba convencido de que la persona, a través de su imaginación, se podía auto persuadir para llevar a cabo cualquier cosa que físicamente fuese capaz de realizar, se basaba en la premisa de que los pensamientos buenos o malos se convertían en realidad. Con el devenir de los años, la visualización también ha presentado algunos cambios, al igual que ha ocurrido con otras técnicas, de esta manera se tienen que, mientras Coué enfatizó la importancia de la auto sugestión mediante frases como “cada día estoy mejorando más”, a partir de los años setentas el pensamiento positivo empezó a incluir la visualización positiva la cual consiste en hacer que la persona se forme una imagen y que al formarla haga una declaración mental específica de lo que se quiere obtener. Al repetir la imagen constantemente se conseguirá lo que se ha planteado en ella y esto se debe a que la expectativa (imagen) provoca que la persona se mueva y actúe a favor de su logro. De manera general, esta técnica trabaja con la evocación de imágenes positivas, es decir, enfocarse en una escena relajante la cual puede causar emociones que provoquen un efecto positivo en el cuerpo. Los expertos señalan que los ejercicios de visualización han de practicarse de dos a tres veces al día en un periodo de diez o quince minutos y que los resultados dependen de los objetivos que se plantee la persona, de su capacidad para visualizar y de la constancia con que estos se lleven a cabo (McKay, Davis & Fanning, 1999). Cabe señalar que esta técnica requiere que el practicante tenga facilidad para evocar y construir imágenes, así como sensaciones, debido a que esto es fundamental para el éxito de su aplicación.

La visualización ha sido utilizada durante mucho tiempo para provocar cambios deseados en la conducta, para sanar las emociones; aliviar la tensión muscular; reducir o desaparecer el dolor; también es útil en la recuperación de una enfermedad o herida. Al igual que las otras técnicas, esta también busca el bienestar de la persona. (McKay, 1985 en Rodríguez & Hernández, 2004).

3.5 Aplicación de respiración diafragmática y visualización como tratamiento en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

A partir de los años 80's se empezaron a desarrollar investigaciones que pretendían, por un lado, demostrar la supremacía de algunas técnicas de relajación sobre otras y por el otro, encontrar los efectos de estas técnicas en los distintos trastornos conductuales y emocionales. Así pues, Amutio (1998), refiere algunos estudios que muestran el empleo de algunas técnicas de relajación en dichos trastornos. Por ejemplo, Eppley encontró que la meditación trascendental arrojó buenos resultados en el tratamiento de la ansiedad; por su parte, Fried puntualizó la eficacia que demostraron las técnicas de respiración junto a la terapia cognitiva en el manejo de las reacciones de pánico. En cuanto a la depresión, investigadores como Lehrer, Carrington, Berger, Owen y Woolfolk (1993), encontraron que la meditación, el yoga y el ejercicio físico redujeron de forma significativa la depresión moderada. Sin embargo estos mismos científicos; junto con Bados, Bach, Suinn, Deffenbacher, Marks, Amutio y Smith; enfatizaron que las técnicas de relajación como la meditación, el biofeedback, la relajación muscular progresiva, la respiración y el yoga por sí solas o como único tratamiento, no proporcionan efectos duraderos en los trastornos psicológicos (Amutio, 1998).

En lo que se refiere a la efectividad de las técnicas de relajación en el tratamiento del TDAH, Joyce-Moniz (2011) cita a algunos investigadores y sus resultados. Así, se tiene que Carey (1986) y Goleman (1997) concluyeron que los niños tenían mejor capacidad para adquirir habilidades de relajación y que a su vez eran más fáciles de sugestionar que los adultos. Estudios de

Woolfok (1993) y Lehrer (1994) mostraron que técnicas como la imaginería, relajación muscular progresiva, la respiración profunda, la meditación, el yoga y el entrenamiento autógeno podían disminuir la hostilidad y la conducta agresiva en niños con TDAH. Esto se basa en los tres procesos cognitivos básicos con que funcionan las técnicas de relajación:

- Enfoque: que trabaja con la habilidad de identificar, diferenciar, mantener y reorientar la atención a estímulos simples durante un periodo extenso de tiempo en el cual la persona con TDAH aprende a depurar y a ser selectivo en cuanto a qué estímulos merecen su atención.
- Pasividad: se ocupa de la habilidad de detener una actividad ya sea porque se pone en riesgo la integridad de la persona o porque la actividad en sí es innecesaria.
- Receptividad, que se trata de descubrir la habilidad de tolerar con la cual el paciente con TDAH se da cuenta de que en algunas ocasiones sus experiencias no serán como él esperaba, es decir, pueden ser inciertas y hasta cierto punto paradójicas ante lo cual él antepondrá una conducta tolerante sobre una conducta impulsiva (Moreno, 1995; Smith, 1992).

A su vez, McDermott (2003), apunta que la imaginería, visualización y respiración son eficientes para trabajar con las creencias disfuncionales y emociones negativas que acompañan al paciente con TDAH.

De manera general varias técnicas de relajación han dado resultados en pacientes con TDAH en aspectos como control de las conductas hiperactivas, impulsivas y las dificultades de adaptación social (comportamiento no asertivo), puesto que después del entrenamiento son capaces de predecir las consecuencias sociales de sus conductas, además de adquirir nuevas habilidades en la búsqueda de soluciones eficaces frente a situaciones problemáticas cotidianas. De igual forma, su tolerancia a la frustración aumenta, porque el paciente se sabe y se siente capaz de responder a las demandas y exigencias a las que se enfrenta. Continuando

con los beneficios, la atención a las instrucciones mejora lo que contribuye a la realización exitosa de actividades escolares. En el aspecto personal el autoconcepto y autoestima también se ven beneficiados, lo cual se refleja en la capacidad para verbalizar emociones; las relaciones interpersonales son de mejor calidad lo que lleva al paciente a experimentar aceptación de su entorno debido a que la integración a nivel personal, familiar, laboral y social mejoran notablemente (Amutio, 1998; McDermott, 2003; Moreno, 1995; Orjales, 1999).

Como se pudo observar en el contenido de este capítulo, las técnicas de relajación han sido utilizadas desde principios del siglo XX para el tratamiento de diversos padecimientos tanto físicos como psicológicos. En la actualidad, muchas de ellas siguen siendo parte activa como herramientas de trabajo de los profesionistas de la salud. Sin embargo, es menester recalcar que las técnicas de relajación por si solas no son la panacea a ningún padecimiento, tampoco suplen la eficacia de un tratamiento u otro y mucho menos lo desplazan; al contrario, han demostrado que trabajadas en conjunto con otro tipo de intervención e incluso, con otra técnica, los resultados son mejores, de ahí su importancia y valor terapéutico.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA

La revisión teórica del TDAH realizada en este trabajo, se toma como base para el planteamiento de la propuesta, la cual tiene por nombre “taller de capacitación sobre técnicas de auto control, como herramientas complementarias en el tratamiento del trastorno por déficit de atención (TDAH) en niños” el cual está dirigido a padres de niños diagnosticados con TDAH y a profesores que trabajan con ellos.

4.1 Justificación

Este trabajo pretende dar argumentos referentes a la aplicación de la respiración y visualización como herramientas eficaces en el tratamiento del TDAH, teniendo como antecedente la prevalencia de dicho trastorno, y que al respecto, Sciberras et al. (2013), expone que el TDAH es el padecimiento del neurodesarrollo más común a nivel mundial afectando alrededor del 5% de niños en edad escolar. En lo que atañe a nuestro país, no está exento, por el contrario, tiene una población emergente de niños y adolescentes de aproximadamente 1.5 millones que pudieran presentarlo (Palacios-Cruz et al., 2011).

Lo alarmante de esto no radica en esta cifra, sino en lo que destaca Ruíz (2007), cuando refiere que además de ese 1.5 millones, existe otra cantidad que no se diagnostica y por lo tanto no se atiende debido a que gran parte de la población no tiene acceso al sistema de salud público y aunque así fuera, la deficiencia de este se suma a los factores que obstaculizan un diagnóstico y tratamiento oportuno, dejando a estas personas a la deriva con las consecuencias que esto trae consigo.

Yunes (2007), dice al respecto:

Estos jóvenes con ADHD y sin tratamiento son fáciles presa de la delincuencia y/o la drogadicción y/o el alcoholismo. Los padres se desorientan sobre las causas de esas conductas antisociales, pero sin

orientación adecuada no encuentran el camino para resolverlas o al menos aminorar las consecuencias.

El tipo de conducta impulsiva hace que estos niños sean rechazados desde pequeños, lo cual genera en ellos y su familia situaciones conflictivas con familiares y amigos... al llegar a la adolescencia son discriminados por este tipo de comportamiento y encuentran su lugar sólo en aquellos grupos marginales que valoran ese modo de ser por lo arriesgado e imprudente que es (p. 66-67).

Por lo tanto, el diagnóstico así como el tratamiento del TDAH se vuelve un desafío para los profesionistas inmersos en el ámbito de la salud y la educación; para los padres y la familia del paciente con dicho trastorno, ya que como todo problema de salud, no se limita a afectar solamente a nivel individual sino que sus repercusiones impactan hasta el ámbito social.

Por todo lo anterior es que surge la inquietud de elaborar un taller donde se enseñe la aplicación de la respiración diafragmática y la visualización como herramientas complementarias del tratamiento del TDAH en niños. Se propone un taller debido a que el propósito no solamente es dar información acerca de las técnicas, sino enseñar su aplicación al participante para que este las pueda emplear como parte del tratamiento y para lograrlo, se necesita de técnicas vivenciales en donde el participante pueda poner en práctica el contenido teórico del taller.

Es pertinente resaltar que, de manera general, las técnicas de relajación tienen como propósito reducir la actividad autonómica del organismo (lo cual permitirá a la persona responder o afrontar situaciones diversas de una mejor manera) y, que buscan el bienestar físico y emocional de las personas utilizándose en padecimientos como depresión, ansiedad, fobias, estrés y TDAH, con el cual trabajan el manejo emocional y conductual en particular de niños (Amutio, 1998; Ansgar & Roth, 2007; Calvo et al. 2009; Brown, 2003; González y Ramos, 2006, Lehrer et al. 2007 y Vázquez, 2001, en Joyce-Moniz, 2011; Rickel & Brown, 2007; Smith, 1992).

Cabe precisar que dichas técnicas no son aplicables, de manera exclusiva, aislada e independiente a cualquier tratamiento. Al contrario, se exhorta a su aplicación en compañía con el tratamiento transdisciplinario, ya que como lo explica Roselli et al. (2010), en su libro *Neuropsicología del Desarrollo Infantil*: “El tratamiento adecuado del TDAH debe ser una mezcla de educación, salud mental preventiva, farmacoterapia, psicoterapia y la creación de grupos de apoyo social a lo largo de la vida de las personas afectadas y sus familias” (p. 275).

4.2 Título del taller

Taller de capacitación sobre técnicas de auto control, como herramientas complementarias en el tratamiento del trastorno por déficit de atención (TDAH) en niños.

4.3 Objetivos generales

1. Al término del taller el participante conocerá los conceptos generales del TDAH y cómo repercute éste en la vida cotidiana de quien lo padece; a través de exposiciones, dinámicas grupales y lecturas de casos.
2. Al finalizar el taller el participante reconocerá la importancia de las técnicas de respiración diafragmática y visualización como herramientas eficaces para el tratamiento de niños con TDAH.
3. Al cierre del taller, el participante aplicará la respiración diafragmática y visualización a su niño con TDAH.

4.4 Objetivos específicos

1. Al final de la sesión el participante identificará qué información conoce del TDAH, a través de la aplicación de un cuestionario por parte del instructor.
2. Al finalizar la sesión, el participante identificará, mediante una exposición teórica, qué es el trastorno por déficit de atención y cuáles son las áreas en desventaja que presenta el niño con este trastorno, con la finalidad de conocer cómo repercuten en su vivir cotidiano.

3. Al finalizar la sesión, el participante reconocerá la importancia de los tratamientos médico y psicológico más eficaces en el TDAH.
4. A través de la técnica expositiva, el participante sabrá cómo funcionan la respiración diafragmática y la visualización en niños diagnosticados con TDAH.
5. El participante aplicará la respiración diafragmática a través de un ejercicio guiado por el instructor.
6. Al finalizar la sesión, el participante reafirmará y evaluará el empleo de la respiración diafragmática y la visualización en los niños a su cargo, mediante la aplicación de un ejercicio guiado por el participante y con ayuda del instructor.

4.5 Participantes

- El taller está dirigido a docentes, personal del departamento de psicología o psicoeducación (orientadores, directores, prefectos) de la institución; así como a padres de familia de niños diagnosticados con TDAH.
- Se requiere que los participantes sepan leer y escribir.
- Para un óptimo desarrollo del taller, el número máximo de participantes será de 15 y el mínimo de 10.
 - Criterios de exclusión: El instructor aplicará un cuestionario de 10 preguntas a los interesados en participar en el taller, lo cual le permitirá evaluar su conocimiento para determinar la asistencia o no a las dos primeras sesiones de aquellas personas que tengan experiencia respecto al TDAH -concepto, criterios diagnósticos e implicaciones-. (ANEXO 2)

4.6 Forma de convocatoria

La invitación puede consultarse en el ANEXO 1

4.7 Duración

El taller se desarrollará a lo largo de 7 sesiones las cuales se realizarán una vez por semana (durante 2 meses), con una duración de una

hora y media cada una, por lo que la duración total del taller será de diez horas y media.

4.8 Materiales

Para la realización de cada sesión, se necesitará contar con el siguiente material

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Silla	Sillas de plástico o madera, sin paleta	Una por participante
Mesa	Mesa de plástico de 50 cm x 50	Una
Tapete o colchoneta	Tapete o colchoneta de cualquier material con medidas 60 x 1.80	1 por participante
Lap top	Ordenador	1
Proyector	Proyector de imágenes para conectar a la lap top	1
Pantalla para proyección	Pantalla blanca para proyectar la presentación o en su defecto, pared blanca	1
Bocinas	Bocinas pequeñas para conectar la lap top	Un par
Extensión	Extensión para conectar a la fuente de luz y al equipo audiovisual	Una
Música de relajación	Piezas musicales con sonidos de baja frecuencia, sin voz (música clásica, sonidos de la naturaleza, etc) con duración de 1h, 30min	5 piezas
Cartulina/Papel bond	Papel blanco y liso	20 pliegos
Marcador	Marcadores a base de agua de color azul, negro, rojo y verde	20
Cinta adhesiva	Cinta masking tape para pegar sobre la pared	2 aros
Fólder	Fólder tamaño carta con hojas blancas	1 por participante
Lapiceros	Lapiceros de tinta negra	1 por participante
Presentación de Powerpoint	Contenido teórico de cada sesión del taller	2
Hoja de asistencia	Lista para registrar la asistencia al taller	1 por cada sesión
Hoja de evaluación	Hoja para evaluar al instructor	Una por participante
Jugo o agua y vasos	Jugo o agua bebibles y vasos desechables	Uno por participante
Ropa y zapatos cómodos	Ropa holgada o deportiva y zapatos cómodos	Por cada participante

4.9 Escenario

El taller se llevará a cabo en un espacio físico proporcionado por la institución, el cual deberá contar con las dimensiones necesarias para desarrollarlo, esto dependiendo del número de participantes. Deberá contar con electricidad, buena iluminación, ventilación y sillas movibles. De igual manera, se necesita que el espacio esté limpio, silencioso y que cuente con posibilidades de cerrarse.

4.10 Actividades propuestas

Durante las sesiones del taller, se llevarán a cabo exposiciones teórico práctica, dinámicas grupales, ejercicios de relajación, lectura de caso clínico, experiencia vivencial, sesión de preguntas y respuestas; asimismo, el participante tendrá que contestar una evaluación de la efectividad del taller. Para este último punto, se propone aplicar el examen citado en el anexo 12, el cual consta de siete preguntas abiertas que, para contestarlas, el participante tendrá de 20 a 25 minutos. Al momento de evaluar el examen se debe considerar que esté haya sido contestado con apego al material utilizado durante las sesiones y, al menos 5 respuestas tendrán que ser evaluadas como correctas para constatar la efectividad del taller.

En el anexo de esta tesina se incluye el material básico para el desarrollo del taller.

4.11 Carta descriptiva

En seguida se presenta la carta descriptiva de cada sesión.

Sesión 1		<i>Integración grupal</i>	
OBJETIVO ESPECÍFICO:			
1. Al final de la sesión el participante identificará qué sabe acerca del TDAH a través de la aplicación de un cuestionario por parte del instructor.			
METODOLOGÍA:			
Se llevarán a cabo dinámicas grupales y sesión de preguntas y respuestas.			
DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1hr; 30 min			
TEMARIO:			
1. El instructor se presentará e inmediatamente después aplicará una técnica de presentación llamada “la mansión de los deseos”. (ANEXO 2)			30’
2. El instructor pedirá a los participantes que contesten el cuestionario de TDAH. (ANEXO 3)			10’
3. El instructor dará a conocer los objetivos y metodología del taller; al mismo tiempo, especificará las reglas de este y, entregará la carpeta de trabajo a los participantes.			10’
4. A continuación, el instructor narrará la historia de un personaje con TDAH (ANEXO 5) en la cual se destaquen las características de este trastorno y pedirá a los participantes que vayan identificando si alguna de éstas las presenta su hijo o niños a su cargo y lo anotarán en la carpeta de trabajo. Al finalizar, compartirán su trabajo con el grupo.			25’
5. Sesión de preguntas y respuestas.			10’
6. El instructor agradecerá la asistencia, recordará la fecha y hora de la próxima sesión y pedirá a los participantes que se anoten en la lista de asistencia.			5’

Sesión 2		Definición y características del TDAH
OBJETIVO ESPECÍFICO:		
1. Al finalizar la sesión, el participante identificará mediante una exposición teórica qué es el trastorno por déficit de atención y cuáles son las áreas en desventaja que presenta el niño con este trastorno con la finalidad de conocer cómo repercuten en su vivir cotidiano.		
METODOLOGÍA:		
Se llevará a cabo exposición teórica (narración de caso clínico) y evaluación escrita.		
DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1 hr; 30min		
TEMARIO:		
1. El instructor dará la bienvenida y comentará el objetivo de la sesión. Posteriormente, explicará lo que es el TDAH, puntualizando los conceptos clave. Aclarará en qué aspectos presenta situaciones conflictivas en niño con TDAH, haciendo énfasis en la manera en la que repercute en su vivir. (ANEXO 4)		25'
2. Receso.		5'
3. El instructor narrará un caso clínico para que los participantes identifiquen los puntos anteriormente explicados. (ANEXO 5)		10'
4. El instructor formará equipos de 4 personas, cada equipo dramatizará una situación de la vida cotidiana de un niño diagnosticado con TDAH.		25'
5. Para finalizar, el instructor realizará un ejercicio de retroalimentación, en el cual los participantes integrados en un mismo grupo, expresarán de manera verbal lo aprendido durante la sesión.		10'
10. Sesión de preguntas y respuestas.		10'
11. El instructor agradecerá la asistencia, recordará la fecha y hora de la próxima sesión y pedirá a los participantes que se anoten en la lista de asistencia.		5'

Sesión 3	Tratamientos para el TDAH
-----------------	----------------------------------

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Al finalizar la sesión, el participante reconocerá la importancia de los tratamientos médico y psicológico más eficaces en el TDAH.
2. A través de la técnica expositiva, el participante sabrá cómo funcionan la respiración diafragmática y la visualización en niños diagnosticados con TDAH.

METODOLOGÍA:
 Se llevará a cabo una exposición teórico práctica acompañada de un ejercicio de retroalimentación.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1hr; 30 min

TEMARIO:	
1. Bienvenida y exposición de los objetivos de la sesión por parte del instructor. De igual manera, mediante la participación del grupo hará un recordatorio general de lo trabajado en la sesión anterior.	5'
2. El instructor sintetizará y explicará los tratamientos médico y psicológico más utilizados en el TDAH. (ANEXO 6)	15'
3. El instructor desarrollará un ejercicio de retroalimentación, en el cual formará tríadas a las que repartirá una cartulina y marcadores de agua. Los integrantes del equipo analizarán y generalizarán lo aprendido a su caso particular. Plasmarán esto en la cartulina y al finalizar las pegarán en el aula de trabajo.	10'
4. Receso.	5'
5. El instructor explicará qué es la respiración diafragmática y la visualización al mismo tiempo que ejemplificará cómo ayuda a niños diagnosticados con TDAH. (ANEXO 7)	25'
6. El instructor llevará a cabo un ejercicio de retroalimentación, en el cual formará equipos de cuatro personas. Los participantes analizarán y expresarán cómo la respiración diafragmática y la visualización podría servirle para mejorar	15'

la situación de su niño.	
7. Sesión de preguntas y respuestas.	10'
8. El instructor agradecerá la asistencia, recordará la fecha y hora de la próxima sesión y pedirá a los participantes que se anoten en la lista de asistencia.	5'

Sesión 4 <i>Ejercicio de respiración diafragmática</i>	
OBJETIVO ESPECÍFICO:	
1. El participante empleará la respiración diafragmática a través de un ejercicio guiado por el instructor.	
METODOLOGÍA:	
Se llevará a cabo un ejercicio de respiración diafragmática y otro de retroalimentación.	
DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1 hr; 30 min	
TEMARIO:	
1. El instructor dará la bienvenida y comentará el objetivo de la sesión.	5'
2. El instructor y los participantes harán un recordatorio de cómo funciona y para qué les sirve la respiración diafragmática a los niños con TDAH.	15'
3. El instructor guiará un ejercicio de respiración diafragmática a los participantes. (ANEXO 8)	35'
4. Receso.	5'
5. El expositor realizará un ejercicio de retroalimentación en el cual todos los participantes compartirán con el grupo lo que experimentaron durante el ejercicio. Al finalizar, el instructor enfatizará en los beneficios que la técnica proporciona en el tratamiento del TDAH en niños.	15'
6. Sesión de preguntas y respuestas respecto a la aplicación de la técnica.	10'
7. El instructor agradecerá la asistencia recordará la fecha y hora de la próxima sesión y pedirá a los participantes que se anoten en la lista de asistencia.	5'

Sesión 5		Ejercicio de visualización	
OBJETIVO ESPECÍFICO:			
1. El participante empleará la visualización a través de un ejercicio guiado por el instructor.			
METODOLOGÍA:			
Se llevará a cabo un ejercicio de visualización y otro de retroalimentación.			
DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1hr; 30min			
TEMARIO:			
1. El instructor dará la bienvenida y comentará el objetivo de la sesión.			5'
2. El instructor y los participantes harán un recordatorio de cómo funciona y para qué les sirve la visualización a los niños con TDAH.			15'
3. El instructor guiará un ejercicio de visualización a los participantes. (ANEXO 9)			35'
4. Receso.			5'
5. El expositor realizará un ejercicio de retroalimentación en el cual todos los participantes compartirán con el grupo lo que experimentaron durante el ejercicio. Al finalizar, el instructor enfatizará los beneficios que la técnica proporciona en el tratamiento del TDAH en niños.			15'
6. Sesión de preguntas y respuestas respecto a la aplicación de la técnica.			10'
7. El instructor agradecerá la asistencia recordará la fecha y hora de la próxima sesión y pedirá a los participantes que se anoten en la lista de asistencia.			5'

NOTA: Para el mejor desarrollo de la siguiente sesión, el instructor dividirá el grupo en dos partes. La primera parte irá a la sesión una hora antes de la hora acostumbrada y la segunda parte acudirá a la hora de siempre.

Sesión 6 Ejercicio de respiración diafragmática y visualización en niños con TDAH

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Al finalizar la sesión, el participante reafirmará y evaluará el empleo de la respiración diafragmática y la visualización en los niños a su cargo, mediante la aplicación de un ejercicio guiado por el participante y con ayuda del instructor.

METODOLOGÍA:

Se realizará un ejercicio de respiración diafragmática y visualización.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1 hr; 30 min

TEMARIO:

- | | |
|---|----------|
| 1. El instructor dará la bienvenida a los niños y les comentará para qué están en la sesión. | 5' |
| 2. El participante aplicará al niño un ejercicio de respiración diafragmática y visualización con apoyo del instructor. (ANEXO 10) | 12 - 25' |
| 3. El expositor hará un ejercicio de retroalimentación preguntando a los niños cómo se sintieron y los beneficios que experimentaron. | 15' |
| 4. Sesión de preguntas y respuestas. | 10' |
| 5. El expositor pedirá a los participantes que contesten las evaluaciones al taller. (ANEXO 11 y 12) | 30' |
| 6. Para cerrar el taller, el instructor agradecerá la asistencia y participación de los asistentes y remarcará la importancia de poner en práctica lo aprendido en el taller. | 5' |

Sesión 7 Ejercicio de respiración diafragmática y visualización en niños con TDAH

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Al finalizar la sesión, el participante reafirmará y evaluará el empleo de la respiración diafragmática y la visualización en los niños a su cargo, mediante la aplicación de un ejercicio guiado por el participante y con ayuda del instructor.

METODOLOGÍA:

Se realizará un ejercicio de respiración diafragmática y visualización.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 1 hr; 30 min

TEMARIO:

- | | |
|---|----------|
| 1. El instructor dará la bienvenida a los niños y les comentará para qué están en la sesión. | 5' |
| 2. El participante aplicará al niño un ejercicio de respiración diafragmática y visualización con apoyo del instructor. (ANEXO 10) | 12 - 25' |
| 3. El expositor hará un ejercicio de retroalimentación preguntando a los niños cómo se sintieron y los beneficios que experimentaron. | 15' |
| 4. Sesión de preguntas y respuestas. | 10' |
| 5. El expositor pedirá a los participantes que contesten las evaluaciones al taller. (ANEXO 11 y 12) | 30' |
| 6. Para cerrar el taller, el instructor agradecerá la asistencia y participación de los asistentes y remarcará la importancia de poner en práctica lo aprendido en el taller. | 5' |

ALCANCES Y LIMITACIONES

En el desarrollo de esta tesina, se abordaron temas que han revelado la importancia del diagnóstico y el tratamiento del TDAH por parte de los profesionistas y, de las personas que de alguna u otra manera están involucradas con el paciente que presenta dicho trastorno.

Las implicaciones del TDAH afectan al paciente en diversos aspectos de su vida personal, emocional, educativos, social y laboral; sin embargo no son sólo ellos los agraviados por el trastorno, sino también las familia, los amigos, y demás personas que son impactadas por las secuelas negativas del TDAH, tal como lo podemos ver actualmente en nuestra sociedad; haciendo de este trastorno un tema de interés comunitario.

Debido a esto, es importante su estudio lo cual permitirá una detección oportuna y tratamiento adecuado que contribuya a darle atención a estos pacientes, en busca de mermar las consecuencias que este trastorno ocasiona en sus vida, las cuales van desde “bajo rendimiento/fracaso escolar, ... hasta el desarrollo de otras patologías que abarcan desde alteraciones del estado de ánimo hasta trastornos de conducta y comportamientos delictivos” (Parellada, 2009; p. 242)

Por lo anterior, es necesario hacer del conocimiento de los docentes y padres de familia en qué consiste el trastorno, por qué es importante el tratamiento transdisciplinario y cuáles son las posibles consecuencias de no tratarlo, para que una vez sabiéndolo, se ponga énfasis en su tratamiento con el fin de evitar las secuelas mencionadas anteriormente.

La labor de los docentes es importante, teniendo en cuenta que es precisamente en la edad escolar cuando el TDAH es mayormente diagnosticado. Con esto no se quiere decir que sea el profesor quien haga el diagnóstico, sino que puede ser él, además de la familia, quien probablemente note los síntomas del trastorno en el niño, debido a su interacción en el ámbito familiar y escolar. Por lo tanto el docente será parte

fundamental en la canalización del niño con el profesional facultado para hacer la evaluación y diagnóstico oportuno y así mismo, tomar parte en el tratamiento si así fuese el caso.

De esta manera, la propuesta realizada en forma de taller, va dirigida a los padres de familia con hijo (s) diagnosticado (s) con TDAH y a los docentes que en su quehacer profesional tratan a algún (os) niños (s) con este trastorno con el fin de darles herramientas de intervención acorde al papel que desempeñarán en el tratamiento transdisciplinario que el trastorno requiere.

Como pudo observarse, el taller cuenta con actividades teóricas y ejercicios vivenciales que deben ser aplicadas por un profesional -o dos- de la psicología, instruido (s) en el tema del TDAH y en técnicas de relajación (resaltando que en las sesiones que corresponden a la aplicación de estas, es necesario la presencia de los instructores). Dicho (s) profesional (s) tendrá (n) el cometido de proporcionar al participante información certera y útil del tema, así como también capacitarlo –de manera ética y profesional- en la aplicación de la respiración y la visualización en el tratamiento de niños con este trastorno para que en el momento en que los participantes lo necesiten, puedan echar mano de la instrucción poniéndola en práctica con el fin de coadyuvar con lo que les toca en la parte del tratamiento transdisciplinario.

Algunas de las limitantes que se contemplan para la puesta en marcha de este taller, es por un lado la poca investigación de las técnicas de relajación respecto al tratamiento del TDAH y que los estudios existentes, son poco o nada difundidos, circunstancias que probablemente generen dudas en cuanto a su eficacia, lo cual podría ser una desventaja desde el momento de presentar la propuesta a las autoridades encargadas de dar el visto bueno para su aplicación; quienes podrían no reconocer el valor terapéutico del taller resistiéndose o de manera rotunda, negándose a su implementación. De igual manera y por el mismo motivo, podría presentarse resistencia por parte de los posibles participantes quienes previendo no encontrar nada de

valor en el taller decidan no asistir o abandonarlo. Otra limitante sería la escasa formación de psicólogos en el uso de técnicas de relajación lo cual podría dificultar la extensión del taller.

Sin embargo, estos obstáculos pueden enfrentarse con una actitud perseverante y, con un trabajo ético y de calidad tal como lo demanda el código ético del psicólogo que tácitamente señala la responsabilidad del psicólogo de “garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios” (p. 35) de tal manera que la aplicación de este taller implique proveerles a los pacientes con TDAH y a las personas vinculadas con ellos una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Adame, G. B. (2002). *El niño con déficit de atención e hiperactividad: guía para padres*. México: Trillas.
- Amador, C. J. A., Forns i. S. M. & González, i. C. M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Síntesis.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- American Psychological Association. (2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Amutio, K. A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. España: Desclée de Brouwer.
- Alves, B. G. (2000). Trastorno hiperactivo. Historia y evaluación clínica del déficit de atención. En A. G. Meneghello, *Psiquiatría y psicología*. (págs. 427-446). Buenos Aires: Médica panamericana.
- Barbosa, G. A. (2000). Trastorno hiperactivo. Historia y evaluación clínica del déficit de atención. En A. G. Meneghello, *Psiquiatría y psicología*. (págs. 427-446). Buenos Aires: Médica panamericana.
- Beltrán, Q. R. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. En G. A. González, *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta* (págs. 135-165). México: Manual Moderno.
- Benasayag, L. (2011). Deconstrucción neurológica del llamado "ADDH". En Benasayag, L. *ADDH, Niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?* (págs. 13-34). Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Benassini, O. (2002). *Trastornos de la atención: origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. México: Trillas.
- Benassini, O. (2010). *Psicopatología del desarrollo infantil y de la adolescencia*. México: Trillas.
- Brown, T. E. (2003). Intervenciones psicosociales en los trastornos por déficit de atención y trastornos comórbidos. In T. E. Brown, *Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. (pp. 537-568). México: Masson.
- Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2011). *Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 128-138. Recuperado de la base de datos EBSCOhost.
- Buchholz, I. (1994). Respiración, voz y terapia de movimiento aplicaciones a los desordenes respiratorios. *Biofeedback and self regulation*, 153.
- Calvo, F.; Betancort, E.; Díaz, M. D. (2009). La técnica de relajación sugestiva breve automatizada: ampliación del estudio de su eficacia en una muestra de universitarios. *Ansiedad y estrés*, 119-130.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Davis, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. México: Martínez Roca.
- De la Garza, F. (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos*. México: Trillas.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S.L., Cruz, A. & González, L. M. B. P. (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés*. México: Plaza y Valdés.
- Edmonston, W. E. (1986). *The Induction of Hypnosis*. New York: John Willey and Sons.
- Elías, C. Y. (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: bases neurológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Fisher, B. (1998). *Attention deficit disorder misdiagnosis*. U.S.A.: CRC Press.
- Freides, D. (2002). *Trastornos del desarrollo. Un enfoque neuropsicológico*. España: Ariel.
- Gratch, L. O. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- Guerci, G. (2007). Neurobiología del déficit de atención con o sin hiperactividad. En S. S. Rofman, *Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención: diagnóstico,*

- tratamientos y orientación para padres y docentes.* (págs. 59-63). Buenos Aires: Espacio editorial.
- Gutiérrez, J. (2007). Bases neurobiológicas. En Ruíz, G. M., *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de Trastornos por déficit de atención.* (págs. 9-16). México: Editores de textos mexicanos.
- Joyce-Moniz, L. (2011). Relajación e imaginación. En L. Joyce-Moniz, *Sugestión y auto-sugestión: Metodologías de hipnosis, meditación, relajación, imaginación y aromatización.* (págs. 123-184). México: Amapsl.
- Miranda, C. A., Amado, L. L. & Jarque, F. S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica.* Málaga: Aijibe.
- Lazarus, R. &. (1991). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.
- Lozano, A. (2000). *Neurobiología del déficit de atención.* En A. G. Meneguello, *Psiquiatría y psicología* (págs. 451-466). Buenos Aires: Médica panamericana.
- McDermott, S. P. (2003). Terapia cognitiva para adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. In T. E. Brown, *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 537-568). México: Masson.
- McKay, M. D. (1999). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés.* España: Roca.
- Mendoza, M. T. (2003). *¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención?: una guía para padres y maestros.* México: Trillas.
- Miranda, C. A., A. L. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica.* España: Aljibe.
- Moreno, G. I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia.* España: Pirámide.
- Nadeau, M. (2007). *Juegos de relajación: de 5 a 12 años.* Barcelona: Octaedro.
- Ochoa, M. M., & Valencia. (2009). Genética molecular de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Psiquis (México)*, 80-85.
- Orjales, V. I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad.* Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Palacios-Cruz, L., De la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, P. S. P., Ulloa, R. E. (2011). *Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).* *Salud mental*, 34, 149-155. Recuperado en la base de datos EBSCOhost.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). *Hiperactividad. ¿Existe frontera entre personalidad y patología?* España: Díaz de Santos.
- Parellada, M. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta.* Madrid: Alianza.
- Pérez-García, G. & Ornelas-Arana, M. L. (2007). Aspectos genéticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En S. S. Rofman, *Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención. Diagnóstico, tratamiento y orientación para padres y docentes.* (págs. 285-288). Buenos Aires: Espacio.
- Prado, S. E. E. & Santos, H. E. C. (2004). *Entrenamiento basado en un taller con enfoque cognitivo conductual y biorretroalimentación para el manejo del estrés (tomado como indicador la ansiedad en ambientes laborales).* Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.
- Quirós, G. B. (2000). El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD). En E. Joselevich, *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.), en niños, adolescentes y adultos.* (págs. 19-39). Argentina: Paidós.
- Rickel, A. U. & Brown, R. T. (2007). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos.* México: Manual Moderno.
- Rodríguez, M. M. E. & Hernández, R. R. (2004). *Control y manejo del estrés con técnicas cognitivo-conductuales en profesores de primaria y secundaria.* Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez-Sancristán, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Roselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil.* México: Manual Moderno.
- Ruiz, G. M. & Sánchez, G. Ó. (2007). Antecedentes históricos y efecto epidemiológico. En Ruíz, G. M., *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de Trastornos por déficit de atención.* (págs. 1-7). México: Editores de textos mexicanos. Schneider, E. (2007). El rol de los padres en el abordaje psicoterapéutico del ADD/D. En S. Solzi de Rofman,

- Abordaje multidisciplinario del trastorno por déficit de atención. Diagnóstico, tratamiento y orientación para padres y docentes.* (págs. 99-112). Buenos Aires: Espacio editorial.
- Siberras, E., Efron, D., Schilpzand, J. E., Anderson, V., Jongeling, B., Hazell, P., Ukoumunne, O. C. & Nicholson, J. M. (2013). *The Children's Attention Project: a community-based longitudinal study of children with ADHD and non-ADHD controls.* BMC Psychiatry, 13:18, 1-11. Recuperado de la base de datos EBSCOhost.
- Singh, I. (2008). ADHD, culture and education. *Early Child Development and Care*, 178 (4), 347-361.
- Singh, I. (2008). ADHD, culture and education. *Early Child Development and Care*, 347-361.
- Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación.* España: Desclée de Brouwer.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010) *Código ético del psicólogo.* México: Trillas.
- Soloviera, Y. Q. (2002). *Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención.* Puebla: Colección Neuropsicología y Rehabilitación.
- Solloa, L. (1995). Los trastornos psicológicos del niño. México:Trillas.
- Urraca, G. N. A. & Mayén, M. D. G. (2007). Genética. En Ruíz, G. M. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de Trastornos por déficit de atención.* (págs. 17-26). México: Editores de textos mexicanos.
- Valdés, M. & De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés.* España: Martínez Roca.
- Van-Wielenk, G. (2004). *Déficit de atención con hiperactividad.* México: Trillas.
- Walker, J. M. (2004). ¿Qué es el ADHD? En J. M. Walker, *ADHD: ¿enfermos o singulares?: una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención* (págs. 15-24). Buenos Aires: Lumen.
- Yunes, R. (2007). *Del ADHD al trastorno antisocial.* Buenos Aires: Espacio editorial.

ANEXOS

INVITACIÓN



DESCRIPCIÓN: Este taller le permitirá:

- Conocer cómo actúa la respiración y visualización en el tratamiento del niño con TDAH.
- Aplicar la respiración y visualización al niño con TDAH.

SEDE:

Escuela Primaria Matutina "Club de Leones" No. 1 (Baja California y Jalisco, Col. Progreso; Acapulco, Guerrero.)

INFORMES:

446-29-61, ext. 113

COMIENZA: 11 de marzo 2014

TERMINA: 6 de marzo 2014

HORARIO: 17:00 a 18:30 hrs.

Sesión 1: Integración grupal

Actividad: Técnica de presentación la mansión de los deseos

- El instructor pedirá al grupo que se ponga de pie y salga un momento del salón. Ahí dará la bienvenida a los participantes simulando que el lugar en el que se encuentran es una mansión y todos son invitados especiales. El instructor describirá la belleza de la mansión, de los aposentos, de los salones, de los jardines y les garantizará que su estancia en ese lugar será agradable y de mucho aprendizaje.
- A continuación les invitará a pasar al salón principal (lugar donde trabajarán). Les pedirá hacer un círculo y a cada uno le dará un vaso con jugo.
- El instructor pedirá que la persona que esté a su derecha dará un paso al frente, dirá su nombre y comentará sus deseos, es decir, para qué fue a la mansión y qué espera lograr al estar ahí.
- Esto mismo hará la persona que sigue, hasta que hayan pasado todos los integrantes del grupo.
- Para finalizar, el instructor compartirá con todo el grupo sus deseos. Al terminar de hacerlo, todo el grupo brindará -con jugo- para que los deseos de todos los asistentes se cumplan y el instructor enfatizará que esto será posible de acuerdo a la disposición, esfuerzo y constancia de cada asistente.

Sesión 1: Integración grupal

Actividad: Cuestionario de TDAH

Este es un ejercicio que busca darle a conocer qué es lo que sabe acerca del TDAH al momento de llegar al taller.

- 1) **¿Qué es el TDAH?**

- 2) **¿Qué lo ocasiona?**

- 3) **¿Cuáles son sus síntomas?**

- 4) **¿De qué manera repercute el TDAH en la vida de las personas que lo padecen?**

- 5) **¿Tiene tratamiento?**

- 6) **¿En qué consiste?**

- 7) **¿Qué son la respiración diafragmática y la visualización?**

- 8) **¿Cómo actúan en el tratamiento de niños con TDAH?**

9) **¿Cuáles son las condiciones para aplicar la respiración diafragmática y la visualización?**

10) **Pasos para aplicar las técnicas anteriormente mencionadas.**

Sesión 2: Definición y características del TDAH

Actividad: Exposición acerca del TDAH

¿Qué es el TDAH?

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta.

Algunas definiciones de los expertos dicen:

“... cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes, pero que poco tienen que ver con el niño travieso o malcriado...” (Orjales, 1999 p.19).

“... grupo nosológico que empieza en la infancia y se caracteriza, fundamentalmente, por la inestabilidad motora, la dificultad para mantener la atención en las tareas que la requieren y la impulsividad”(Barbosa, 2000 p.429).

“trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad” (Quirós, 2000 p.20).

¿Cuáles son los síntomas del TDAH?

De acuerdo al DSM IV-TR (2002) –manual de clasificación para diagnosticar TDAH y otros trastornos- el TDAH se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar...” (p. 97).

1.3.1. DSM-IV-TR

“Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) 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
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo <está en marcha> o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

¿A cuántas personas afecta?

En 2007 se realizó un estudio que determinó que el TDAH afecta al 5% aproximadamente de los niños en todo el mundo.

En México, Palacios-Cruz et al. (2011) estima que de los 33 millones de niños y adolescentes del país, 1.5 millones de ellos pudieran ser diagnosticados con TDAH. Ochoa y Valencia (2009) señalan que en México se ha calculado que entre el 3% y 5% de niños en edad escolar pueden presentar el trastorno.

¿Quiénes lo padecen más?

Es más común en los niños hasta 3 o cuatro veces comparado con las niñas.

¿De qué manera afecta?

Las consecuencias de vivir con TDAH sin tratamiento, repercute en todos los aspectos de la vida de la persona que lo padece, por ejemplo: reprobación y abandono escolar a corta edad; dificultad para establecer relaciones interpersonales (amigos, pareja, compañeros de trabajo), dificultad para mantener el trabajo; rechazo (incluso de los miembros de la familia), baja autoestima, aislamiento, frustración, hostilidad en las relaciones familiares lo que pudiera llevarlos al abandono del hogar. Así mismo, también están expuestos al contacto prematuro con las drogas legalmente permitidas –como el tabaco y el alcohol-; al incremento en el consumo excesivo de drogas ilegales y a la facilidad para involucrarse en adicciones de cualquier tipo, lo que de manera general repercute en el aumento de conductas antisociales y delictivas como robar, vandalismo, narcotráfico y constantes violaciones a la ley (Parellada M. , 2009).

¿Qué lo provoca?

Son diversos factores involucrados en la causa del TDAH. La herencia por ejemplo y las investigaciones dicen que entre más cercano sea el lazo familiar con una persona con TDAH, más probabilidades hay de presentarlo, por ejemplo de padres a hijos la posibilidad es de 55% en adelante. Otro factor causante del TDAH es el factor neuroquímico que dice que hay una deficiencia de dos sustancias en el cerebro llamadas neurotransmisores, estos son: la dopamina (que se encarga de eliminar los movimientos innecesarios para de esta manera mantener la atención, también se encarga de la organización, el planeamiento, la verificación, rectificación y, al no estar en su nivel óptimo, provoca desatención, conductas impulsivas, etc- y, el otro neurotransmisor es la noradrenalina (que se encarga de mantener al organismo alerta ante situaciones de peligro o emergencia, pero cuando este se encuentra alterado, ocasiona que el organismo se ponga en estado de hipervigilancia, es decir, las personas están en alerta excesiva reaccionando de forma exagerada a los estímulos). Otro factor causal, es el biológico, en el que se encuentran la ingesta de alcohol, consumo de cigarro y otras sustancias tóxicas durante el embarazo; complicaciones del embarazo, del parto y al momento del nacimiento; bajo peso al nacer.

Sesión 2: Definición y características del TDAH

Actividad: Lectura de caso clínico

R. es el hijo menor de la familia, tiene 5 años de edad. Sus hermanas mayores se llaman F. de 14 años y P. de 10 años de edad, En casa viven el padre, la madre con sus tres hijos... Los padres de R refieren que desde pequeño ha dormido poco, en el día lo bañaban con hojas de lechuga para que se relajara y conciliara el sueño. Ahora duerme solo en su propia habitación, sin embargo cuando despierta por las noches va a la recamara de sus papás, esto sucede en un promedio de 6 de 7 noches. Usa chupón para conciliar el sueño y concentrarse en sus tareas. Está integrado a la dieta familiar, sin embargo toma 4 biberones de leche al día como complemento de sus alimentos.

Su mamá describe a R como un niño muy chiqueado por ella, el rey de la casa, muy deseado por ser varón, cariñoso, generalmente está contento y de buen humor, tranquilo en los momentos de juego, más sin embargo distraído en otras actividades, por ejemplo: necesita movimiento y se levanta al baño con frecuencia a la hora de comer y a veces eso la desespera y termina gritando. Siente que no lo sobreprotegen, pero que sí recibe la atención que demanda. Nunca se queda solo, lo cuida la muchacha, sus hermanas o su mamá. En casa procuran llevar buenos hábitos de aseo y normas de educación; los castigos que recibe consisten en irse a su habitación por 10 minutos o no recibir un dulce o juguete. A veces llora cuando sus papás salen por las noches y se queda al cuidado de su hermana.

Inició en la guardería a los 2 años por iniciativa de la madre, sin embargo lloraba mucho, asistió a 3 diferentes instituciones, pero en todas sucedió lo mismo. Al entrar a la escuela actual, e incluso el año escolar pasado que era su segundo año, lloró por las mañanas los tres primeros meses aproximadamente. Recibió apoyo extraescolar por parte de la maestra para regularizarlo en relación al programa y por presentar problemas de atención

el año escolar pasado y el actual. En casa se le supervisa la tarea y se le corrige ya que “a veces le da flojera hacerla”. Por las tardes asiste 3 veces por semana a una actividad deportiva

En el informe del maestro, se refiere a él como un niño con “lapsos de atención cortos de aproximadamente 5 minutos en cada clase. El maestro observa que en los cuentos aumenta su atención. Se torna distraído cuando está en grupo ya que platica con quien tenga a un lado, lo que tiene como consecuencia un bajo rendimiento académico. Es obediente, amigable, comparte, espera su turno, acepta cambios de actividad.”

El maestro informa que su atención sostenida ha ido en decremento. Es querido y aceptado por sus compañeros. Se ha modificado la ubicación y dinámica con R dentro del salón de clases para favorecer su aprendizaje, su desempeño mejora cuando se le aísla del grupo sentándolo en un escritorio individual ubicado al centro del aula; además se les ha sugerido a los padres una serie de ejercicios y dinámicas en casa que apoyen al niño en el área de atención.

En orden de importancia, las “conductas problema” dentro del salón de clase referidas por el maestro son: su falta de atención, el que se distrae con cualquier cosa y que se precipita a dar una respuesta antes de que el maestro termine de hacerla pregunta, sucediendo esto en casi todas las materias ... se sienta en la mesa, se levanta, cambia de postura y lugar frecuentemente, interrumpiendo las conversaciones y el trabajo de sus compañeros.

R demanda mucha atención del maestro y compañeros, interrumpe constantemente la clase con comentarios ya sea sobre su trabajo o el de los demás moviéndose sobre la competitividad y el constante aviso en relación a las faltas cometidas por los demás niños. No respeta el dialogo de otros, habla en un tono de voz más alto que el promedio del grupo, gesticula, hace ruidos y se victimiza para llamar la atención y lo logra.

Es un niño creativo y entusiasta que socializa durante los juegos en grupo con material libre...Se mantiene cerca de otros niños y establece contacto físico frecuente lo que en ocasiones molesta a los demás.

Sesión 3: Tratamientos para el TDAH

Actividad: Exposición del tratamiento médico y psicosocial

Tratamiento médico...

Debido a que el TDAH no sólo impacta a la persona que lo padece (sino también a la familia, el entorno escolar y de manera global, a la sociedad), el tratamiento se enfoca a tres modelos, el farmacológico, el conductual y el cognitivo (Elías, 2005). De igual manera, Roselli, Matute y Ardila (2010), aseveran que el tratamiento adecuado para controlar y prevenir los problemas del TDAH es aquel en el cual se mezclen la medicación, la psicoterapia y la psicoeducación.

Roselli et al. (2010), subraya que los científicos han comprobado que ciertos fármacos, en especial los psicoestimulantes, son útiles en el tratamiento del TDAH, puesto que modifican la actividad de la dopamina y norepinefrina en el cerebro.

Algunas investigaciones que muestran la eficacia del uso de fármacos en el TDAH, afirman que entre el 70% y 80% de las personas con TDAH responden favorablemente al tratamiento farmacológico (Brown, 2003). Incluso, algunos investigadores sostienen que la mejor manera de tratar el TDA en los niños es, mediante el tratamiento farmacológico, combinado con un tratamiento psicosocial.

Se debe de tener siempre presente que la elección del fármaco a utilizar dependerá de las particularidades de cada caso, es decir; el tratamiento debe ser individualizado por lo tanto necesita tomar en cuenta desde la edad del niño, la presencia de trastornos o enfermedades relacionadas (comorbilidad), la respuesta y evolución del TDAH frente al fármaco (efectos secundarios), la dosis adecuada, hasta las secuelas a nivel personal, escolar y social (De la Garza, 2005; Elías, 2005; Ruíz, 2007).

Elías (2005) explica que cualquier tratamiento farmacológico debe asociarse con intervenciones conductuales y cognoscitivas.

- ***Tratamiento psicosocial***

Por las afecciones que causa el TDAH en el aspecto cognitivo, emocional y social del individuo que lo padece, mermando su interacción con el medio, es necesario contar con herramientas que contribuyan de manera específica a su mejora. Por lo cual, las intervenciones psicosociales representan una excelente opción. Dentro de dichas intervenciones, se encuentran la psicoterapia, la orientación conductual, terapia familiar, reestructuración cognitiva, la psicoeducación y, las técnicas de relajación (Amador et al., 2010; Solovieva et al., 2002).

Brown (2003), destaca que las intervenciones psicosociales están enfocadas a personas diagnosticadas con TDAH (ya sean niños, adolescentes o adultos); a los familiares de los pacientes, a los maestros, amigos, entrenadores, cuidadores y a cualquier otra persona que pueda ayudar u obstaculizar el esfuerzo que hacen aquellos que padecen este trastorno por vivir con él.

En seguida se explicará qué tipo de intervenciones son adecuadas para el TDAH y para qué funcionan.

- ***Psicoterapia***

La intervención psicoterapéutica es necesaria en el tratamiento del TDAH, porque las personas que lo padecen también presentan síntomas como la alteración en el carácter –agresión-, conducta impulsiva y sus repercusiones-; problemas en la convivencia; además de la introyección de los juicios erróneos y sus efectos negativos en el autoconcepto, la autoestima y autoeficacia las cuales son situaciones que el tratamiento médico no resuelve.

Tal como lo menciona Brown (2003), la intervención psicoterapéutica es necesaria desde el inicio del proceso de evaluación y diagnóstico del paciente con TDAH, debido a los conflictos que se puedan dar entre los padres (ya sea que estén juntos, separados o divorciados); entre ellos y el paciente, o con otros miembros de la familia, situación que puede ser resultado del estrés que conlleva el diagnóstico y los tratamientos sugeridos. De igual forma, De la Garza, 2005 expresa que la psicoterapia está presente a lo largo de tratamiento, ya que interviene en las crisis que puede presentar

la persona con TDAH, por ejemplo en el caso de un niño y su exposición constante a los problemas de conducta, al fracaso académico, al rechazo social considerando que esto causa reacciones emocionales complicadas tanto en él como en su familia, motivo (entre otros) por el cual la psicoterapia también resulta útil.

La importancia de la psicoterapia también está en que ella promueve mejoría en el paciente en áreas como: autoestima, conflictos familiares o interpersonales, trastornos de aprendizaje y problemas conductuales asociados(Mendoza, 2003).

Por lo tanto, el abordaje psicoterapéutico es de vital importancia y Gratch (2009) recalca lo oportuno de hacerlo en la parte inicial del tratamiento, dado que evita que la impulsividad termine siendo un rasgo de personalidad en los pacientes con TDAH y por lo tanto, que la usen para enfrentar los conflictos de manera cotidiana.

- *Orientación conductual*

Constituye una de las intervenciones más utilizadas para niños con TDAH dentro del sistema escolar y familiar. De manera general, forma un conjunto de estrategias que utilizan el refuerzo y el castigo para el manejo del comportamiento del paciente. De acuerdo al objetivo, se clasifican en tres grupos de técnicas; la primera de ellas tiene como finalidad incrementar las conductas deseadas, la segunda pretende disminuir los comportamientos inadecuados y la tercera se puede emplear tanto para aumentar/mantener como para disminuir/eliminar las conductas (Miranda et al., 2001).

Las técnicas conductuales, según Brown (2000, en Rickel y Brown 2007), son útiles en especial con los niños pequeños siendo las técnicas de excelencia en el manejo de los síntomas del TDAH dado que su línea de trabajo enfatiza la estructura y el refuerzo de conductas positivas; de hecho, Pelham y Wasenbusch (1999, en Rickel y Brown, 2007) han insinuado que los efectos de un tratamiento conductual estrictamente controlado equivalen a dosis bajas/moderadas de medicamento estimulante. Este tratamiento presenta diversas ventajas, debido a que es de fácil implementación, barato y se adapta a diversos contextos. Pero es necesario considerar que para lograr resultados exitosos requiere de constancia, disciplina y rigor.

La tabla 2 muestra algunas de las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de niños con TDAH

Técnica	Descripción	Ejemplo
Refuerzo Positivo	Dos premios o privilegios dependiendo del rendimiento de los niños.	El niño completa una tarea y se le permite jugar con la computadora.
Tiempo fuera	Se quita el acceso al refuerzo positivo contingente por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño golpea impulsivamente a un familiar y se le pide que se siente por 5 min en la esquina de la habitación.
Costo de respuesta	Retirar los premios o privilegios contingentes por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño pierde los privilegios de esparcimiento por no terminar la tarea.
Bono Económico	El niño gana premios y privilegios contingentes por la realización de una conducta deseada. Este tipo de refuerzo positivo puede combinarse con el costo de respuesta, donde el niño puede perder privilegios debido a una conducta no deseada	El niño ganará estrellas por completar tareas y pierde estrellas por moverse de su asiento. El niño cambia las estrellas al final de la semana por un premio.

Técnicas conductuales para niños con TDAH (Rickel & Brown, 2007).

- *Psicoeducación*

Partiendo del supuesto que la ignorancia o información errónea del TDAH por parte del paciente, la familia y profesores constituye el principal obstáculo para un diagnóstico y tratamiento adecuado, la psicoeducación representa una intervención eficaz para superar esta dificultad. Sobre todo si se toma en cuenta que “la educación es la piedra angular de las intervenciones psicosociales en los niños con TDAH” debido a que minimiza la conducta disruptiva en casa y aumenta la confianza de los papás en su tarea paterna, aspectos que provocan la reducción del estrés familiar (Kazdin 1997a, b, 2000; citado en González, 2006).

La psicoeducación “consiste en poner en conocimiento de los padres toda la información ... del trastorno ... Diferentes teorías sobre posibles causas que provocan el cuadro. Formas de manifestación. Esquema del

funcionamiento de la mente del niño con ADD/H. Aspectos emocionales, sociales, comportamentales” (Schneider, 2007)(p.101).

La psicoeducación es un tipo de intervención terapéutica mediante la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, así como entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas derivados de ella. Para Anderson, Reiss y Hogarty (1986, en Benassini 2002), la psicoeducación se basa en el hecho de que los familiares son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan recibir atención y apoyo por parte de los sistemas de salud. De este modo, la psicoeducación busca mejorar el funcionamiento cognitivo y la motivación del paciente con TDAH; mejorar el contacto personal constante y continuo entre éste y su familia; informar a la familia sobre los cuidados específicos y la atención que le deben tener al paciente.

Los padres tienen un papel esencial en el tratamiento debido a que ellos van a ser los responsables de administrar la medicación de manera correcta, así como también, estar pendiente de sus efectos y, sobre todo, poner en práctica todos los días los planes de tratamiento elaborados para su hijo(Parellada, 2009). Todo esto, con el fin de promover, inducir y mantener la adaptación psicológica individual, familiar y social del paciente con TDAH (Benassini, 2002).

- *Técnicas de relajación*

En la actualidad, existe aceptación de las técnicas de relajación en el ámbito de la salud, esto se debe de manera general a los estudios que se han realizado sobre la aplicación de estas a la salud.

Una de ellas, es la investigación que Benson y sus colaboradores realizaron a inicios de los años setentas (en Smith 1992) acerca de la técnica de la meditación trascendental -que en ese tiempo era una técnica muy popular-, esta investigación arrojó resultados que demostraban la existencia de cambios fisiológicos en la persona, tales como disminución de la tasa cardiaca, disminución de la presión arterial, de la tasa respiratoria y en la actividad de las ondas cerebrales lo que indicaban una relajación más profunda.

El objetivo de las técnicas de relajación es lograr el cambio cognoscitivo y emocional que acerque a la persona a un estado de salud y bienestar. Dicho cambio tiene un fundamento fisiológico lo que le da un sustento objetivo y confiable al uso de las técnicas.

Con el transcurrir del tiempo se ha ido desarrollando un catálogo de técnicas que incluyen la respiración, la meditación trascendental, el entrenamiento autogénico, relajación muscular progresiva, yoga, entrenamiento de tranquilización refleja, imaginería, retroalimentación biológica entre otras.

Sesión 3: Tratamientos para el TDAH

Actividad: Exposición de las técnicas de relajación

La relajación es un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico se mezclan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como efecto (Smith, 1992).

Para Nadeau (2007), la relajación es “una herramienta verdaderamente eficaz para restablecer o mantener un estado de equilibrio y de armonía” (párr. 3); de tal manera que “la relajación canaliza las energías de los niños; ésta ajusta el nivel de activación y procura un bienestar global”(párr. 7).

✓ Estrés y relajación

Cuando la persona evalúa que determinada situación en la que se encuentra es amenazante y no le puede hacer frente, aparece el estrés como respuesta a esta afectado el bienestar del individuo. Lo que el estrés crea es una activación en el cuerpo, a la que se le llama estado de alarma, lucha o huida; misma que provoca cambios fisiológicos entre los que se incluyen taquicardia, elevación de la presión sanguínea, sudoración excesiva, tensión muscular, resequedad en la boca, sensación de mareo o zumbido, mariposas en el estómago, dolor de cabeza, falta de concentración, problemas respiratorios, etcétera, mismos que se expresan en la persona a través del miedo, nervios, enojo; e incluso en manifestaciones psicológicas como la agresión, ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, etc.(Domínguez et al., 2002).

Para hacerle frente al estrés, entra el uso de las técnicas de relajación las cuales funcionan por medio de la respuesta de relajación que son un cúmulo de reacciones fisiológicas contrarias al estrés, tales como la estabilización de la presión arterial, el descenso de la tasa respiratoria y la temperatura dérmica; el decremento de la tensión muscular y la disminución de la actividad de las ondas cerebrales. Además, esta disminución de la actividad fisiológica lleva a un estado de menos activación cognitiva (es decir, disminuyen los pensamientos irracionales, negativos, catastróficos, ansiosos)

y, emocional –lo que provoca ausencia de síntomas de estrés- (Smith, 1992); devolviéndole al individuo su equilibrio fisiológico, físico y psicológico.

✓ Técnicas de relajación en el área de la salud

En la actualidad, se tiene que las técnicas de relajación, son parte del vasto número de intervenciones terapéuticas que realizan los psicólogos en el área clínica (Remor, Arranz & Ulla, 2007; en Calvo, Betancort y Díaz 2009).

Al respecto, Joyce-Moniz (2011) cita algunos ejemplos de sus usos. La respiración diafragmática junto con la relajación muscular progresiva se utilizan para tratar la rehabilitación cardíaca (van Dixhoorn, 1991); la imaginería, el entrenamiento autogénico y la meditación, para la depresión (González, 2001); la imaginería y la relajación, para tratar dolor crónico de la osteo-artritis (Baird&Sands, 2004) así como también para los efectos aversivos de la radioterapia (Nunes et al., 2007); el entrenamiento de relajación por tensión para la ansiedad generalizada (Ansgar&Roth, 2007) y para el estrés (Lehrer et al., 2007).

✓ Respiración diafragmática

El músculo más grande del cuerpo humano es el diafragma, el descenso de este solo se lleva a cabo cuando la quijada y la garganta están relajadas; el estómago está libre y las uniones de la cadera permiten a las piernas un movimiento libre y flexible que llega hasta la parte baja de la espalda. Cuando esto no lo obtiene, el cuerpo en acción compensatoria levanta los hombros, el pecho y contrae los músculos que ayudan en el proceso respiratorio de tal manera que los músculos compensatorios son sobrecargados y la respiración diafragmática no se puede llevar a cabo (Rodríguez & Hernández, 2004).

La respiración diafragmática representa la manera de respirar más profundamente, ya que se inhala la mayor cantidad de aire, llegando a la parte más baja de los pulmones y genera una mayor oxigenación que se expande a todos los lugares del cuerpo, principalmente en el cerebro. La respiración diafragmática oxigena una mayor cantidad de sangre en comparación a la respiración torácica que como su nombre lo indica, la parte torácica es la única que trabaja y esto se refleja en la expansión del tórax seguida de la elevación de las clavículas durante la inhalación (Rodríguez & Hernández, 2004).

✓ Visualización

Es una de las técnicas más utilizadas para inducir un estado de relajación. Trabaja con la evocación de imágenes positivas, es decir, el usante debe enfocarse en una imagen visual específica, una escena relajante la cual a través de la sugestión puede causar emociones que provoquen un efecto positivo en el cuerpo. Los ejercicios de visualización han de practicarse de dos a tres veces al día en un periodo de diez o quince minutos, los resultados dependen de los objetivos que se plantee la persona, de su capacidad para visualizar y de la constancia con que estos se lleven a cabo (McKay, Davis &Fanning, 1999).

✓ Respiración diafragmática y visualización en el tratamiento del TDAH en niños

En lo que se refiere a la efectividad de las técnicas de relajación en el tratamiento del TDAH, Joyce-Moniz (2011) cita a algunos investigadores y sus resultados. Así, se tiene que Carey (1986) y Goleman (1997) concluyeron que los niños tenían mejor capacidad para adquirir habilidades de relajación y que a su vez eran más fáciles de sugestionar que los adultos. Estudios de Woolfok (1993) y Lehrer (1994) mostraron que técnicas como la imaginación, relajación muscular progresiva, la respiración profunda, la meditación, el yoga y el entrenamiento autógeno podían disminuir la hostilidad y la conducta agresiva en niños con THAD. Esto se basa en los tres procesos cognitivos básicos con que funcionan las técnicas de relajación:

- Enfoque: que trabaja con la habilidad de identificar, diferenciar, mantener y reorientar la atención a estímulos simples durante un periodo extenso de tiempo en el cual la persona con TDAH aprende a depurar y a ser selectivo en cuanto a qué estímulos merecen su atención.
- Pasividad: se ocupa de la habilidad de detener una actividad ya sea porque se pone en riesgo la integridad de la persona o porque la actividad en sí es innecesaria.
- Receptividad, que se trata de descubrir la habilidad de tolerar con la cual el paciente con TDAH se da cuenta de que en algunas ocasiones sus experiencias no serán como él esperaba, es decir, pueden ser inciertas y hasta cierto punto paradójicas ante lo cual él antepondrá

una conducta tolerante sobre una conducta impulsiva (Moreno, 1995; Smith, 1992).

A su vez, McDermott (2003), apunta que la imaginación, visualización y respiración son eficientes para trabajar con las creencias disfuncionales y emociones negativas que acompañan al paciente con este trastorno.

De manera general varias técnicas de relajación han dado resultados en pacientes con TDAH en aspectos como control de las conductas hiperactivas, impulsivas y las dificultades de adaptación social (comportamiento no asertivo), puesto que después del entrenamiento son capaces de predecir las consecuencias sociales de sus conductas además de adquirir nuevas habilidades en la búsqueda de soluciones eficaces frente a situaciones problemáticas cotidianas; también su tolerancia a la frustración aumenta porque se sabe y se siente capaz de responder a las demandas y exigencias a las que se enfrenta; de manera simultánea, la atención a las instrucciones mejora lo que contribuye a la realización exitosa de actividades escolares; en el aspecto personal el autoconcepto y autoestima también se ven beneficiadas, lo cual se refleja en la capacidad para verbalizar emociones; las relaciones interpersonales son de mejor calidad lo que lleva al paciente a experimentar aceptación de su entorno debido a que la integración a nivel personal, familiar, laboral y social mejoran notablemente (Amutio, 1998; McDermott, 2003; Moreno, 1995; Orjales, 1999).

Sesión 4: Ejercicio de respiración diafragmática

Actividad: Aplicación del ejercicio a los participantes por parte del instructor

OBSERVACIÓN: Los puntos suspensivos indican pausas en el ejercicio.

- **Lugar cómodo, bien ventilado y de preferencia alejado del ruido u otros estímulos que pudieran contravenir con el desarrollo del ejercicio.**
 - **Poner música para relajación, a un volumen que no interfiera con la voz del instructor.**
1. Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: tiéndase sobre el suelo en una alfombra, manta o tapete. Doble las rodillas y separe los pies unos 20 centímetros, dirigiéndolos suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta. Otra opción a la postura es, acostarse en el suelo en una alfombra, manta o tapete boca arriba, con los ojos cerrados.
 2. Explore su cuerpo en busca de sensaciones desagradables...
 3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
 4. Tome aire lenta y profundamente por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él... El tórax se moverá un poco al mismo tiempo que el abdomen.
 5. Cuando se halla relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca emitiendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente... Con ello, su boca y lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen... Fíjese en el sonido y la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más...

6. Continúe entre 5 y 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas luego, si lo desea puede prolongarlo hasta 20 minutos.
7. Al final de cada sesión de respiración, después de abrir los ojos, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de sensaciones desagradables. Compárelas con las que sentía al empezarlo.
8. Una vez que se sienta familiarizado con la forma de relajación que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca tanto si está sentado como de pie o acostado. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.
9. Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda, practíquela cada vez que note que va a experimentar una sensación desagradable -como ponerse tenso o angustiado-(Davis, McKay, & Eshelman, 1982)

Sesión 5: Ejercicio de visualización

Actividad: Aplicación del ejercicio a los participantes por parte del instructor

OBSERVACIÓN: Los puntos suspensivos indican pausas en el ejercicio.

- **Lugar cómodo, bien ventilado y de preferencia alejado del ruido u otros estímulos que pudieran contravenir con el desarrollo del ejercicio.**
- **Poner música para relajación, a un volumen que no interfiera con la voz del instructor.**

1. Cierre los ojos... Imagínese que está apartándose del lugar donde vive... Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas... Imagínese que se acerca a un bosque... Imagínese que está en él... Está subiendo por un camino... Al ir subiendo, encuentre un lugar cómodo donde pararse... Cuando lo haya encontrado tómese algo de tiempo para examinar las sensaciones negativas que hay en su vida, tales como estrés, nerviosismo,... Póngales mentalmente formas y colores... Mírelas con cuidado y luego déjelas a un lado de donde se encuentra... Siga subiendo por el camino hasta llegar a la cima del bosque... Mire desde ella, ¿qué observa?... Busque un lugar bonito y cómodo y vaya hacia él... Fíjese en los alrededores... ¿A qué se parece?... Ponga atención a la vista, a los olores, a los sonidos,... Dése cuenta de cómo se siente...póngase cómodo, relájese... Ahora que se siente totalmente relajado... Experimente, viva la sensación de estar total y completamente relajado... Descanse de tres a cinco minutos... Mire a su alrededor otra vez... Grabe muy bien el lugar y la sensación de relajación que siente... Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee... Con esa sensación de estar totalmente relajado, dígame a usted mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee relajarse...Sintiéndose

relajado, completamente relajado, poco a poco, vuelva a la habitación trayendo con usted la sensación de relajación,... cuando esté listo, a su ritmo...abra sus ojos,... el ejercicio ha terminado.

Sesión 6 y 7: Ejercicio de respiración diafragmática y visualización en niños con TDAH

Actividad: Aplicación del ejercicio al niño, por parte del participante. Este ejercicio combina los efectos relajantes de la respiración con la visualización.

OBSERVACIÓN: Los puntos suspensivos indican pausas en el ejercicio.

- **Lugar cómodo, bien ventilado y de preferencia alejado del ruido u otros estímulos que pudieran contravenir con el desarrollo del ejercicio.**
- **Poner música para relajación, a un volumen que no interfiera con la voz del instructor.**

Acuéstese en el suelo boca arriba, sobre un tapete o alfombra... Ponga una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax... Tome aire lenta y profundamente por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él... Inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca emitiendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente, con ello, su boca y lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen... Fíjese en el sonido y la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más... Siga respirando por la nariz y exhalando por la boca... Ahora, cada vez que inhale, imagine que al aire que entra por su nariz es una nube pequeña, bonita, suave (imagínela como a usted le guste, póngale color, olor, lo que usted quiera) imagine que cuando esta nubecita pasa por su cuerpo, le va dejando una sensación de relajación, de calma, de paz, de tranquilidad... Ahora, cuando esa nubecita sale por su boca se lleva la tristeza, el enojo, los pensamientos negativos,... Vuelva a inhalar y lleve por todo su cuerpo la nubecita llena de tranquilidad, de relajación, de paz... Sienta cómo va dejando a su cuerpo completamente en calma, relajado, tranquilo... Al momento de sacar la nubecita por su boca, sienta como mueve sus labios

dejándole una sensación rica, agradable... Vuelva a inhalar, llevando la nubecita por todo su cuerpo imagine que al pasar por él, le está dejando una sensación de tranquilidad, de calma, de relajación... Y cuando sale de su cuerpo, se lleva lo que le incomoda, las cosas o sensaciones que no le gusta sentir... Siga inhalando y exhalando con su nubecita y viva la sensación de relajación, de calma, de tranquilidad, de paz que la nubecita le deja... Prepárese para dejar ir la nubecita, sintiendo que ya le dejó calma, paz, quietud, relajación...vuelva al salón en donde está con la sensación de relajación,... de paz... y de tranquilidad que la nubecita le dejó... Poco a poco y a su ritmo,... empiece a abrir los ojos, el ejercicio ha terminado.

Sesión 6 y 7

Actividad: Evaluación del taller y facilitador

Con el fin de evaluar este taller, le solicitamos lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y al mismo tiempo marque con bolígrafo (tinta de color azul o negra) según la escala, la opción que mejor refleje su opinión.

TALLER:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los objetivos del taller se cubrieron a través de los temas y dinámicas presentados.					
Los materiales y apoyos didácticos fueron útiles para la comprensión de los temas.					
Las herramientas y técnicas realizadas durante el taller favorecieron mi aprendizaje.					
Recibí la información necesaria para aplicar las técnicas estudiadas en el taller.					
Comprendí el procedimiento que tengo que realizar para emplear adecuadamente las técnicas.					
EL INSTRUCTOR:					
Mostró dominio de los temas presentados.					
Aclaró dudas.					
Promovió la expresión de ideas, pensamientos y sentimientos.					
Mostró prudencia y respeto cuando un participante expresaba dudas o confusiones sobre los temas.					
Respetó turnos y administró adecuadamente su tiempo.					

¿Qué recomendación haría al taller para mejorarlo? (si es necesario, haga uso del reverso de la hoja)

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

SESIÓN 6 Y 7

ACTIVIDAD: Evaluación de los objetivos del taller

Con el fin de evaluar el logro de los objetivos de este taller, le solicitamos lea y conteste cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas (con bolígrafo tinta azul o negra) y apegándose al material utilizado en las sesiones.

1. De acuerdo a los expertos en el tema, defina qué es el TDAH.
2. Mencione al menos seis síntomas de desatención y seis de hiperactividad e impulsividad que presentan los niños con TDAH.
3. ¿De qué manera el TDAH sin tratamiento afecta la vida del niño?
4. ¿Qué son la respiración diafragmática y la visualización?
5. ¿Cuál es la importancia de incluir la respiración diafragmática y la visualización en el tratamiento de niños con TDAH; existen beneficios? De ser así, méncionelos.
6. Indique las condiciones óptimas para aplicar la respiración diafragmática y/o visualización a niños con TDAH.
7. Describa la aplicación de un ejercicio combinado de respiración diafragmática y visualización para niños con TDAH.