



Facultad de Humanidades

“Propuesta de un programa de intervención en el ámbito escolar para el Trastorno por Ensoñación Excesiva y su relación con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”

Alumno: Ricardo Figueroa Arbeláez

Carrera: Psicología

Matrícula: 402-18309

Tutora: Florencia Gregorio

Año: 2024

Agradecimientos.

A mis padres agradezco profundamente por su constante apoyo y paciencia a lo largo de este camino.

A mi esposa Diana que estuvo a mi lado acompañándome, apoyándome y dándome fuerzas para afrontar este proceso.

A mi estimada tutora, Florencia Gregorio quien siempre ha sido una enorme fuente de conocimiento y buenos consejos.

Y a mi compañera de estudio Paula en quien siempre he encontrado una fuente de motivación para realizar mesas de estudio y afianzar conocimientos.

Índice:

1. Resumen	4
2. Palabras claves	4
3. Introducción	4
3.a Presentación del tema	5
3.b Problema de Investigación.....	6
3.c Preguntas de Investigación.....	6
3.d. Relevancia de la temática.....	7
4. Objetivos	8
4.1 Objetivo General:	8
4.2 Objetivos específicos:	8
5. Alcances y Limites	8
6. Antecedentes	9
7. Estado del Arte	11
8. Marco Teórico	14
8.1 Ensoñación	14
8.2 Divagar de la mente o Mind Wandering (MW)	15
8.3 Absorción disociativa (estado similar al trance)	16
8.4 Trastorno por ensoñación Excesiva (TEE).....	17
8.4.1 Ensoñación desadaptativa	18
8.5 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	18
8.6 La Atención	21
8.7 Inatención.....	22
8.8 Hiperactividad.....	23
8.9 Impulsividad.....	23
8.10 Las Funciones ejecutivas.....	23
8.11 Default Mode Network (DMN).....	23
9. Metodología	24
9.a Procedimiento	24
9.b Índice comentado.....	24
Capítulo 1: Establecer relaciones entre el TEE y el TDAH.....	25
Capítulo 2: Propuesta de intervención psicológica en el ámbito académico.....	28
10. CONCLUSIONES	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
12. ANEXOS	62

1. Resumen

El trastorno de ensoñación excesiva (TEE) es una nueva condición psicopatológica caracterizada por la presencia de fantasías diurnas complejas que se presentan de forma recurrente lo que lleva a extremos disfuncionales. Desde que fue descrita por primera vez en el 2002 las investigaciones ha encontrado una gran relación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dicha relación se podría explicar por la afección en los procesos atencionales, algunos autores hablan de que el TEE podría ser una variante del TDAH mientras que otros sostienen su carácter individual presentándose una alta comorbilidad con el TDAH. Estudiar la forma de presentación de dichos trastornos a nivel fenomenológico nos puede orientar en la correcta identificación y posible tratamiento para el TEE. Debido al que el TEE no está incluido en ninguno de los manuales diagnóstico no existe un consenso para su tratamiento, basándonos en la investigación hemos decidido diseñar un programa de intervención escolar para amortiguar el impacto o el aumento de la ensoñación desadaptativa en niños de 8, 9 y 10 años.

2. Palabras claves

Trastorno de ensoñación excesiva – Trastorno de atención e hiperactividad –
Ensoñación desadaptativa – Absorción disociativa – Divagación mental – Atención –
Inatención – Hiperactividad – Impulsividad.

3. Introducción

3.a Presentación del tema

El Trastorno por Ensoñación Excesiva (TEE) es una condición psicopatológica recientemente definida, se caracteriza por la presencia de fantasías diurnas complejas, en las cuales la persona experimenta un fuerte nivel de absorción y son recurrentes al punto que pueden ser disfuncionales afectando el funcionamiento académico, desplazando las interacciones personales y dificultando el desempeño laboral. Algunos autores (Salomon-Small G, 2021) destacan su alta comorbilidad con otros trastornos mentales como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), síntomas depresivos y los trastornos del espectro obsesivo compulsivo. No obstante, al no estar el TEE incluido aun en el manual estadístico de diagnóstico DSM o en el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), no es posible explicar un diagnóstico, cuáles son sus principales comorbilidades, diferencias con otras patologías (como es el caso del TDAH), establecer su prevalencia, y no existen tratamientos psicológicos empíricamente validados para el TEE.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo, cuyos síntomas principales son la inatención, hiperactividad e impulsividad. Se presenta asociado a fallas en las funciones ejecutivas, lo que implica dificultades significativas para responder a estímulos, planificar, organizar acciones, reflexionar sobre las consecuencias e inhibir una respuesta automática inicial a fin de sustituirla por una más apropiada. (Vasconcelos, 2018). El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, su prevalencia varía entre varios estudios, pero se considera que afecta a un 5% a 10% de la población infantil, y abarca hasta un 50% de las consultas en psiquiatría infantil. En un 70% de los casos puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos y neurológicos. Es por esto que se considera fundamental continuar con su investigación para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Consideramos que, en el TDAH en su variante inatento, se presenta una fuerte relación con el fantaseo y la ensoñación diurna. La ensoñación a menudo se define como una actividad mental caracterizada por imágenes fantásticas, que implica un enfoque interno de atención en imágenes y eventos con diferentes grados de probabilidad de ocurrir realmente. Aunque el ensueño es una actividad universal experimentada por la mayoría de las personas, en algunos casos puede implicar un estado de absorción: estar completamente inmerso en la fantasía, estrechando así la atención y descuidando algunos aspectos de la realidad externa (Soffer-Dudek, 2018).

Estudios recientes han determinado una prevalencia de 20% de TEE en pacientes diagnosticados con TDAH, indicando que solo una quinta parte de los pacientes con TDAH se ven inmersos en ensoñaciones con fantasías complejas durante gran parte del día afectando

su desempeño en general y calidad de vida (Theodor-Katz, 2022) además encontraron que aquellas personas que practicaban dichas ensoñaciones, también presentaban síntomas depresivos, soledad y baja autoestima. Sin embargo, en otro estudio realizado en una muestra de personas diagnosticadas con TEE, se encontró una alta tasa de comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de 77%, el 67% de la muestra cumplía también con los criterios para un trastorno depresivo y el 53% para un trastorno obsesivo compulsivo (Somer, 2017).

Encontramos que existe una fuerte relación entre los dos trastornos, surge entonces la pregunta sobre si el TEE es un trastorno individual o hace parte de una variante del TDAH, el objetivo de este trabajo contribuirá a conocer aspectos recientemente descubiertos sobre esta nueva patología, cuál es su relación con el TDAH y propondremos estrategias que permitan aproximarse a un programa de intervención para su tratamiento en el ámbito escolar.

3.b Problema de Investigación

Consideramos que la alta incidencia de TDAH en la población infantil entre un 5 a 10% se debe en parte a un uso excesivo de dicho diagnóstico en el ámbito médico (Kazda, 2021). Algunas de las personas diagnosticadas con TDAH podrían estar bajo un tratamiento psicológico y farmacológico que no les ayuda a mejorar sus síntomas. El problema radica en que el diagnóstico de TDAH abarca la mayor parte de las alteraciones en la atención, sin tomar en cuenta el tipo de alteración que se presenta. Los procesos mentales que ocurren en el TDAH se encuentran en el orden de distracción atencional o divagación en inglés Mind Wandering (Theodor-Katz, 2022) mientras que en el caso de las personas con TEE se trata de fantasías muy elaboradas y vividas tratándose de un mecanismo muy diferente de falta de atención.

Por dicha razón y teniendo en cuenta las últimas investigaciones que se han realizado en torno a estos trastornos, consideramos que el TEE es una psicopatología diferente al TDAH, y los mecanismos subyacentes de falta de atención pueden ser distintos entre estos dos trastornos, presentándose además en los casos de TEE malestar significativo con síntomas de depresión, soledad y autoestima disminuida (Somer, 2017). Teniendo en cuenta esta visión, es posible que los estudios sobre el ensueño, y el TDAH y los constructos relacionados con la divagación mental, sean beneficiosos aportando una nueva información para su tratamiento.

3.c Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la relación entre el TDAH y TEE?
- ¿Cómo se presentan los problemas de atención en el TDAH, en el TEE?

- ¿Cuáles podrían ser las estrategias terapéuticas adecuadas para amortiguar el impacto del trastorno por ensoñación excesiva?

3.d. Relevancia de la temática

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se define como un trastorno neurobiológico comúnmente diagnosticado en la infancia, aunque puede persistir hasta la edad adulta en muchos casos. Se caracteriza por alteraciones en la atención, la hiperactividad y la impulsividad. La alta incidencia de TDAH ha sido ampliamente documentada en la literatura científica, con estudios que sugieren que afecta a aproximadamente el 5-10% de la población infantil a nivel mundial. El trastorno puede representar un fuerte impacto en el funcionamiento diario, el rendimiento académico y las relaciones interpersonales de quienes lo padecen, comprender el TDAH es fundamental para mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento (Vasconcelos, 2018).

Las personas con TDAH pueden presentar dificultades para mantener la atención en tareas que requieran concentración, estas distracciones frecuentes y divagación en pensamientos no relacionados los pueden llevar a cometer errores por descuido. Las personas que padecen dicho trastorno parecen no escuchar por estar absortos en sus propios pensamientos, la falta de control en la atención y la tendencia a divagar en pensamientos, pueden dificultar la organización mental de la información, lo que se ve reflejado en una dificultad para recordar detalles importantes en diversas situaciones (De La Cruz Villalobos, 2019). Aunque pueden no mostrar signos evidentes de hiperactividad o impulsividad, estas características de falta de atención pueden afectar significativamente su funcionamiento en la escuela, en el trabajo y en otras áreas de la vida diaria.

El fenómeno conocido como mind-wandering (MW), se refiere a la tendencia de la mente a divagar o vagar sin rumbo fijo, alejándose del foco de atención presente. Este fenómeno puede ocurrir de forma espontánea, llevando a la persona a perderse en pensamientos internos no relacionados con la tarea o situación actual (Ziane, 2024). A menudo la ensoñación puede ser percibida como una forma de distracción, ya que puede interferir con la capacidad de mantener el enfoque en actividades importantes o concretas. Aunque en ocasiones la ensoñación puede ser beneficiosa, facilitando la creatividad o el procesamiento de emociones, existen casos en los que su excesiva frecuencia o duración puede interferir con el funcionamiento cotidiano, como en el caso de las personas que padecen trastorno de ensoñación excesiva.

El TEE implica una inmersión excesiva en la fantasía y en mundos internos, afectando las actividades diarias y las relaciones interpersonales, mientras que en el TDAH se presentan dificultades en la atención, impulsividad y en algunos casos hiperactividad (Theodor-Katz,

2022). La hipótesis de este trabajo es que el TEE es una patología individual en la que los procesos mentales que afectan la atención son diferentes a los implicados en el TDAH. Consideramos la importancia de establecer una relación entre dichas variables a fin de indagar si se trata de comorbilidad o de entidades autónomas para garantizar que los individuos reciban el tratamiento más adecuado para sus necesidades específicas.

En el caso del TDAH las intervenciones incluyen terapia conductual, manejo del estrés y en algunos casos, medicación para controlar los síntomas. El TEE puede requerir enfoques terapéuticos orientados a la modificación de la conducta y terapia cognitiva para abordar la compulsión a soñar despiertos y promover una mayor conexión con la realidad (Theodor-Katz, 2022). Se ha investigado sobre la utilización de fármacos estimulantes, usados comúnmente para el tratamiento de TDAH, estos no generan ningún efecto positivo en las personas con TEE, ya que no actúan sobre sus síntomas principales haciéndolos ineficaces, según relatan los participantes en dicho estudio, los estimulantes pueden incrementar los síntomas de ensoñación. En su lugar se propone el uso de antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) los cuales pueden ser beneficiosos si tomamos en cuenta la frecuente comorbilidad con depresión y trastorno obsesivo compulsivo en TEE (Ross, 2020).

4. Objetivos

4.1 Objetivo General:

Analizar desde una perspectiva psicopatológica la posible relación entre TDAH y TEE a fin de implementar estrategias que permitan identificar y brindar un tratamiento adecuado.

4.2 Objetivos específicos:

- Comparar la fenomenología de los procesos mentales en el TDH y en el TEE.
- Analizar las características de la ensoñación en estas patologías que pueden afectar la atención.
- Diferenciar la sintomatología semiológica en los dos trastornos.
- Proponer estrategias terapéuticas para amortiguar el impacto o el aumento de la ensoñación y proponer una estrategia de abordaje en el ámbito escolar.

5. Alcances y Limites

En el presente trabajo, además de abordar de manera comparativa dos trastornos psicopatológicos para así permitir su diferenciación, se propondrá un diseño terapéutico en el

ámbito escolar para mitigar el impacto de las ensoñaciones desadaptativas en el rendimiento escolar y la afectación en las relaciones interpersonales de niños y adolescentes. El diseño de dicho modelo será de tipo indicado. En el contexto de salud mental los programas de intervención indicados están dirigidos a personas que muestran signos tempranos de un trastorno o que tienen factores de riesgo conocidos para desarrollarlos, pero aún no han sido diagnosticados formalmente. El objetivo de este tipo de programas sería proporcionar intervenciones preventivas y estrategias para evitar o retrasar el desarrollo completo del trastorno de ensoñación excesiva (TEE).

El modelo de intervención propuesto abarcará una franja etaria determinada que corresponde a niños de 8, 9 y 10 años los cuales están cursando 4° grado de educación primaria, por lo que no será un programa diseñado para todos los grados y años escolares. Adaptaremos el lenguaje y el contenido de los ejercicios al contexto argentino debido a que los programas de intervención en los cuales basamos nuestro trabajo son de origen extranjero. Las estrategias a implementar pertenecen al marco teórico cognitivo conductual y al mindfulness.

En la siguiente investigación no se realizará un estudio de análisis de tipo cuantitativo, orientaremos nuestra búsqueda de información a la población infantil y adolescente entre los 0 y los 17 años, se debe tener en cuenta que debido a que la variable TEE ha sido desarrollada hace aproximadamente 15 años, existe poca información sobre este tema y en la mayoría de los estudios que se han realizado a la fecha no se discrimina la edad de sus participantes. Quedaran por fuera de la investigación otros trastornos del neurodesarrollo como lo son los del espectro autista, trastorno del desarrollo de la comunicación, trastorno del desarrollo intelectual, trastorno del espectro del tic y trastorno específico del lenguaje, así como otros constructos que afectan la atención como el tempo cognitivo lento conocido en inglés como Sluggish cognitive tempo, y fantasía autística.

6. Antecedentes

Durante el siglo XX, fue cambiando el concepto sobre los trastornos psicológicos en la infancia dándole cada vez mayor relevancia a su investigación. Abordaremos las diferencias en la forma de estudiar el TDAH desde que fue incluido en el DSM-III y los cambios que ha tenido en su diagnóstico y tratamiento hasta la época.

El concepto de la niñez ha cambiado mucho a través del tiempo. En épocas pasadas, los niños eran considerados como adultos en miniatura, sin reconocerse su singularidad, vulnerabilidad y necesidades específicas. Por lo cual no se realizaban muchos estudios sobre la psicología infantil. Con el surgimiento de disciplinas como la psicología y la pedagogía a lo largo del siglo XX, se comenzó a comprender la importancia de atender las etapas del

desarrollo infantil y a reconocer la diversidad de experiencias y realidades que enfrentan los niños en su crecimiento.

La primera descripción clínica sobre el TDAH que podemos encontrar nos remite a 1798 en la que el médico escocés Sir Alexander Crichton en su libro "Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental" denominó trastorno de agitación o inquietud mental a un estado de inquietud con incapacidad para atender con constancia. Esta descripción marcaría las bases para la posterior comprensión del TDAH. (López, 2016). Más adelante, en 1845 el médico psiquiatra, Heinrich Hoffman, ilustrador y escritor, publica la obra literaria Pedro el Greñudo, constituida por 10 cuentos que abordaban algunos problemas psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Uno de los relatos hace alusión a un niño travieso e incapaz de quedarse quieto el cual podría corresponder a TDAH.

En 1901, el pediatra británico Sir George Frederic Still realizó una investigación pionera que sentó las bases para el estudio moderno del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En su trabajo, titulado "Sobre algunos trastornos de la motilidad y la atención: un estudio clínico", describe un grupo de 43 niños con dificultades de atención y control de impulsos lo que llamó déficit de control moral, el autor los describe como niños con frecuencia agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina y excesivamente emocionales o pasionales (Pelayo, 2012). De acuerdo a las ideas evolucionistas de la época, se supuso que esta condición se debería a un fallo en la capacidad de una persona para regular su comportamiento de acuerdo con las normas sociales aceptadas.

Durante la primera mitad del siglo XX se continuó investigando la relación entre daño cerebral y conducta hiperactiva, sin embargo, los autores no encontraron más alteraciones orgánicas que en niños con otros trastornos. Hacia 1932 los investigadores Kramer y Pollnow describen el *síndrome hiperkinético de la infancia*, un cuadro clínico con síntomas que se encuentran en el TDAH. Tanto la hiperactividad: la imposibilidad de permanecer sentado, correr excesivamente, subir a muebles altos, estar continuamente moviéndose, tocar todo lo que está al alcance de su mano. Síntomas de inatención: distractibilidad por estímulos nuevos o la dificultad para completar tareas y, exceso de impulsividad: humor inestable y tendencia a la agresividad. Los síntomas estaban acompañados por problemas en la educación y en las relaciones interpersonales. Se presentaba en la primera infancia con una prevalencia máxima a hasta los 6 años. Siguiendo el espíritu biologicista de la época, los autores atribuían un origen orgánico al síndrome, una gran cantidad de los casos estudiados seguían a procesos febriles o convulsiones. Sus trabajos gozaron de mucha popularidad en la época, tanto así que el término hiperkinético fue incluido en la octava clasificación de enfermedades de la OMS, el punto de vista sobre el origen del síndrome como una causa orgánica al igual que la terminología empleada a su investigación influenciaron significativamente la psiquiatría europea de la época.

Para 1963 el grupo internacional de estudios de la neurología del niño de Oxford sostenía que las alteraciones en el comportamiento no pueden explicarse por daño cerebral por lo cual sugiere un cambio de terminología por disfunción cerebral mínima. A finales de la década, en 1968 el TDAH comenzó a ser incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su segunda edición DSM II, bajo el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia. Se describe al TDAH como un trastorno evolutivo benigno, con exceso de actividad, inquietud y distracción, una limitada capacidad de atención; se presenta especialmente en niños pequeños y tiende a disminuir con la adolescencia (López, 2016). El DSM III publicado en 1980 en donde aparece el trastorno como déficit de atención con o sin hiperactividad, llevando la parte motriz a un segundo plano, en este se establecen tres listas de síntomas y se establece un corte de edad de hasta 7 años y duración de los síntomas, y su exclusión con otros trastornos. Años después, para una cuarta edición publicada en el año 2000 el trastorno pasa a denominarse TDAH y se establecen tres subtipos predominantemente inatentos, predominantemente hiperactivo impulsivo y combinado. Se establece esta división en tres subtipos debido a que los síntomas se presentan de diferente manera en cada paciente y con diferente nivel de intensidad.

El lanzamiento del DSM V en el 2013, supone grandes modificaciones para el TDAH, se clasifica como un trastorno del neurodesarrollo indicando que se trata de una condición que afecta el desarrollo del sistema nervioso, se reconoce que puede persistir en la edad adulta y se establece un nuevo corte de edad hasta los 12 años. En cuanto a la variabilidad en su presentación, se siguen manteniendo los 3 subtipos, con predominio del déficit de atención o con predominio del subtipo hiperactivo impulsivo (López, 2016). Vemos como el concepto de TDAH ha cambiado a través de la historia desde sus primeras descripciones hasta el momento actual. Llama la atención que, gracias al desarrollo de la tecnología y las investigaciones con neuroimágenes, el trastorno ha vuelto a tomar una visión orgánica, con el origen asociado a una disfunción en el sistema nervioso central.

7. Estado del Arte

Se podría afirmar que, en las últimas décadas, la investigación sobre el TDAH ha ocupado un papel importante de la medicina y la psicología, pero de forma paralela desde mediados del siglo XX se desarrollaba otra corriente de investigación interesada en estudiar los fenómenos que se presentan en la ensoñación afectando la atención y el desempeño en general del individuo.

Durante mucho tiempo se ha entendido que los sueños derivan de información inconsciente, Freud (1908, 1962) sugirió que originalmente soñar despierto representa un intento de solución a un estado de privación o conflicto subyacente en el individuo y que la

fantasía que surge a la conciencia bien podría representar un acuerdo entre un deseo frustrado y las exigencias de la sociedad. Desarrollos posteriores han enfatizado en las funciones de la mente libre de conflictos. Hartman (1958), propone que la fantasía en sí misma no tiene por qué surgir únicamente de la frustración o de una gratificación no cumplida y puede tener una función adaptativa para el organismo desde un principio.

Existen diferentes términos para referirse a conceptos similares al ensoñamiento, divagación mental, pensamientos no relacionados con la tarea, pensamientos independientes del estímulo, absorción y propensión a la fantasía. Uno de los pioneros en la investigación sobre las ensoñaciones diurnas fue Singer (1966), quien en su libro "Daydreaming" encontró que aproximadamente el 96% de adultos estadounidenses presumiblemente normales y bien educados participan en algún tipo de ensoñación todos los días. También describió que esta actividad mental, suele ocurrir cuando las personas se encuentran solas y considera que principalmente se basan en planificar acciones futuras y revisar los contactos interpersonales.

Wilson y Barber (1981; 1983) mientras realizaban una investigación sobre hipnosis, descubrieron por casualidad un grupo de soñadores ávidos más tarde caracterizados como "personalidades propensas a la fantasía" citado en (Sommer, 2017). Estos individuos compartían una fuerte tendencia a vivir gran parte del tiempo, en un mundo lleno de imágenes, tramas y fantasía, creado por ellos mismos. Los autores calcularon que la predisposición a la fantasía se manifestaba en un 4% de la población y observaron que las ensoñaciones obedecían generalmente a experiencias adaptativas y habilidades fantaseadas.

Los autores también consideraban que un camino posible a la ensoñación excesiva, se genera como mecanismo de afrontamiento a la soledad, el aislamiento y para escapar de ambientes adversos. La evidencia ha mostrado que las personas con una fuerte tendencia a la fantasía generalmente están relacionadas con historias de infancias adversas, que incluyen abuso físico o sexual (Sommer, 2017).

Eli Sommer en el año 2002 introdujo por primera vez el concepto de Maladaptive daydream (ensoñación desadaptada, en español), que definió como una actividad de fantasía extensa que reemplaza la interacción humana, e interfiere con el funcionamiento académico, interpersonal o vocacional. En su primer artículo sobre el tema a "Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry" describió detalladamente el trastorno, en seis pacientes que presentaban severa dificultad en el funcionamiento social y vocacional, quienes parecían escapar de la realidad hacia una vida de fantasía como mecanismo de afrontamiento ante infancias difíciles y con experiencias de abuso. Sus ensoñaciones a menudo iban acompañadas de movimientos que Sommer denominó actividad cinestésica. El autor teorizó que TEE puede desarrollarse como una estrategia de afrontamiento ante experiencias adversas en la vida temprana.

Tras la publicación de su primera investigación sobre el tema (Somer, 2002), aunque el artículo no tuvo una gran repercusión a nivel científico, el autor relata que empezó a recibir cientos de mails sobre sujetos de todas partes del mundo que se identificaban como personas que sufren de TEE y buscaban ayuda. También fueron apareciendo numerosos foros y páginas web en las que de forma anónima participantes de todo el mundo relataban como padecían de los mismos síntomas de forma secreta desde hace muchos años.

Los autores Schupak y Rosenthal (2009) presentaron un estudio de caso de una mujer preocupada por sus ensoñaciones excesivas. El caso era muy similar al de los pacientes de Somer (2002), pero no padecía ningún otro trastorno psiquiátrico, ni había experimentado adversidad infantil. La paciente fue tratada con éxito durante más de 10 años con terapia con fluvoxamina, que supuestamente la ayudó a controlar sus ensoñaciones. El hecho de que esta paciente respondiera a un medicamento que influye en la vía serotoninérgica, implicaba que había alguna irregularidad a nivel neuroquímico, por lo cual se teorizó la posibilidad de que algunas ensoñaciones puedan estar relacionadas con trastornos de tipo obsesivo compulsivo.

La posibilidad de que exista más de una vía que conduzca a TEE fue investigada más a fondo por Bigelsen y Schupak (2011), quienes presentaron datos de 90 personas que se identificaron como “fantaseadores excesivos” o “desadaptativos”. Los participantes compartían una serie de preocupaciones, particularmente se preocupaban por la gran cantidad de tiempo que implicaban sus ensoñaciones, las cuales incluían un elevado nivel de inmersión y poseían tramas estructuradas. En el 79% de los casos, las ensoñaciones eran acompañadas de algún tipo de actividad cinestésica. Los resultados indicaron que las ensoñaciones proveían a los participantes de una fuente inagotable de consuelo y satisfacción emocional, pero al mismo tiempo causaban angustia a través de tres factores: dificultad para controlar la necesidad o el deseo de fantasear, preocupación por la cantidad de tiempo dedicado a fantasear y que esto interfiera con las relaciones interpersonales, e intensa vergüenza respecto a sus fantasías resultando en un gran esfuerzo personal por mantener oculta esa conducta. Mas del 70% de los participantes, no reporto maltrato ni abuso infantil, lo que proporciona evidencia de que el trauma, aunque es un factor que predispone, no es necesariamente causa de TEE. Se ha encontrado una fuerte relación entre TEE y los movimientos estereotipados que se presentan durante las ensoñaciones, el trastorno de movimientos estereotipados consiste en movimientos coordinados, repetitivos y rítmicos como caminar, o el aleteo de las manos.

Robinson y Woods (2016) estudiaron diez niños que describieron su participación voluntaria en ensoñaciones profundas con movimientos estereotipados. Se informó que los movimientos ocurrían como una respuesta secundaria a la imaginación, los movimientos estereotipados ocurrían típicamente cuando el niño estaba aburrido o relajado, por lo que los autores plantearon la hipótesis de que probablemente refleje una necesidad de aumentar la estimulación cognitiva en esos momentos. Los autores sugirieron que participar en episodios

de ensoñación con imágenes intensas puede servir para aumentar la estimulación cognitiva, mientras que los movimientos estereotipados pueden servir para mejorar la concentración y proporcionan una ganancia sensorial durante las ensoñaciones. Los autores propusieron que el trastorno por movimientos estereotipados en la infancia, podría representar el precursor infantil de TEE.

Durante los últimos años, varios investigadores han abordado el estudio del TEE y sus características, en algunos casos se le considera una adicción comportamental, ligado a trastornos del espectro obsesivo compulsivo, pues se presentan semejanzas con los trastornos relacionados con el control de impulsos, pérdida de control, impulso irresistible y sensación de alivio seguido de culpa (Somer, 2017), muchas de las personas con TEE manifiestan no poder controlar la cantidad de tiempo que le dedican a sus ensoñaciones, en las cuales pueden pasar horas inmersos en fantasía, para luego sentir culpa y refieren un gran esfuerzo para mantener dicha actividad en secreto. Somer también argumenta que el TEE puede ser visto como un trastorno disociativo, debido a la intensa concentración en mundos de fantasía desconectándose de su entorno inmediato, la absorción disociativa se relaciona con la capacidad de estar inmerso en un estímulo interno, como en una ensoñación mientras se descuida la atención a los estímulos externos. Podría implicar un estado de desconexión del ambiente, con gran dificultad para controlar el tiempo dedicado a las fantasías.

Por su parte, el trabajo de (Vyas, 2023) arroja luz sobre el fenómeno de la ensoñación, su potencial carácter desadaptativo y las características de la TEE, así como posibles intervenciones que pueden implementarse para abordarla, a través de una revisión conceptual general de la condición de TEE. En el análisis documental ha demostrado que la TEE puede causar angustia y afectar el funcionamiento normal de un individuo, se han identificado criterios de diagnóstico y síntomas específicos. Asimismo, señaló que para comprender, evaluar y tratar los síntomas relacionados con el TEE se deben utilizar entrevistas clínicas programadas, medidas de autoinforme y módulos de tratamiento específicos para cada caso.

8. Marco Teórico

Para poder abordar de forma ordenada el marco teórico, que se utilizará en el desarrollo de esta tesina, se decidió subdividirlo de la siguiente manera:

8.1 Ensoñación

La ensoñación es una actividad mental común de la conciencia, durante la que se experimentan episodios de creación de ficción privada. A principios del Siglo XX Freud proponía que soñar despierto representa un intento de solución a un estado de privación o

conflicto, y que la fantasía que surge a la conciencia representa un acuerdo entre un deseo frustrado y las exigencias de la sociedad (Freud, 1908). Hartman por su parte propone que la fantasía en sí misma no surge necesariamente de frustraciones o gratificaciones no cumplidas, considera que podría estar cumpliendo una función adaptativa para el organismo (Hartman, 1960). Algunos teóricos consideran que los ensueños surgen del juego en la infancia, otros apuntan al papel reconfortante que cumple en momentos de angustia o presión, lo que sugiere que podría estar cumpliendo una función de auto consuelo que se originó en experiencias de la infancia muy temprana (Schimmenti, 2019).

Las primeras investigaciones sobre el ensueño a mediados del siglo XIX se le atribuyen a Jerome L. Singer quien estableció que el ensueño es un fenómeno común de la conciencia, que ocurre con mayor frecuencia antes de dormir, que la mayoría de los ensueños parecen ser orientados hacia eventos gratificantes y las personas los disfrutan. En investigaciones posteriores clasifico los ensueños de tres maneras diferentes:

- Ensoñación positiva y constructiva: la imaginación está asociada con el pensamiento constructivo.
- Ensoñación culpable o disfórica: fantasías perturbadoras constituyen el contenido principal de los ensueños.
- Ensoñación caracterizada por un control atencional deficiente: el individuo muestra gran dificultad para mantener la concentración en su pensamiento en curso o en la tarea externa.

Vemos como en dichos estudios pioneros sobre el ensueño ya se distinguían algunas formas saludables y otras problemáticas de ensueño.

8.2 Divagar de la mente o Mind Wandering (MW)

El divagar de la mente conocido en inglés como Mind wandering, se refiere a un estado mental el cual los pensamientos se desvían espontáneamente de sus objetivos actuales y vuelven hacia procesos internos. Por lo tanto, el MW puede definirse como una forma de mentalidad desvinculada de las tareas externas y percepciones sensoriales inmediatas. Se puede encontrar MW asociado a términos como pensamientos no relacionados en la tarea, distracción, o episodios de ensoñación. Se trata de un fenómeno complejo que puede afectar la cognición y el comportamiento (Ziane, 2024). Mientras que algunos estudios destacan la ventaja en cuanto a la creatividad, otros estudios señalan sus efectos nocivos, asociados a rendimientos más pobres en tareas cognitivas exigentes que requieren atención sostenida y enfoque prolongado en una tarea específica. Se ha estudiado su relación con el rendimiento académico señalando MW como un problema que interviene negativamente.

El control ejecutivo hace referencia a un conjunto de procesos mentales que permiten regular y dirigir la atención, comportamiento y cognición para lograr metas específicas, se ha propuesto que MW surge por una falla en el control ejecutivo bien sea por no poder mantener los procesos orientados hacia la tarea actual, o por no inhibir los pensamientos interferentes. Se trata de un cambio de atención lejos de los estímulos externos y orientado hacia metas internas lo que compite con la tarea actual por los recursos de memoria de trabajo y atención. (Shchimenti, 2019).

8.3 Absorción disociativa (estado similar al trance)

El concepto de Absorción Disociativa (AD) hace referencia a una interrupción en la integración normal de la experiencia, se presenta como un estrechamiento de la atención y la propensión a sumergirse en un único estímulo, ya sea externo como podría ser una película o un estímulo interno como una fantasía, mientras que al mismo tiempo se descuidan otros estímulos del entorno. Se considera que se trata de un estado automático que no es voluntario y carece de autoconciencia. (Soffer-Dudek, 2015).

Los orígenes del concepto están relacionados con las investigaciones sobre hipnosis realizadas por Hilgard acerca de la participación imaginativa, encontró que algunos individuos que son altamente hipnotizables y experimentan eventos imaginados con una inmersión casi total, ignorando los estímulos del entorno, lo que se denominó absorción e implicación imaginativa. Posteriormente Carlson y Putman en 1993 desarrollan la escala de experiencias disociativas (DES-II) en la cual se consideran tres subescalas de la disociación: despersonalización-desrealización, amnesia disociativa y absorción e implicación imaginativa.

Al igual que todos los fenómenos psicológicos, AD se puede presentar como un gradiente con diferentes intensidades, en situaciones comunes para todas las personas como al conducir a un lugar y percatarse de no tener recuerdo sobre algunas partes del camino, o presentarse de una manera tan intensa e invasiva que puede representar una desintegración o división de la conciencia, que está asociada a índices psicopatológicos como la angustia, la ansiedad, psicoticismo y los síntomas obsesivo-compulsivos (Soffer-Dudek, 2015).

Teniendo en cuenta los conceptos que hemos visto anteriormente, encontramos que al igual que Mind Wandering (MW) y la ensoñación, la absorción disociativa (AD) se presenta como un desacoplamiento de la atención sobre la percepción sensorial, la cual desplaza su enfoque hacia la mentación generada internamente. Sin embargo, a diferencia de MW y el ensueño, la AD es un fenómeno que puede estar enfocado hacia un estímulo interno como el ensueño, o hacia un estímulo externo como la música o una película. Es en la intensidad y la falta de voluntariedad del enfoque inmersivo tipo trance durante estas experiencias lo que define si se presentan dentro del rango normal o está del lado de la psicopatología disociativa.

Es la fuerte inclinación a mantenerse en el estado desacoplado, lo que posiblemente sea la característica que define su severidad (Soffer-Dudek, 2019).

8.4 Trastorno por ensoñación Excesiva (TEE)

El trastorno por ensoñación excesiva, conocido en inglés como Maladaptive Daydream (MD) se trata de una condición psicopatológica descrita recientemente, caracterizada por la presencia de fantasías diurnas complejas que se presentan de forma recurrente lo que lleva a extremos disfuncionales (Vázquez, 2020). Las personas que lo padecen experimentan periodos de actividad imaginativa con alta inmersión de forma recurrente dificultando la concentración en tareas cotidianas y afectando sus relaciones interpersonales, varios estudios han encontrado que las personas con ensoñaciones desadaptativas son más propensas a presentar síntomas de depresión, ansiedad y disociación (Theodor-Katz, 2022).

En el TEE se presenta una actividad que difiere del soñar despierto normal en términos de experiencia, contenido, cantidad, control, angustia e interferencia con la vida cotidiana. Implica fantasías sobre un yo idealizado, incluye motivos de compañerismo, romance y guiones compensatorios como el poder, el escape, el rescate. Es una forma de imaginación inusual que es vivida y adictiva, obstaculizando las responsabilidades académicas o laborales. Las personas con TEE reportan que en sus ensoñaciones sus narrativas incluyen sus yo idealizados o personajes que son conflictivos pero gratificantes, por lo que se genera una compulsión a ensoñar repetidamente (Shanbhag, 2024).

Para el diagnóstico del TEE los investigadores de la universidad de Haifa, en Israel han desarrollado la escala Maladaptive Daydream Scale (MDS-14) y un modelo de entrevista estructurada en inglés Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming (SCIMD). La escala de ensoñación maladaptativa es un cuestionario autoadministrable con 14 ítems que evalúan la presencia y la intensidad de experiencias relacionadas con la ensoñación maladaptativa. Se utiliza una escala Likert de 10 puntos en la que los participantes indican la frecuencia y el impacto de sus ensoñaciones en diversas áreas de su vida. Estudios se han realizado en varios países utilizando la escala, y se propone que es capaz de discriminar eficazmente entre individuos con y sin ensoñación maladaptativa mostrando buena sensibilidad y especificidad en la identificación de este fenómeno (Somer, 2017). La entrevista clínica estructurada para la ensoñación maladaptativa (SCIMD) es un instrumento constituido por una serie de preguntas específicas, el entrevistador deberá indagar sobre la presencia de ensoñaciones recurrentes en los últimos 6 meses, así como la intensidad y la inmersión que experimenta durante estos episodios. Además, se exploran posibles desencadenantes tales como la exposición a música o movimientos repetitivos, se evalúa si la duración e intensidad de las ensoñaciones se incrementa en ausencia de otras personas. Las preguntas se formulan de

forma estructurada para determinar si el individuo cumple con los criterios diagnósticos propuestos para TEE.

8.4.1 Ensoñación desadaptativa

Se ha descrito en el marco de investigaciones de Maladaptive daydream y hace referencia un tipo de ensoñación con duración variable, las ensoñaciones pueden tardar unos pocos segundos, minutos e incluso horas, durante la ensoñación se presentan fantasías vividas y complejas construidas por las personas. Los investigadores han descrito el fenómeno como un evento en el que se presenta absorción disociativa interfiriendo o ignorando por completo los estímulos del entorno.

8.5 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico del desarrollo que se caracteriza por patrones persistentes de inatención y/o impulsividad e hiperactividad que interfieren con el funcionamiento adecuado de un individuo, afecta la capacidad de una persona para prestar atención, controlar sus impulsos y regular su nivel de actividad, teniendo un impacto negativo en áreas de su vida como el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el autoestima (Faraone, 2018).

El TDAH puede manifestarse con diferentes formas y en diferentes grados de severidad, aunque sus síntomas suelen aparecer desde la primera infancia, antes de los 12 años, puede persistir en la adolescencia y en la edad adulta. Se considera que se presenta en un 5% a un 10% de la población infantil y abarca hasta un 50% de las consultas en psiquiatría infantil (Vasconcelos, 2018). Las características principales son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Los criterios diagnósticos se refieren a un conjunto de síntomas que deben estar presentes para que un trastorno sea identificado para el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2013), en el TDAH se presenta un patrón constante de hiperactividad e impulsividad con falta de atención que interviene en el desarrollo de la persona afectando su desempeño laboral, escolar y/o social (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Para su diagnóstico es necesario que se cumplan 6 o más de los síntomas descritos por el manual, tales como inatención, hiperactividad e impulsividad. Los síntomas deben mantenerse por un período de al menos 6 meses en donde se vean afectado tanto las actividades sociales, como las actividades académicas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

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

1. **INATENCIÓN:** Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales.

Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

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

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

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

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

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

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

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

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

2. HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

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

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si lo impulsara un motor (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras

personas sin esperar recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

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

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

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

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

8.6 La Atención

El concepto de atención ha sufrido múltiples cambios a lo largo de la historia, una de las primeras definiciones la realizó William James en 1890 (pp. 403-404) y establece que:

La atención es la toma de posesión de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios simultáneamente posibles objetos o trenes de pensamiento. Focalización, concentración de la conciencia son su esencia. Implica la retirada de algunas cosas con el fin de hacer frente eficazmente a las demás, y es una condición que tiene un verdadero opuesto en el estado mental de despiste, confusión y aturdimiento.

Esta definición puede corresponder a lo que se define hoy con varios términos, atención focalizada, orientación, atención selectiva, y otros.

En la presente tesina adoptaremos la teoría de Posner y Petersen (1990), quienes basan su modelo en el concepto de redes cognitivas y anatómicas encargadas de la atención. Dichas redes son independientes y específicas en su funcionamiento, pero interactúan entre ellas. Los investigadores han identificado tres principales redes encargadas de la atención (Fernández, 2014):

- **Red de orientación:** Se activa cuando se requiere dirigir la atención hacia un estímulo específico en el entorno. Es responsable de seleccionar y focalizar la atención en un objeto o evento en particular, mientras se inhiben distracciones interferentes. La red neuronal implicada es bastante grande y consiste en la corteza parietal, el surco precentral de la corteza frontal, el colículo superior y el tálamo.
- **Red de Vigilancia:** Encargada de lograr y mantener el estado de alerta general y vigilancia sobre el entorno. Es responsable de detectar estímulos relevantes y prepara el organismo para responder ante posibles amenazas o eventos importantes. De acuerdo con este modelo las regiones cerebrales implicadas son la corteza frontal y parietal derechas.
- **Red ejecutiva:** Se encarga de supervisar y regular la ejecución de tareas cognitivas complejas. Es responsable de la planificación, toma de decisiones, control inhibitorio y resolución de problemas. En síntesis, se encarga de coordinar y ajustar el funcionamiento de otras redes de manera voluntaria según las demandas del entorno y las metas de la persona. Se cree que las áreas implicadas en la atención ejecutiva incluyen la corteza cingulada anterior y el área motora suplementaria, la corteza orbitofrontal, la corteza prefrontal dorsolateral y secciones de los ganglios basales y del tálamo.

La atención es una de las funciones que se afectan más fácil ante una lesión cerebral. Después de la memoria, la atención es la queja más frecuente que reportan los pacientes que han sufrido de una lesión cerebral traumática. Los problemas de atención se pueden presentar en muchas enfermedades tales como enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, epilepsia y demencia por VIH, sólo por mencionar algunas de ellas.

8.7 Inatención

Corresponde a la dificultad o incapacidad para mantener la atención de manera continua en tareas, especialmente en aquellas que no son altamente motivadoras. Se presentan frecuentes olvidos, despistes, pérdida de objetos, dificultad para seguir ordenes e instrucciones, cambios de tema de manera brusca, no atender a detalles como los signos de las operaciones matemáticas o los enunciados de los ejercicios. Se acompaña de un rendimiento inferior a lo esperado para su edad al cometer errores por descuido.

8.8 Hiperactividad

Se refiere a un patrón constante de comportamiento motor excesivo e intrusivo, se caracteriza por elevada presencia de actividad física e inquietud con dificultad para quedarse quieto en situaciones en la que se requiere quietud. Se presenta con dificultad para permanecer sentado, movimientos constantes de manos o pies, dificultad para jugar o trabajar de manera tranquila e incapacidad para mantener la atención en una tarea durante periodos prolongados (Rusca-Jordán 2020). Las personas que presentan dicho patrón sufren frecuentemente de accidentes debido a su actividad desorganizada, generalmente no logran terminar las acciones que empezaron, hablan excesivamente a veces muy rápido y con tono muy alto.

8.9 Impulsividad

Se presenta como una tendencia a actuar de manera rápida sin considerar las consecuencias de las acciones. Puede manifestarse de diversas maneras como dificultad para esperar un turno, interrumpir a otros durante una conversación, tomar decisiones impulsivas sin pensar en los posibles eventos que puedan ocurrir a continuación, también se puede manifestar al buscar gratificación de forma inmediata en lugar de planear objetivos a largo plazo.

8.10 Las Funciones ejecutivas

Se definen como un conjunto de habilidades cognitivas superiores que nos permiten planificar, organizar, tomar decisiones, controlar impulsos y resolver problemas. Son esenciales para el funcionamiento diario ya que nos permiten llevar a cabo tareas complejas, adaptarnos a situaciones cambiantes y alcanzar metas a largo plazo. A nivel cerebral, implican la coordinación de varias regiones del cerebro especialmente la corteza prefrontal que actúa como director ejecutivo. Además de cumplir un importante papel en la cognición, las funciones ejecutivas también están estrechamente relacionadas con la regulación emocional y el comportamiento social adecuado.

8.11 Default Mode Network (DMN)

La red de modo predeterminado, red de tareas negativas o Red Neuronal por Defecto (DMN) describe un conjunto de áreas cerebrales conectadas entre ellas que están más activas en estado de reposo que durante las tareas cognitivas orientadas hacia el exterior. Cuando se genera una demanda de atención por estímulos externos la actividad de DMN disminuye y la

activación de redes de tareas positivas se incrementa (Blanco-San Martín, 2023). En los últimos años la investigación sobre el TDAH se ha enfocado en la función de esta red en el trastorno y en las características morfológicas que lo acompañan.

9. Metodología

9.a Procedimiento

En el presente trabajo se realizará una revisión bibliográfica de tipo exploratorio descriptivo con el fin de comprender la relación existente entre estos dos trastornos que afectan la conducta, describir cuáles son sus similitudes por las cuales podríamos suponer que el TEE pueda haber sido solapado por el TDAH durante mucho tiempo, y en que radican sus diferencias tanto a nivel fenomenológico en su forma de presentación de síntomas, e investigaremos avances recientes en neuropsicología sobre las características morfológicas del cerebro que se han encontrado en TDAH y durante periodos de ensoñación y atención dirigida.

Asimismo, Propondremos un diseño de intervención escolar para niños que presentan ensoñación desadaptativa, para lo cual nos basaremos en los desarrollos de la terapia cognitivo conductual y el mindfulness. Para las dos variables se seleccionó literatura actual y clásica. Para la investigación se han utilizado trabajos recopilados de Ebsco, pubmed, Scielo, Research Gate, Google académico, Redalyc, entre otras.

9.b Índice comentado

A continuación, se detallarán los capítulos que se efectuaron para el presente trabajo y se describe una breve reseña del contenido de los mismos.

Capítulo 1: Establecer relaciones entre TEE y el TDAH

El capítulo analiza cuales son las relaciones a nivel fenomenológico entre los dos trastornos y expone a nivel morfológico cuales son las principales áreas afectadas en el sistema nervioso central (SNC) en el caso del TDAH, se realizan inferencias sobre las áreas que podrían estar involucradas en el TEE ya que hacer una patología recientemente descubierta no contamos con estudios imagenológico al respecto.

Capítulo 2: Propuesta de intervención psicológica en el ámbito académico

En este capítulo se propone un modelo de intervención escolar en el cual se plantean estrategias para amortiguar el impacto de la ensoñación desadaptativa en el ámbito escolar, si

bien el programa está orientado a niños que presenten síntomas relacionados con el TEE puede ser aplicado a los estudiantes de 8, 9 y 10 años que no presentan ninguna patología. Se espera que las intervenciones propuestas puedan estar asociadas a un mejoramiento en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales, comportamiento social, establecimiento de vínculos de amistad y un adecuado manejo de la impulsividad.

Capítulo 1: Establecer relaciones entre el TEE y el TDAH

El trastorno por ensoñación excesiva (TEE) es una condición psicopatológica recientemente descrita, muchas de las investigaciones que se han abocado al estudio de esta psicopatología, han encontrado que se presenta comorbilidad con el TDAH, lo que significa que es común que se presenten juntos, especialmente en el caso del TEE, en estudios realizados se ha encontrado que el 77% de las personas con esta condición, también presentan TDAH. En el caso contrario, un 22% de las personas diagnosticadas con TDAH se consideró que cumplían con los parámetros para presentar TEE también (Theodor-Katz, 2022).

Las personas que han sido diagnosticadas con TEE relatan en sus entrevistas varios factores en común, uno es el hecho de pasar varias horas al día inmersos en ensoñaciones elaboradas de tipo fantástico lo cual ha influido negativamente en su calidad de vida y genera angustia, también manifiestan que dicha actividad les genera vergüenza por lo cual prefieren practicarla de manera privada y no le cuentan a nadie sobre ello (Bigelsen J, 2011). Teniendo en cuenta dichos testimonios, podríamos inferir que a nivel fenomenológico las personas que presentan dichos episodios de ensoñación parecerían distraídas, con la mirada perdida en el horizonte mientras acompañan sus ensoñaciones por expresiones faciales y en algunos casos movimientos estereotipados (Robinson, 2016).

Personajes con ensoñaciones que interfieren con su vida diaria han sido llevados al cine en películas como “la increíble vida de Walter Mitty”, en la cual un editor fotográfico evade el aburrimiento mediante pequeñas vacaciones mentales durante las que sueña protagonizar aventuras fantásticas, y “la ciencia de los sueños” del director Michel Gondry quien con una mezcla de surrealismo y escenarios imaginados presenta una película sobre un joven que tras la muerte de su padre inicia en un nuevo empleo monótono, pero se va refugiando poco a poco en la fantasía y se ve atrapado en intensos sueños que empiezan a apoderarse de su vida.

En el caso del niño con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) su presentación puede darse en tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y combinado. En el caso de tipo hiperactivo, los niños presentarían comportamientos que reflejan su dificultad para regular la actividad motora y la atención, estar constantemente en movimiento con dificultad para permanecer quietos, actuar de manera impulsiva sin pensar en las consecuencias de sus acciones, dificultad para

concentrarse en tareas o seguir instrucciones y pueden mostrar comportamientos desafiantes, tener dificultad en el manejo de las emociones y presentar dificultad en las relaciones sociales. (Vasconcelos, 2018).

En los niños con TDAH de predominio inatento, los síntomas están asociados a una pobre atención a los detalles, por lo cual cometen variedad de errores en las tareas académicas, presentan dificultad al seguir instrucciones, parecen no escuchar y tener la mente en otra cosa. Se presentan dificultades para organizar las tareas y actividades, lo que representa un grave problema para planificar una conducta, se distraen fácilmente con estímulos externos debido a una dificultad para sostener la atención en un estímulo. En síntesis, los niños con TDAH de tipo inatento son niños ausentes o ensimismados, infantiles y sumidos en ensoñaciones, tienen dificultad para seleccionar el estímulo relevante y se centran en cualquier estímulo irrelevante. Son olvidadizos ya que al no prestar la atención suficiente no retienen información por mucho tiempo (Vasconcelos, 2018).

Encontramos que los episodios de ensoñación también aparecen en el TDAH al igual que en el TEE, pero la forma de presentación de los síntomas parece diferir. Uno de los aspectos a tomar en cuenta es que la mayoría de las distracciones en TDAH son externas mientras que la atención en las personas con TEE está comprometida con la fantasía (Theodor-Katz, 2022). En los estudios realizados sobre la comorbilidad de estas condiciones psicopatológicas, se encontró que la mayoría de los participantes con TEE mantenían un predominio de inatención en su vida diaria, lo que sugiere que la ensoñación excesiva y absorbente podría estar asociada con la distracción y con dificultad para mantener la atención en tareas externas.

Los datos de investigaciones sobre TEE confirman la existencia de déficit de atención entre los individuos con TEE. En el estudio realizado por (Sommer, 2017) identificaron que el 76% de los individuos diagnosticados con TEE también cumplieron con los criterios diagnósticos para TDAH especialmente del tipo inatento, en un 69% de la muestra. Los participantes en la investigación atribuyeron sus problemas de atención a las ensoñaciones y afirmaron que estas aparecieron antes que el TDAH. Los investigadores sugieren entonces que se trata de un trastorno de atención comórbido, más evidencia al respecto estaría representada por el 23% de los individuos diagnosticados con TEE que no cumplía con los criterios para TDAH, lo que muestra que este último no podría explicar completamente al TEE.

Otras investigaciones apuntan a que la diferencia fundamental radica en la intensidad de las ensoñaciones, en las cuales se presenta absorción disociativa, fenómeno en el que se presenta una interrupción en la integración normal de la experiencia, la atención se estrecha y sumerge en un único estímulo, ya sea externo o interno mientras al mismo tiempo se ignoran o desestiman los estímulos del ambiente (Soffer-Dudek, 2015) consideran que se trata de un estado automático que no es voluntario y carece de autoconciencia. Siendo la absorción un

fenómeno normal, la absorción disociativa se ubicaría en el extremo patológico de dicho fenómeno.

Por otro lado, las ensoñaciones que se presentan en el TDAH sobre todo de tipo inatento parecen estar más relacionadas con eventos de distracción en los que se dificulta mantener la atención en un solo foco, por el contrario, la atención va alternando por varios estímulos del entorno que resultan llamativos. Consideramos que no deben ser muy frecuentes los episodios prolongados de ensoñación en pacientes con TDAH, sería difícil para ellos mantenerse parcialmente quietos durante estos eventos. Si bien se han reportado movimientos estereotipados durante las ensoñaciones en TEE, corresponden a pequeños movimientos con las manos, con la cabeza, o con los pies, no representando la hiperactividad motora característica en los casos de niños con TDAH.

Se han utilizado numerosas técnicas para estudiar morfológicamente y funcionalmente el cerebro de sujetos con TDAH y existe numerosa evidencia que muestra anomalías en los cerebros de niños y adultos que presentan esta psicopatología, sobre las alteraciones que se muestran en estudios con imágenes estructurales, la mayoría de las investigaciones se han centrado en región fronto-estriatales que demuestran una reducción del espesor cortical en la corteza prefrontal, en el núcleo caudado, el putamen y el globo pálido. En los estudios de imágenes funcionales, se han encontrado déficit en la actividad neuronal en los circuitos fronto-parietales, fronto-estriados y, especialmente en la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal dorsolateral y la corteza prefrontal inferior. Mostrando anomalías no solo durante el reposo, sino también durante condiciones de actividad (Fernández, 2014).

Se han encontrado asimetrías cerebrales en niños con TDAH que reflejan una reducción de un 5.4% de volumen cerebral en comparación con niños control (Castellanos, 2004), los estudios han detectado que el volumen total del cerebro y el cerebelo en estos niños es más pequeño que en el grupo control, y que existen anomalías en el córtex frontal (área implicada en la atención, planificación y ejecución de tareas) y en los núcleos caudados, base de la sustancia gris que están relacionados con los procesos de atención. Las áreas relacionadas con la atención, planificación y coordinación se encuentran en el lóbulo frontal, el córtex cingulado izquierdo, el lóbulo parietal y el cerebelo.

Las hipótesis del origen anatómico del TDAH se han centrado en el papel que desempeña la corteza prefrontal, por los estudios de neuroimagen, se sabe que la corteza prefrontal derecha es más grande que la izquierda en casos normales, pero en niños con TDAH dicha relación se invierte resultando con un córtex prefrontal derecho más pequeño que el izquierdo, los investigadores asocian dicha reducción en la corteza con problemas en el control inhibitorio, típico del TDAH. Otra región que se ha visto afectada es el cerebelo, encargado de funciones de control, de coordinación en actividades motoras y no motoras, en los pacientes con TDAH se encontró una reducción en su vermis cerebeloso como también en

sus lóbulos postero inferiores (Leon, 2010) las alteraciones en el cerebelo podrían estar asociadas con problemas en las funciones cognitivas, como la atención y el procesamiento del lenguaje, en las investigaciones se reportan déficit en el recuerdo visual, alteraciones ejecutivas y dificultad en la comprensión de situaciones sociales.

En el caso del TEE, al ser una patología recientemente descrita, no se encuentran disponibles investigaciones a nivel neuropsicológico sobre las estructuras que pueden estar afectadas. En una nueva corriente de investigación, se ha identificado la red neuronal por defecto (Default Mode Network), constituida por un conjunto de áreas cerebrales conectadas entre sí que se encuentran más activas durante el estado de reposo, una vez que se orienta la atención para desarrollar una tarea cognitiva que demanda atención, la actividad de la DMN disminuye, y se inicia la activación de la red de tareas positivas (Related Task Network). Las áreas implicadas en esta red se pueden ubicar en la corteza prefrontal medial, la corteza cingulada posterior y el giro del cíngulo. Consideramos que en los casos en los que se presenta TEE, los resultados en un estudio de neuroimágenes de tipo funcional indicarían una activación sostenida y elevada en el DMN, que se presentaría con mayor frecuencia y duración que en pacientes sin ninguna patología.

Capítulo 2: Propuesta de intervención psicológica en el ámbito académico

Tal como fue señalado en el apartado de procedimiento y objetivos de trabajo, en el presente capítulo se propondrá un diseño de intervención escolar con el fin de proponer estrategias terapéuticas para amortiguar el impacto y el aumento de la ensoñación desadaptativa en el ámbito escolar. Se espera que las intervenciones propuestas puedan estar asociadas a un mejoramiento en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales, comportamiento social, establecimiento de vínculos de amistad y un adecuado manejo de la impulsividad.

Como hemos abordado en el capítulo anterior el trastorno por ensoñación excesiva (TEE) es una patología individual y diferente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), sin embargo, presentan alta comorbilidad manifestándose TDAH en hasta un 77% de los casos diagnosticados con TEE. Es por esta razón que la intervención está dirigida a todo el alumnado de cuarto grado de primaria, pero enfocada especialmente a los niños que presenten síntomas de TDAH y dificultades generales que pueden derivarse de los problemas de atención e hiperactividad.

Características del programa

El programa propuesto es de tipo indicado (Gordon tal como se cita en Greenberg, 2001) es decir, tiene como objetivo trabajar con niños que muestran signos prodromales de TEE, pero no cuentan con el diagnóstico del mismo, a su vez el programa está diseñado para trabajar con todos los niños del aula, es decir que apunta al trabajo con niños que presentan dificultades en la atención, pero no se encuentra limitado a los mismos. Las técnicas a emplear involucran a todos los niños del curso debido a que se trabaja desde la prevención. Según la OMS (1998, citado en Escobar Sáez, 2017) la prevención en salud son aquellas acciones realizadas con el fin no solo de prevenir que se presenta una enfermedad, como el de reducir los factores de riesgo, sino además detener el avance.

El programa está dirigido a estudiantes de 4 grado de educación primaria, se ha decidido acotar la franja etaria a niños de 8, 9 y 10 años, ya que el objetivo es la prevención; esperamos que tanto en el caso de TDAH como en el TEE se pueda evitar una cronificación y agravamiento de los síntomas, a su vez consideramos que los niños de esta edad cuentan con un grado de abstracción cognitiva suficiente para poder realizar las actividades a presentar. Dadas las características de las patologías implicadas, el programa no intenta reemplazar otras herramientas terapéuticas como la medicación o la psicoterapia. Se pretende brindar estrategias para un mejor desempeño en el día a día para niños en edad escolar.

El programa ha sido dividido en tres componentes que consideramos pueden ser de utilidad tanto en los casos de niños con TDAH + TEE como en el caso de niños sin ningún diagnóstico ya que se brindan estrategias de relajación, focalización, control de impulso y mejora de habilidades sociales que pueden ser beneficiosas para todos los niños del aula. El alumno con TDAH suele mostrar algunos síntomas en el día a día del aula, presentando dificultades para planificar u organizar tanto su horario como las tareas y los útiles escolares, dificultad en la inhibición de estímulos distractores y en definitiva, en el mantenimiento del nivel atencional necesario.

Para la formación del programa se utilizaron lineamientos teóricos relacionados con el TDAH ya que para el TEE aún no se encuentra bibliografía disponible sobre tratamiento en el entorno escolar y algunos de sus síntomas como los que afectan la atención son similares. Nos hemos basado en tres programas de intervención, los cuales han sido adaptados al contexto en el que se presentara:

1. Módulo atención plena: Programa Aulas Felices

Desarrollado por el equipo SATI del centro de profesores y recursos Juan de Lanuza en Zaragoza, (institución educativa que brinda apoyo, formación y recursos para profesionales y docentes de la región de Zaragoza, España) el programa Aulas Felices fue publicado en 2010 de forma gratuita y aborda temas como el bienestar emocional y el desarrollo personal de

estudiantes y docentes. Toma como eje central dos conceptos de espacial relevancia de la psicología positiva: la atención plena y la educación de las 24 fortalezas personales. El programa pretende potenciar el aprendizaje y la felicidad en los alumnos y profesores. La atención plena les ayuda a vivir conscientemente, a disfrutar y manejar mejor su vida. Las fortalezas personales les permiten cultivar rasgos de personalidad duraderos y estables para potenciar su bienestar personal. Orientado a niños de 3 a 18 años contiene como eje central el módulo de atención plena y módulos específicos para trabajar las fortalezas personales, para el desarrollo de nuestro programa de intervención escolar hemos seleccionado ejercicios relacionados únicamente con el módulo de atención plena, con el objetivo de aportar estrategias de relajación, aumentar la concentración, reducir automatismos y lograr un mejor control de pensamientos, emociones y conductas.

2. Módulo de entrenamiento mediacional cognitivo o autoinstrucciones: Programa adaptado por Orjales (1999).

El entrenamiento en autoinstrucciones fue desarrollado por Meichenbaum y Goodman en 1971, diseñado inicialmente para niños impulsivos e hiperactivos, tenía como objeto reducir la impulsividad. Meichenbaum fue influenciado por los estudios de Luria sobre el habla interna en los cuales se muestra una secuencia en la que inicialmente la conducta del niño es controlada por las verbalizaciones de otros (adulto), después de un tiempo el niño produce sus propias verbalizaciones en voz alta y finalmente a la edad de 5 o 6 años, el niño controla su conducta por medio de auto verbalizaciones internas (Flores, 2015) El modelo propuesto por Meichenbaum de 5 pasos ha sido adaptado por Orjales y Polaino en 1999 quienes en su libro (Programa de intervención cognitivo conductual para niños con déficit de atención e hiperactividad) tomando en cuenta las dificultades que presentan los niños con TDAH en las tareas académicas para reflexionar sobre los enunciados. Orjales agrega un primer paso en su programa ampliado “primero miro y digo todo lo que veo” dando lugar a un modelo de 6 pasos. Para el diseño de intervención que proponemos diseñaremos tres encuentros con varias actividades para desarrollar en el aula basados en este último modelo de autoinstrucciones ampliado.

3. Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)

Publicado en el año 1996 por María Inés Monjas Casares quien es doctora en Psicología y profesora del departamento de psicología en la facultad de educación y trabajo social de la universidad de Valladolid. El programa de (PEHIS) está diseñado para enseñar sistemáticamente habilidades sociales a niños y adolescentes en edad escolar. Se centra en el desarrollo de competencias como el autoconocimiento, el autocontrol, la comunicación efectiva, la resolución de conflictos, la empatía y la cooperación. Se puede implementar en contextos grupales como el colegio o el hogar y utiliza diversas técnicas como juegos y discusiones

guiadas. Ha demostrado ser eficaz en mejorar la interacción social y reducir comportamientos impulsivos y agresivos.

Módulo 1: Atención Plena:

Mindfulness o atención plena en su traducción al español es definido como la conciencia que surge al prestar atención intencionadamente al momento presente, sin juzgar la experiencia momento a momento Kabat-Zinn, citado en (Arguís Rey, 2012). Además de hacer referencia a un constructo teórico, el término hace referencia a un proceso psicológico, estar consciente y atento de una manera específica no reactiva, sin emitir juicios. Se trata de estar presentes con la atención en el ahora para que en lugar de reaccionar y de modo automático o impulsivo ante las diferentes situaciones de nuestro día a día, seamos capaces de responder de una manera más adecuada.

Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra Sati en el idioma Pali, (Idioma indio ario que se utiliza principalmente en los textos canónicos del budismo). Sati significa conciencia, atención y recuerdo. Somos conscientes cuando nos percatamos tanto de lo que está ocurriendo dentro de nosotros, pensamientos, emociones, sensaciones corporales, como a lo que acontece en el exterior, olores, sonidos, personas, objetos, etc. La atención plena es un proceso en el cual nuestra conciencia se centra en un estímulo como podría ser la respiración, el mover del cuerpo, el sonido de la lluvia o la voz de alguien que nos habla. Nos referimos al hecho de recordar ser conscientes y prestar atención, destacando la importancia de la intención (Contreras Prados, 2022).

Teniendo en cuenta que la atención plena no es un concepto originario de la psicología científica occidental, sino que tiene sus raíces en las filosofías orientales, precisamente en el budismo. Queremos destacar que dicha referencia no implica una adscripción a un sistema de creencias en concreto. Para aclarar el concepto de atención plena presentamos a continuación las ideas básicas que lo caracterizan:

- La atención plena es un estilo de vida basado en la conciencia y la calma, que nos permite vivir íntegramente en el momento presente.
- Su objetivo fundamental consiste en desenmascarar automatismos y promover el cambio y la mejora en nuestras vidas.
- La práctica de la atención plena puede producir numerosos efectos beneficiosos en las personas, entre los que destacan:

Aumentar la concentración.

Reducir automatismos.

Lograr un mejor control de pensamientos, emociones y conductas.

Disfrutar más del momento presente.

Efectos físicos saludables: relajación, mejora de la respiración, regulación de la presión arterial, potenciación del sistema inmunitario.

Cambios positivos a nivel neurobiológico.

Se dispone de varias investigaciones que avalan los beneficios de la práctica regular de la atención plena (Kabat–Zinn, 1990 y 2005; Brown y Ryan, 2003; Vallejo, 2006; Simón, 2007; Cebolla y Miró, 2008; Lavilla, Molina y López, 2008; Lyubomirsky, 2008 citados en Arguís Rey, 2012). Se destacan algunos estudios que sugieren cambios positivos a nivel neurobiológico, la evidencia sugiere que la práctica de la atención plena actúa en el cerebro activando y fortaleciendo varias regiones, especialmente la corteza prefrontal responsable de la integración de la conducta humana, generando cambios a nivel morfológico duraderos.

Según (Pérez Bonet, 2016) el proceso de meditación conlleva cambios cerebrales. Producidos en el momento en que la atención se dispersa, se activa una red neuronal que abarca áreas de la corteza prefrontal medial, del cíngulo posterior, lóbulo parietal inferior y corteza temporal lateral, una vez que se hace conciencia sobre la distracción, se activa la red neuronal de asignación de relevancia que incluye la ínsula anterior y el giro cíngulo anterior. Cuando la conciencia se vuelve a orientar, la corteza prefrontal dorsolateral y el lóbulo parietal inferior colaboran retirando la atención del estímulo distractor y la dirige hacia la respiración. Al mantener la atención constante durante tiempos prolongados, se alcanza un sostenimiento activo de la corteza prefrontal dorsolateral. Al mismo tiempo, el autor recalca que, al alcanzar la conciencia plena, hay menos actividad en las áreas cerebrales relacionadas con la ansiedad, por lo que considera que durante la práctica de Mindfulness la mente se encuentra en calma. (Pérez Bonet, 2016).

Como ya se ha mencionado la atención plena más que una técnica es una actitud global ante la vida, aunque para su aprendizaje se puede partir de ejercicios sencillos que con el tiempo ayudan a asentarla como un hábito permanente. Las técnicas de meditación son muy variadas y son muchas escuelas las que las imparten, el programa Aulas Felices considera la meditación como “un estado de consciencia y calma en el que intentamos aquietar cuerpo y mente para observar con serenidad y aprender a mejorarnos como personas”. El objetivo es que los alumnos sean capaces de lograr un estado de consciencia y calma que les ayude a conocerse mejor, autorregular su conducta y ser más conscientes del momento presente, como modo de alcanzar mayor bienestar y felicidad.

Hemos decidido incluir la enseñanza de la atención plena en el diseño de intervención para TEE basados en investigaciones como la realizada en la universidad de California en

2013 que evidencian que su práctica mejora la atención reduce la divagación mental y mejora el rendimiento cognitivo (Mrazek, 2013). Siguiendo esta línea de pensamiento encontramos estudios de casos con personas con TEE en los cuales se incluye la práctica de Mindfulness en el tratamiento, tales como (Somer y Schimmenti 2019). La meditación en atención plena se ha empleado con resultados positivos en los tratamientos de abuso de sustancias y con el riesgo de recaídas, por lo cual se considera una modalidad prometedora en el tratamiento de TEE.

En cuanto al TDAH son numerosas las investigaciones que a lo largo de los años se han centrado en la búsqueda de beneficios que la atención plena puede tener en el funcionamiento de una persona, Hervas et al. (citado en Contreras Prados, 2022) define tres elementos principales de su práctica: la mejora del control atencional, una mayor capacidad de regulación emocional y una transformación de la autoconsciencia, que incluye un menor procesamiento de tipo autorreferencial, mayor conciencia del cuerpo y ecuanimidad. (Contreras Prados, 2022) expone que en los casos de TDAH se presenta un conflicto atencional, lo que significa que, ante la exposición a diferentes estímulos, resulta todo un reto inhibir los estímulos insignificantes y centrar la atención en el estímulo significativo.

Por medio de la práctica de la atención plena, la capacidad para la inhibición y para centrar la atención se aumenta y se refuerza. Las personas con TDAH además de la inatención también presentan cierta impulsividad emocional, dificultando la regulación de sus emociones adecuadamente. Pérez considera que, practicando Mindfulness de manera continuada, la persona puede conseguir distanciarse de la emoción y así, reducir la sensación de emoción desbordante que provoca la desregulación. Al centrar la atención en la respiración, se entra en un estado de relajación que permite alejarse de las connotaciones negativas de la emoción que se está sintiendo y, de esta manera regularla.

Día 1

La importancia de la respiración

Antes de comenzar a poner en práctica distintas técnicas, exponemos a los alumnos que es lo que vamos a realizar durante las siguientes tres semanas de manera que puedan comprender el significado de la atención plena. Explicamos que cada semana vamos a dedicar un rato a relajarnos y para ello vamos a realizar distintos ejercicios. Estos ejercicios nos van a ayudar a estar más calmados, a apreciar todo lo que nos rodea, a trabajar mejor y a ser más felices.

Para los días en los que se realizan las actividades, tendremos que preparar el aula de manera diferente, disminuirémos la cantidad de luz y cerraremos las ventanas de forma tal que se puedan reducir al máximo los estímulos distractores de fuera del aula. Los alumnos deberán estar en silencio durante las actividades, escuchando las indicaciones que diga el docente. En

ocasiones se podrán usar almohadones para sentarse en el suelo y se ambientara con música relajante. Después de esta breve explicación se escuchará las dudas de los alumnos si es que se presentan y se responderá a ellas.

El ejercicio más elemental para practicar la atención plena es la respiración consciente, favorece la relajación física y mental, y prepara el terreno para la calma interior, la concentración y el autocontrol.

Meditación basada en la respiración

Objetivos:

Conocer que es la respiración, ser conscientes de los beneficios de la respiración, ser capaces de centrar la atención en la respiración y facilitar técnicas de respiración que puedan ser utilizadas de forma independiente para trabajar el autocontrol.

Desarrollo:

En primer lugar, introducimos a los alumnos el concepto de respiración y explicamos su significado brevemente. Exponemos que para los ejercicios la forma ideal de respirar es tomar el aire por la nariz y soltarlo por la boca. Explicamos que la respiración ayuda a calmarnos tanto física como mentalmente así que cuando estemos nerviosos o agitados tenemos que tratar de respirar y poner nuestra atención en ello.

Orientaremos a los alumnos sobre la postura adecuada para realizar los ejercicios, lo que se recomienda es realizar los ejercicios sentados en una silla, con la espalda recta y en contacto con el respaldo, los pies bien apoyados en el suelo sin cruzar las piernas. Los músculos deben estar relajados y las manos apoyadas sobre los muslos. Otra opción es realizar los ejercicios tumbados boca arriba sobre alguna superficie cómoda con los brazos paralelos al cuerpo, las palmas de las manos orientadas hacia arriba y los músculos relajados. Se debe respirar de un modo natural sin realizar inspiraciones o espiraciones bruscas. Señalaremos que es posible realizar los ejercicios con los ojos cerrados o abiertos: al estar cerrados se favorece la concentración, pero se puede caer en la dispersión mental o el adormecimiento. Al tener los ojos abiertos se pueden presentar distracciones con estímulos del entorno por lo que se recomienda elegir un punto fijo y fijar la mirada en algún punto.

Actividades

1. Observando la respiración diafragmática:

Se les pide a los alumnos que se acuesten en el suelo boca arriba. Se les repartirá un barco de papel que ubicaran sobre su abdomen. Entonces al ritmo de las indicaciones del docente tomaran aire por la nariz y lo soltaran por la boca, mientras respiran deben fijar su

atención en el barco de papel observando como se mueve lentamente arriba y abajo. Después de unos minutos se les pide que retiren el barco y cierren los ojos imaginando que aún tienen el barco sobre su abdomen. El ejercicio tiene una duración de 5 a 10 minutos.

2. Respirar observando las sensaciones de frío y calor en la nariz.

Se les pide ahora a los alumnos que, durante uno o varios minutos respiren tranquilamente por la nariz, siendo conscientes de la sensación de frescor cuando el aire ingresa por las fosas nasales, y la sensación de calidez del aire espirado. La conciencia debe estar plenamente centrada en las sensaciones de frío y calor que se sienten en la nariz.

3. Respirar combinando frases o palabras clave.

Se trata de una técnica clásica en la meditación zen, consiste en asociar una imagen en forma de frase o de pocas palabras, tanto a la inhalación como a la exhalación. Si bien se pueden utilizar frases compuestas por los alumnos, para este ejercicio hemos utilizado un ejemplo propuesto por Nhat Hanh en su libro *el florecer de un loto* (1993). El docente guiará el ejercicio recitando en voz las frases que se utilizarán. Se puede utilizar el proyector del aula o en su defecto una cartelera para que las frases estén a la vista de todos los alumnos.

Al inspirar, calmo mi cuerpo.

Al espirar, sonrío.

Al inspirar, vivo en el presente.

Al espirar, sé que es un momento maravilloso.

Se orientará a los alumnos para que al inspirar pensemos en la primera frase, concentrándonos en la sensación de calma experimentada, durante la espiración decimos interiormente la segunda frase mientras se esboza una ligera sonrisa lo cual ayuda a relajar los músculos faciales y aporta sensación de alegría. Se repiten las dos primeras frases durante 10 inspiraciones y espiraciones.

Continuamos la siguiente inspiración pensando en la tercera y cuarta frase tomando conciencia de que estamos vivos en el momento presente, libres de preocupaciones del pasado o del futuro y sintiendo lo maravilloso que es el momento presente y poder disfrutar de él. Repetimos las dos últimas frases durante diez inspiraciones y espiraciones. Para que también puedan utilizar esta técnica fuera del colegio, repartiremos a cada uno de los alumnos una reproducción del cartel con las cuatro frases (Anexo 1).

Recursos: Barco de papel y cartel con las cuatro frases para repartir entre los alumnos.

Los ejercicios basados en la respiración resultan muy útiles al comienzo de la mañana, o tras un cambio de clases, pueden ser adoptados por los docentes de cualquier materia,

consideramos que aquellos minutos invertidos en la meditación generaran un mayor rendimiento de los alumnos durante la jornada académica.

Día 2

Practicando la atención plena

En un segundo encuentro, iniciaremos enseñando a los alumnos sobre el concepto de “Saboreo” utilizado por la psicología positiva que invita a disfrutar de las experiencias positivas de la vida, también se brindaran instrucciones sobre cómo realizar la técnica de meditación caminando, la actividad iniciara en el aula con la explicación y continuaremos en un espacio al aire libre destinado para esta actividad. Solicitamos a los alumnos que durante el trayecto del aula al espacio al aire libre practiquen la meditación caminando, al igual al volver al aula.

Meditación caminando:

Se trata de una técnica que tiene sus raíces en las tradiciones budistas, consiste en acompañar el ritmo de los pasos con la respiración, al apoyar el pie izquierdo sobre el suelo se inicia la inspiración y cuando el talón del pie derecho toca el suelo se realiza la espiración. Se trata de caminar experimentando a fondo las sensaciones que nos produce la respiración y el contacto de los pies sobre el suelo, se debe caminar erguido y preferiblemente con las manos unidas bajo el ombligo. Es posible realizar variaciones hasta encontrar un ritmo personal de respiración que se adapte a nuestros pasos, por ejemplo, tres pasos inspirando y un paso espirando. Se trata de ejercitar la atención consciente y disfrutar el momento presente, al igual que con los ejercicios basados en la respiración. Caminar y respirar conscientemente constituye una práctica que puede aportar serenidad y ayudar a fortalecer la atención plena.

El saboreo (savoring)

El concepto de “saborear” traducido de savoring en inglés, fue acuñado por Fred B. Byrant y Joseph Veroff en 2006, investigadores de las universidades Loyola de Chicago y Michigan respectivamente. Se refiere a la capacidad de disfrutar plenamente las experiencias positivas de la vida, siendo conscientes de ellas y viviendo el momento presente de manera completa. Este enfoque implica una atención activa y receptiva hacia las experiencias agradables, difiere del concepto de atención plena que abarca un espectro más amplio. La atención plena no se limita únicamente a lo positivo, también implica estar presentes y conscientes en momentos neutros o incluso adversos, aceptando las experiencias con ecuanimidad buscando aprender de ellas y extraer oportunidades de cambio positivo en nuestra vida.

Actividades:

1. Disfrutar de un día soleado.

Objetivos:

Aumentar la concentración. Disfrutar de lo cotidiano. Percibir los pequeños detalles.

Desarrollo:

Se debe aprovechar una mañana soleada para disfrutarla y “saborearla” al aire libre. Salimos al patio y nos sentamos en círculo, se invita a los alumnos a vivir intensamente utilizando todos los sentidos, primero nos sentamos y aquel que lo prefiera puede acostarse y permanecer en silencio durante unos minutos; siendo consciente de aquello que captan nuestros sentidos. Pasados 5 minutos se les pide a los alumnos incorporarse nuevamente al círculo y expresar todo lo que han sentido y apreciado:

- La vista: el color de los árboles, del cielo, la forma de las nubes ...
- El tacto: el suelo que está duro, el aire que nos acaricia ...
- El olfato: el aroma del ambiente ...
- El oído: recordamos los sonidos que hemos escuchado, quién o qué los producía y de dónde provenían.

Entre todos nos damos cuenta que al salir al patio normalmente durante los recreos, no percibimos tal cantidad de sensaciones y generalmente no somos conscientes de lo que sucede alrededor.

2. Saboreando una galleta.

Objetivos:

Aumentar la concentración. Disfrutar de lo cotidiano. Percibir los pequeños detalles.

Desarrollo:

Invitamos a los alumnos a saborear conjuntamente una galleta, las repartimos e indicamos que vamos a esperar a que todos tengan una para empezar. Una vez repartidas brindamos instrucciones sobre el trabajo con los sentidos:

- La vista: observamos su forma, tamaño, color, dibujos ...
- El tacto: rugosa, lisa, suave, áspera ...
- El olfato: qué nos evoca, qué nos sugiere ...
- El gusto: comemos poco a poco, saboreando lentamente cada bocado; percibimos si es dulce, salado, crujiente, blando ...

Una vez comida la galleta, expresamos lo que hemos sentido y descubierto, se invita a los alumnos a compartir las sensaciones que les produjo el alimento y de las que hasta ahora no habían sido conscientes.

Recursos

Un lugar al aire libre destinado solo para la actividad, los alumnos sentados en el suelo en círculo. Una galleta para cada alumno.

Día 3

Técnicas de meditación

Como ya hemos mencionado anteriormente, la atención plena es una actitud permanente más allá de una técnica, por lo cual es importante que sea algo más que un ejercicio para realizar en un momento puntual del día o en un lugar específico. Existen muchas situaciones en nuestra actividad diaria en la podemos despertar dicha actitud consciente. El objetivo de esta jornada será introducir técnicas que los alumnos puedan aplicar por fuera de la escuela.

Contemplar con placer una imagen, escuchar música, o ambas cosas a la vez

Muchas veces, pasamos de largo ante paisajes impresionantes o sonidos encantadores sin percatarnos siquiera, puede ser porque estemos demasiado ocupados con nuestras preocupaciones o porque dedicamos más tiempo a tomar fotos. ¿Qué pasaría si aprendiéramos a detenernos y realmente saborear esos momentos? Se trata simplemente de dejarnos llevar por la experiencia. Consideramos que en el colegio podemos crear hábitos de contemplación y de escucha que permitan despertar el sentido estético, el gusto por las imágenes bellas y los sonidos armónicos. Esta práctica no solo puede hacernos sentir mejor emocionalmente, sino que también pueden mejorar nuestra capacidad para concentrarnos y reducir el estrés en nuestra vida diaria.

Una guijarro en el bolsillo

Es una sugerencia propuesta por Nhat Hanh (2001) pensada especialmente para niños, pero la pueden emplear también los adultos. Se utiliza algún objeto que sirva de recordatorio para ayudarnos a recordar que podemos ser más conscientes del momento presente. Es posible utilizar una piedrecita, una canica, una moneda, un muñequito pequeño o cualquier objeto que, según las preferencias del alumno, le pediremos que lo lleve en el bolsillo durante algunos días o una temporada más larga. Tal objeto va a ser como un amigo que recuerda que deben volver al momento presente, llenarse de calma y tomar conciencia de las cosas positivas. Indicaremos además que cuando se sientan enfadados, o tristes, echan mano a su bolsillo saquen el objeto y lo contemplen por unos instantes, acompañado de por algún breve ejercicio de respiración como los que hemos aprendido anteriormente, esto les permitirá relajarse y tomar energías.

Actividades:

1. Observando una obra de arte

Objetivos:

Apreciar la belleza de una obra de arte. Observar y describir los detalles, crear hábitos de contemplación y de escucha que permitan despertar el sentido estético.

Desarrollo:

Invitamos a los alumnos a que se sienten y adopten una postura adecuada para la relajación, dedicaremos un minuto para aplicar alguna de las técnicas de respiración antes aprendidas para crear un ambiente de relajación y contemplación. Utilizamos el videoprojector y proyectamos el cuadro en la pantalla, para este ejemplo usaremos el cuadro Las amapolas de Monet. Invitamos a los alumnos a disfrutar de esta imagen y acompañamos la proyección con música de relajación. Durante unos minutos dejamos que los alumnos observen el cuadro en silencio. Después les pedimos que expresen libremente lo que les sugiere la imagen. A continuación, plantearemos algunas preguntas para guiar la expresión oral:

- ¿Qué estación del año refleja el cuadro?
- ¿Quiénes pueden ser los distintos personajes que aparecen?
- ¿Qué relación hay entre ellos?
- ¿Qué ocurriría si pudiéramos meternos dentro del cuadro?

Recursos: Videoprojector y pantalla o pared blanca. Una o varias imágenes de cuadros recopiladas previamente en una presentación de power point.

2. Un motivo para ser feliz

Objetivos:

Valorar las cosas positivas que podemos encontrar en el momento presente.

Desarrollo:

Muchas veces pasamos por la vida como en “piloto automático”, de manera poco consciente. Debido a ello no valoramos el milagro de las pequeñas cosas que podríamos disfrutar en cada instante: Estar vivos, tener salud, tener amigos, disponer de un hogar, que tengamos agua para beber, que no nos duelan las muelas. Reflexionaremos con los alumnos acerca de estos hechos y la necesidad de dedicar algunos momentos para “despertar”, vivir de una manera más conscientes y apreciar los milagros cotidianos. Después de esta breve introducción pediremos a los alumnos que escojan algo que les haga sentir bien en este momento (pueden optar por los ejemplos que hemos dado, pero les alentamos a que busquen sus propios motivos).

Pedimos que cierren los ojos y durante un minuto los animamos a saborear los sentimientos que les produce pensar en aquello que han elegido, los invitamos a que sean

conscientes de las emociones que despiertan reflexionar sobre aquello que los hace sentir bien, como reacciona su cuerpo y su mente. Tras ese minuto de deleite personal les pedimos a los alumnos que voluntariamente expongan al grupo cual ha sido el motivo para ser feliz que han escogido.

Al igual que con otras actividades recomendaremos a los alumnos incorporar este ejercicio en su vida cotidiana, puede ser al despertar en la mañana, cuando se sientan tristes o desanimados, al comenzar una actividad que no les motive demasiado, etc.

3. Una canica del presente

Objetivos:

Utilizar algún objeto que nos sirva de recordatorio para ayudarnos a recordar que podemos ser más conscientes del momento presente.

Desarrollo:

Repartiremos a cada uno de los niños una pequeña piedra para que guarden en su bolsillo idealmente, también pueden depositarlo en su cartuchera, la mochila u algún otro lugar donde la puedan ver constantemente, les explicaremos que cada vez que vean este objeto deben recordar que pueden ser más conscientes del momento presente, llenarse de calma, respirar durante unos segundos y tomar conciencia de las cosas positivas. Indicaremos que cuando se sientan tristes o enfadados pueden echar mano a su bolsillo contemplar el objeto por unos segundos y esto les permitirá relajarse y tomar energías.

Recursos

Una canica de cristal para cada niño.

Módulo 2: Entrenamiento cognitivo autoinstruccional

La aplicación del entrenamiento cognitivo autoinstruccional de Meichenbaum y Goodman (1971) tuvo gran acogida en su época, el objetivo era ayudar a organizar el pensamiento en los niños impulsivos, para ello los autores consideraron necesario pedirles que verbalizaran en voz alta sus pensamientos para ayudar a organizarlos siguiendo una serie de pasos a lo que llamo autoinstrucciones. Consiste en hablar con uno mismo, al enfrentarse a un problema que quiere resolver, algo que quiere aprender o un concepto que se quiere alcanzar (Polaino-Lorente, Avila, Cabanyes, García, Orjales y Moreno, 1997 en Orjales, 2007). La utilización de autoinstrucciones pretende interrumpir la cadena de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo elabora momentos antes de la solución a un problema, para mediante la enseñanza de autoinstrucciones sustituirlos por una secuencia de pensamientos útiles para la

solución de problemas. Meichenbaum llegó a describirlos como prótesis cognitivas que podrían ser usadas para favorecer el cambio comportamental (Flores, 2015).

De acuerdo con Meichenbaum (1977) el procedimiento de administración individual del entrenamiento cognitivo autoinstruccional es el siguiente citado en (Orjales, 2007):

1. Un adulto hace de modelo, ejecuta una tarea hablándose a sí mismo en voz alta (Modelado cognitivo) el niño escucha y observa.
2. El niño ejecuta la misma tarea siguiendo las instrucciones del modelo, este verbaliza las autoinstrucciones (guía externa).
3. El niño ejecuta la misma tarea mientras verbaliza en voz alta para sí mismo las autoinstrucciones (autoguía manifiesta).
4. El niño susurra las instrucciones a sí mismo mientras realiza la tarea (autoguía manifiesta enmascarada).
5. El niño realiza la tarea mientras guarda silencio y guía su desempeño a través del habla privada (Autoinstrucciones encubiertas).

Durante los 70s y 80s el tratamiento autoinstruccional predominó frente a los programas conductuales más utilizados de la época. El tratamiento autoinstruccional demostró ser efectivo en la reducción de la impulsividad (Weithon y Kagen 1979; Brown 1980) en el aumento en la capacidad de planificación, concentración y razonamiento (Meichenbaum 1976), en la mejora de habilidades sociales (Shure 1981) y en el rendimiento del incremento académico (Cameron y Robinson 1980, Abikof y Gittelman 1983). Citados en (Orjales, 2007).

La Doctora en Pedagogía y profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) Isabel Orjales Villar trabajó durante más de 15 años desarrollando programas de tipo cognitivo comportamental específicos para niños con TDAH. En dichos programas incluía una primera adaptación del entrenamiento mediacional cognitivo de Meichenbaum. En dicha adaptación los niños debían repetir hasta interiorizar las siguientes autoinstrucciones aplicándolas a diferentes tipos de tareas (Orjales I. P.-L., 1997):

1. Definición del problema: ¿Qué es lo que tengo que hacer?
2. Aproximación y planteamiento: Ahora que sé lo que tengo que hacer ¿Cómo lo voy a hacer?
3. Focalización de la atención en las directrices que guían su ejecución: Tengo que estar atento y observar todas las posibilidades de respuesta.
4. Elección de respuesta y autoevaluación: Creo que el resultado correcto es éste. ¿Me ha salido bien?

5. Autorrefuerzo y valoración de las posibles alternativas de corrección de errores cometidos. Si la respuesta es correcta: “¡Fantástico!, ¡Me ha salido bien!”. Si la respuesta es incorrecta entonces: ¿Por qué he fallado? (reviso los pasos) la próxima vez intentare ir más despacio y no cometeré ese error. ¡Seguro que me saldrá mejor!

La autora comenta que aplicó dicho esquema de autoinstrucciones como parte de los programas de entrenamiento cognitivo comportamental con niños con TDAH, y afirma que los resultados fueron efectivos para la toma de conciencia de los procesos de pensamiento implicados en la solución de un problema, para reducir las respuestas impulsivas inmediatas ante la presentación de una tarea, conseguir un procesamiento de la información más reflexivo y sistemático y para favorecer el desarrollo de estrategias a la hora de solucionar un problema (Orjales, 2007). Después de los primeros años de la aplicación de esta primera adaptación, la autora identificó algunas dificultades que la llevaron a la conclusión que era necesario añadir un paso más incluyendo una autoinstrucción previa a las anteriores.

El primer paso del modelo (identificación y definición del problema) que incluía la verbalización Debo estar seguro de que se ¿Qué es lo que tengo que hacer? Ante lo cual los niños decían para sí mismos y de memoria este primer paso y dirigían la vista directamente al enunciado escrito ignorando la información contextual relevante para la comprensión de la instrucción. La falta de análisis previo del contexto reducía en gran medida la comprensión de las instrucciones escritas y solía ir asociada en los niños con TDAH a reacciones como desmotivación y aumento de la distracción, incremento en la demanda de ayuda por parte de un adulto, e inversión de más tiempo en la relectura del enunciado, en algunos casos sin rastreo alguno de la hoja en busca de información adicional.

En un intento por subsanar estas dificultades, se añadió un primer paso al modelo con una nueva autoinstrucción: Primero, miro y digo todo lo que veo. Se utiliza el mismo tipo de modelamiento autoinstrucciones verbales no encubiertas (en voz alta) con el objetivo que los niños apliquen primero e interioricen después, una autoinstrucción que favorezca un análisis contextual previo y que sirva de introducción a la tarea. Argumenta que en la práctica clínica la inclusión de dicho paso trajo las siguientes ventajas:

- Favorece la inhibición de respuestas emocionales inmediatas a una primera lectura del enunciado sin análisis del contexto, respuestas positivas como (“está muy fácil, ya sé lo que tengo que hacer”) o negativas como (“está muy difícil, no lo voy a entender nunca”).
- Asegura una percepción más completa de la información contextual relevante a la tarea favoreciendo la comprensión, evitando relecturas que podrían fatigar al niño y favoreciendo la retención de la información en la memoria de trabajo.

- A partir de la información contextual recolectada, se aumenta la probabilidad de que el niño genere hipótesis sobre el contenido del enunciado y el objetivo de la tarea. Hipótesis que confirmara o rechazara en la aplicación de la siguiente autoinstrucción (¿Qué es lo que tengo que hacer?).

El modelo ampliado de 6 pasos desarrollado por Orjales y el cual utilizaremos para el desarrollo de actividades en nuestro modelo de intervención se resume en el siguiente cuadro:

1. Miro y digo todo lo que veo.	Este paso obliga al niño a rastrear visualmente la información que tiene delante antes de abordar la tarea. Le permite recoger información que complete la que ofrece el enunciado. De este modo el niño puede percatarse del número de ejercicios que tiene que hacer, la disposición de las piezas, la presencia de un ejemplo-modelo aclaratorio o las pistas gráficas que se dan en la tarea. Proporciona información para elaborar una hipótesis de lo que se le va a pedir que realice.
2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?	Permite que el niño se asegure de que ha entendido correctamente lo que se demanda en la tarea, contrastando la información con la hipótesis que previamente en el paso anterior.
3. ¿Cómo lo voy a hacer?	Fomenta la flexibilidad cognitiva y la planificación. El niño debe verbalizar, antes de iniciar la tarea, las estrategias que cree que lo llevarán al éxito.
4. Tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta.	Este paso alerta sobre posibles errores por falta de atención y asegura un análisis más reflexivo en el caso que la tarea implique elegir una opción entre varias posibilidades de respuesta.
5. ¡Ya puedo hacerlo!	En este momento es cuando el niño comienza la tarea.
6.1 ¡Genial! Me ha salido bien.	Si la tarea se realiza con éxito: Esta autoinstrucción permite que el niño practique el "Autorrefuerzo", felicitándose a sí mismo por el trabajo bien realizado, y no dependiendo tan estrechamente como antes de la aprobación del adulto.

<p>6.2 No me ha salido bien ¿Por qué? (Repaso todos los pasos) ¡Ah! ¡Era por esto! Bien, la próxima vez no cometeré ese error.</p>	<p>Si la tarea tuvo fallos: Obliga al niño a revisar cada uno de los pasos anteriores, para determinar en cuál de ellos se centró el fallo y hacerse el propósito consciente de no cometerlos nuevamente en el futuro.</p>
--	--

Se considera que los niños con TDAH tienden a procesar la información de manera superficial utilizando un procesamiento más de tipo acústico o visual que de tipo semántico (Orjales I. P.-L., 1997), no estableciendo relaciones entre los elementos percibidos ni estableciendo categorías. Debido a este motivo es importante que el terapeuta o docente enfatice en la fase de modelamiento de esta primera instrucción.

Día 4

Introducción a la técnica de las autoinstrucciones

El primer día del módulo de estrategias cognitivas conductuales iniciaremos la sesión con un breve ejercicio de respiración para crear un ambiente de trabajo agradable para todos. Explicaremos a los alumnos que durante los próximos 3 encuentros aprenderemos estrategias para resolver problemas utilizando un sistema de seis pasos que consiste en darse instrucciones a uno mismo, para interiorizar dicho sistema, realizaremos diferentes ejercicios que serán repartidos a los alumnos en fotocopia, y pegaremos en la pared a la vista de todos, un cartel en tamaño (Anexo 2) grande para que todos puedan tener a disposición las autoinstrucciones y tendrán la oportunidad de utilizarlas en cualquier otra materia.

A final de cada uno de los encuentros, se les pedirá a los alumnos que completen una breve encuesta sobre los aspectos que creen haber conseguido y aquellos que se les dificultaron durante la sesión, con el objetivo de adaptar la enseñanza si surge necesidad de hacer énfasis en algún punto en particular (Anexo 4).

Modelado participativo

El modelado participativo es un proceso de aprendizaje por observación en el cual el terapeuta o docente actúan como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en los alumnos que observan la actuación. Se puede utilizar tanto para generar nuevas conductas como para inhibir algunas otras (Calderón Garrido, 2003). Los antecedentes de esta técnica se pueden ubicar en la obra de Albert Bandura (1977) Teoría del aprendizaje social. En ella el autor considera que los modelos influyen en quien los observa debido a que estos últimos adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el

modelo. Dichas representaciones serán utilizadas posteriormente por el observador para guiar su propia conducta a fin de obtener un resultado (Calderón Garrido, 2003).

Siguiendo el esquema planteado por Orjales 2007 se introduce el modelado de la siguiente manera:

1. El docente elige diferentes tipos de tareas para practicar con las autoinstrucciones.
2. Realiza la más sencilla delante de los alumnos verbalizando en voz alta las autoinstrucciones durante el proceso (Modelamiento).
3. Ahora el docente verbaliza las autoinstrucciones en voz alta y el alumno va realizando la tarea siguiendo los pasos (Guía externa manifiesta).
4. El alumno realiza una nueva tarea, verbalizando él mismo las autoinstrucciones (autoguía manifiesta).
5. El alumno aplica el mismo procedimiento en tareas diferentes, esta vez susurrando las autoinstrucciones (autoguía manifiesta atenuada).
6. El alumno realiza una nueva tarea, guiándose mentalmente de las autoinstrucciones (autoguía encubierta).

Actividades:

Objetivos:

Conocer las autoinstrucciones, observar al docente mientras emplea las autoinstrucciones para resolver un ejercicio, poner en práctica las autoinstrucciones, seguir indicaciones de manera oral.

Desarrollo:

Para el primer ejemplo a desarrollar solo por el docente, se proyectará la ficha correspondiente al anexo 3 que consiste en una hoja con varios números donde se debe seleccionar y tachar el número 7 cuantas veces se repita. El docente repetirá en voz alta las autoinstrucciones mientras los alumnos lo escuchan y observan desarrollar el ejercicio. El docente ira repasando cada uno de los 6 pasos del modelo de Orjales (anexo 2) que también estará pegado en la pared por si alguien quiere seguir los pasos también en el cartel.

Marque con color rojo los números 7 (Anexo 3)

Un ejemplo de las verbalizaciones a realizar por el docente podría ser algo así “veo una hoja que simula ser una hoja de carpeta con una margen de color rojo al lado izquierdo y renglones de color azul, tiene varios números y en la parte superior hay una mujer que señala un globo en el cual están escritas las indicaciones de lo que debo hacer, al leerlo

detenidamente dice que debo marcar con color rojo todos los números 7, esta parece ser la única instrucción que debo seguir en esta ficha ya que no veo más. ¡Perfecto! Ya estoy seguro que es lo que tengo que hacer, creo que la mejor manera de hacerlo es ir marcando cada uno de los 7 que aparecen repasando todos los números renglón por renglón, empezare arriba a la izquierda y luego iré bajando como si fuera cualquier lectura. Otra forma de hacerlo sería ir mirando por toda la hoja sin orden y marcar cada vez que vea un número 7, pero creo que esto llevaría más tiempo ya que pasaría varias veces por el mismo lugar. ¡Ya puedo hacerlo!, Creo que me ha salido muy bien”.

Marque con color azul todas las letras A (Anexo 5)

Se les repartirá una fotocopia a los alumnos, se les pide que esperen para desarrollar hasta que el docente lo indique, el docente verbaliza las autoinstrucciones en voz alta mientras los alumnos desarrollan la tarea siguiendo sus pasos sin realizar verbalizaciones.

Encierra todas las diferencias que encuentres en las imágenes (Anexo 6).

Para este ejercicio se les pedirá a los alumnos que ellos mismos verbalicen las autoinstrucciones siguiendo el cuadro mientras desarrollan el ejercicio, debemos tener en cuenta que son varias personas en el aula, aunque vamos a estar hablando con nosotros mismos en voz alta se solicita no gritar para no incomodar a los otros compañeros.

Encierra Todas las diferencias que encuentres en las imágenes (Anexo 7)

Se les pedirá a los alumnos que realicen el ejercicio susurrando las autoinstrucciones.

Encierra todas las estrellas y cuéntalas (Anexo 8)

Se les pedirá a los alumnos que realicen el ejercicio en silencio, repasando las autoinstrucciones mentalmente.

Recursos:

Cartel impreso con autoinstrucciones, proyector para realizar un ejercicio como modelo, fotocopias con ejercicios para cada alumno.

Día 5

Poniendo en práctica la técnica de autoinstrucciones

Objetivos:

Reforzar el modelamiento y uso de autoinstrucciones, poner en práctica las autoinstrucciones.

Se desarrollarán nuevamente 5 ejercicios, uno por cada uno de los pasos propuesto por Orjales en su modelo adaptado de las autoinstrucciones de Meichenbaum (1977).

Encierra las diferencias (Anexo 9)

Encierra todos los juguetes (Anexo 10)

Elige el dibujo más similar al modelo (Anexo 11)

Resuelve el laberinto (Anexo 12)

Une la fresa con el plátano (Anexo 13)

Recursos:

Cartel impreso con autoinstrucciones, proyector para realizar un ejercicio como modelo, fotocopias con ejercicios para cada alumno.

Día 6

Reforzando el uso de las autoinstrucciones

Objetivos:

Reforzar el modelamiento y uso de autoinstrucciones, poner en práctica las autoinstrucciones.

Al igual que en las últimas dos sesiones desarrollaremos 5 ejercicios cada uno por uno de los pasos propuestos por Orjales, consideramos que la repetición del proceso ayudara a la memorización e incorporación del modelo para que así lo puedan utilizar en distintas situaciones, académicas o en su vida cotidiana.

Delinea los animales ocultos (Anexo 14).

Encuentra las diferencias (Anexo 15).

Encierra todas las mariquitas cuéntalas y escríbelas en el cuadrado (Anexo 16).

Lee y sigue las instrucciones (Anexo 17).

Realiza los dibujos que deben ir en los cuadros vacíos (Anexo 18).

Módulo 3: Entrenamiento en habilidades sociales.

Pasamos la mayor parte de nuestra vida cotidiana en interacción social, y es por ello que necesitamos disponer de las habilidades sociales necesarias y adecuadas para que nos relacionemos con otras personas de forma efectiva. Adquirir habilidades sociales se convierte en una cuestión necesaria para que se forje la personalidad y esta se vea aceptada para que las personas se sientan a gusto consigo mismo. (Castro, 2016).

Las habilidades sociales son un conjunto de destrezas y pautas de comportamiento que nos permiten relacionarnos de la mejor manera con las personas que se encuentran a nuestro alrededor. Una definición de las habilidades sociales es expresada por Del Barco (2002) Citado en Castro, 2016 “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por el individuo, en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Hemos decidido incluir la enseñanza de algunas habilidades sociales en nuestro programa de intervención psicológica orientado a todos los niños de 8, 9 y 10 años, pero específicamente para aquellos que puedan llegar a presentar síntomas como la ensoñación excesiva debido a que dichas personas suelen descuidar sus relaciones interpersonales y reemplazarlas por periodos recurrentes de ensoñaciones con fantasías. Consideramos que, si un niño es exitoso en sus relaciones con otros niños, presentara un mayor interés por los juegos en grupo y otras actividades con sus pares.

Numerosos estudios han documentado que los niños con TDAH experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales y baja competencia social, a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados (Pardos, 2009). Las causas del rechazo se pueden agrupar en tres conjuntos: conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas), características de personalidad (mal carácter, egoísmo, mal compañero, prepotente, etc.) y en menor medida, características académicas (mal estudiante). En los niños con TDAH se presenta una dificultad para regular el comportamiento en función de las demandas situacionales, y les cuesta trabajo utilizar las pistas ambientales para guiarse en su funcionamiento social, por lo que consideramos que se podrían beneficiar de aprender dichas habilidades de forma sistemática para que así cuenten con herramientas para aplicar en situaciones sociales. En los niños con TDAH no basta el tratamiento en habilidades sociales para mejorar el estatus social, gran parte de los comportamientos disruptivos, agresivos e inatentos mejoran con el tratamiento farmacológico o combinado.

Día7

Identificar y expresar emociones

Expresar emociones significa comunicar a otras personas como nos sentimos, posibilitando que la otra persona reaccione adecuadamente. También comunicar los sentimientos o emociones propias que otra persona nos provoca.

Según Monjas, 2009 los componentes y pasos específicos para la habilidad de expresar emociones son los siguientes:

1. Darse cuenta y notar la emoción. Para ello hay que observarse a sí mismo. ¿Qué me pasa?, ¿Qué siento?, ¿Qué me digo?
2. Descubrir e identificar las razones, las causas y los antecedentes de esa emoción. ¿Por qué me siento así?, ¿Qué ha ocurrido antes?, ¿Qué hice?, ¿Qué dije?, ¿Qué dijo o hizo la otra persona?
3. Expresar esa emoción o sentimiento con expresión verbal adecuada y lenguaje corporal oportuno. Lo que supone: buscar el momento y el lugar adecuado, describir breve y claramente como te sientes, dar las razones y causas (si es oportuno), agradecer a la otra persona por escucharte.
4. Buscar modos para intensificar la emoción si es positiva y reducir o eliminar la emoción si es negativa.

Objetivos:

Identificar las emociones, reconocer cuales son positivas o negativas, reconocer las emociones en el cuerpo y en la mente.

Desarrollo:

Presentaremos a los niños en video el cuento “El monstruo de colores (Anexo 19) en el cual se relaciona cada emoción con un color. Continuaremos con el juego “las estatuas de las emociones revueltas”, al ritmo de la música los alumnos caminan libremente por el aula, cuando pare la música el docente dirá “estatua feliz” y los alumnos deberán adoptar la pose que ellos consideren adecuada con la emoción que haya dicho el docente, a la voz de “estatuas revueltas” los alumnos caminarán nuevamente por toda el aula. Entre todos se hablará de cómo cambian las expresiones faciales y las posturas corporales con cada emoción, la idea es que los niños identifiquen sus propias emociones y las de los demás.

Se abrirá el debate sobre las emociones que son positivas (alegre, tranquilo, feliz) y emociones y sentimientos negativos o displacenteros como (enfado, aburrido, temeroso), se debe resaltar el derecho a la privacidad de las emociones y los sentimientos, cada uno es libre de sentir lo que quiera y tiene el derecho a no decir lo que siente (Monjas, 2009). Sin embargo, se resaltarán que, en situaciones sociales, es conveniente expresar el propio estado emocional porque ayuda a relacionarse con los demás. Se explicará en qué situaciones puede, debe, o es

necesario expresar sus estados emocionales, es conveniente que el alumno comprenda la importancia de buscar el momento y el lugar adecuado para expresar las emociones y los sentimientos. Se pueden realizar preguntas a los alumnos, por ejemplo ¿comunicarías a un niño desconocido que estas triste?, ¿se lo contarías a tu compañero de banco?

El docente ayudado por otros adultos, modela la identificación de los propios sentimientos y emociones en un rol play enfatizando en las señales corporales que acompañan la emoción (expresión facial, gestos corporales, respiración, movimientos). Los pensamientos (¿Qué me digo a mí mismo?, ¿Qué pienso?) los sucesos antecedentes que han desencadenado la emoción.

Día 8

Aprender a manejar las emociones

La técnica de la tortuga

La técnica fue diseñada por Schneider en 1974 Citado en (Orjales I. P., 2007 7° edición), difiere de otras técnicas ya que está basada en el autocontrol de la conducta impulsiva y no en el control externo por parte de un adulto, se puede enseñar al niño a controlar sus propias conductas disruptivas en lugar de que se le controle externamente, se cree que el autocontrol tiene efectos más duraderos, es más fácil de enseñar y administrar, tiene más efectos a largo plazo y es una habilidad necesaria para vivir en sociedad (Castro, 2016).

Se utiliza la analogía de la tortuga que como se sabe, se repliega dentro de su concha cuando se siente amenazada. De la misma manera se le enseña al niño cómo debe replegarse dentro del caparazón imaginario cuando perciba que no puede controlar sus impulsos y emociones ante estímulos del exterior. Se enseña al niño a responder ante la palabra clave “tortuga” metiendo su cabeza entre sus brazos, una vez aprende a responder a la palabra clave, se le enseña que durante 10 segundos debe relajar sus músculos, ya que la relajación es lo contrario a la elevada tensión que se presenta antes de una conducta disruptiva. Una vez que el niño se ha calmado, debe salir de su caparazón y buscar una solución, con este último fin enseñaremos algunas técnicas de solución de conflictos interpersonales.

Los pasos de la técnica de la tortuga son los siguientes (Anexo 20):

1. Reconoce tus emociones.
2. Para y piensa.
3. Metete en tu caparazón y respira.
4. Sal de tu caparazón y piensa una solución.

Identificación de problemas interpersonales y búsqueda de soluciones.

Identificar un problema interpersonal significa reconocer que existe una situación conflictiva con otras personas y supone, además, delimitar y especificar exactamente cuál es el problema, para de esta manera buscar la mejor solución. Los niños que identifican bien sus problemas suelen ser más hábiles para solucionarlos, mientras que aquellos que no identifican bien sus problemas no generan mecanismos adecuados para solucionarlos. (Monjas, 2009).

Los componentes y pasos conductuales específicos para la habilidad de identificar problemas comprenden una variedad de preguntas a las cuales nos debemos realizar.

¿Cuál es el problema?, ¿Que ocurre en esta situación?, ¿Qué ha pasado? ¿Por qué paso eso?, ¿Cuál fue el motivo?, ¿Qué piensas tú que causó el problema?, ¿Cómo te sientes?, ¿Qué te dices a ti mismo?, ¿Qué crees que pensó la otra persona?

Buscar soluciones con otra persona cuando se tiene un conflicto consiste en generar y producir muchas alternativas de solución. Cuando tenemos un problema y nos damos cuenta de ello, después de analizar el conflicto, tenemos que pensar en posibles soluciones. Se debe estimular a los niños para que formulen varias soluciones a un conflicto, en este momento no hay que evaluar ni juzgar las soluciones, es necesario producir muchas alternativas que se evaluarán después. Aquel niño que piensa en más soluciones podrá elegir la más idónea para solucionar el conflicto, se recalcará la importancia de solucionar nosotros mismos nuestros problemas ya que si no aprenden a hacerlo dependerán siempre de otra persona (Monja, 2009).

Los componentes y pasos conductuales específicos para esta habilidad incluyen dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cómo se puede resolver el problema?, ¿Qué se puede hacer o decir para solucionar el problema? ¿Qué otra cosa se podrá hacer?, ¿Qué otra forma puede haber de solucionar el problema?

Objetivos:

Comprender lo que sucede dentro de nuestro cuerpo, de nuestra mente y de nuestro corazón. Identificar nuestras emociones, aprender a gestionarlas y expresarlas.

Desarrollo:

Los niños necesitan técnicas para controlar su rabia interior, para posteriormente poder trabajar en la resolución de los conflictos interpersonales. Partiremos del cuento Vaya Rabieta (Anexo 21) el cual se proyectará en forma de video, hablaremos sobre la rabia, lo que es y que se siente, se contarán experiencias propias. A continuación, se dará una pequeña explicación haciendo analogía con un globo, cuanto más nos enfada algo, más nos llenamos de rabia, al igual que sucede con el globo al inflarlo con aire, pero al soltarlo vemos que vuela descontroladamente, lo mismo sucede con la rabia, hace que actuemos sin control.

Proseguiremos con el cuento de la tortuga (Anexo 22) se proyectará en forma de video. Continuaremos explicando la técnica y expondremos el cartel con los 4 pasos de la técnica

para que quede pegado en la pared (Anexo 20), se realizará una actividad de modelado con voluntarios a los cuales se les da un ejemplo de una situación problemática, ante la cual deberán utilizar la técnica de la tortuga y plantear varias posibles soluciones. A continuación, se realizará una actividad de manualidad con porcelana fría para que cada niño pueda realizar una tortuga y guardarla en su cartuchera como recordatorio de la técnica.

Recursos:

Proyector de video, cartel con los pasos de la técnica de la tortuga, masilla o porcelana fría.

Día 9

Habilidades de cortesía y la empatía.

Las habilidades de cortesía son un conjunto de conductas muy diversas que las personas utilizamos, o debemos utilizar, cuando nos relacionamos con otras personas con el fin de que nuestra relación sea cordial, agradable y amable. Entre dichas conductas podríamos encontrar el saludar, sonreír, pedir y hacer favores, cooperar y compartir, entre otras (Monjas 2009). Partiremos del concepto de empatía que podríamos definir como la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basados en el reconocimiento del otro como un similar. Pasamos la mayor parte de nuestras vidas en contextos sociales, por lo que el reconocimiento y la comprensión de los estados mentales de los demás, así como la capacidad de compartir esos estados y responder a ellos del modo adecuado es fundamental para relacionarnos (López, 2016).

Abordaremos algunas habilidades básicas de cortesía como lo son el compartir y ayudar. Según Monjas 2009, los componentes y pasos conductuales específicos para comportarse con cortesía son los siguientes:

1. Mirar a la otra persona.
2. *Decir una frase o expresión verbal adecuada a cada caso: gracias, por favor, disculpe, lo siento, perdón.*
3. *Acompañar la expresión verbal con gestos y expresión no verbal apropiada: sonrisa, gestos de manos, tono de voz, postura, distancia con la otra persona, etc.*

En la relación cotidiana con otras personas es muy necesario saber pedir y hacer favores, esto ayuda a que la convivencia sea más agradable, pedir un favor implica solicitar a una persona que haga algo por tí o para tí. Hacer un favor implica hacer a otra persona algo que nos ha pedido. Según María Inés Monjas las personas que piden y hacen favores correctamente y que formulan su petición claramente y de modo cordial, resultan agradables

para los demás, por lo cual cuando se pide un favor de forma amable, hay más posibilidades que la otra persona acceda a nuestros pedidos.

Objetivos:

Ponerse en el lugar del otro, aprender a compartir, pedir y hacer favores.

Desarrollo:

Partiremos del concepto de empatía, cuál es su significado y su importancia, proyectaremos el video "Color your world with kindness" (Anexo 23) y escucharemos las opiniones de los alumnos sobre el video y sobre que entienden ellos por la empatía, resaltando la importancia de mantener una buena relación con las personas que nos rodean.

Abordaremos temas sobre la cortesía como pedir y hacer favores. En la vida cotidiana es muy importante pedir favores de forma correcta, ayuda a que la convivencia sea más agradable, escucharemos sugerencias de los alumnos sobre como piden ellos un favor en el aula o por fuera de ella. Entre todos se llegará a un consenso sobre la forma adecuada de realizarlo.

Después abordaremos el tema de la cooperación y compartir, partiremos del cortometraje "el valor de compartir" (Anexo 24) en el cual un perro que acompaña a un pescador aprende a compartir con un ave que necesita alimento para sus hijos. Escucharemos las opiniones de los alumnos y explicaremos la importancia de ser empático y compartir con los demás.

Recursos:

Proyector de video.

10. CONCLUSIONES

En el transcurso de la presente investigación, hemos explorado una condición psicopatológica recientemente descrita, el Trastorno por Ensoñación Excesiva (TEE) y su correlación con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Identificando similitudes y diferencias significativas, tanto en su presentación fenomenológica y a nivel morfológico en el sistema nervioso central. A través del análisis del marco teórico, hemos identificado las características de dichos trastornos y hemos establecido las diferencias entre ellos. Resaltando el fenómeno conocido como absorción disociativa como un punto de partida para su diferenciación.

Hemos abordado distintos aspectos sobre la atención, e identificado varios términos relacionados con ella: Mind Wandering, divagación mental, ensoñación, inatención, absorción disociativa, e investigado a nivel morfológico cuales son las áreas implicadas en dicho proceso y a nivel neuropsicológico cuales son las estructuras del sistema nervioso que se ven afectadas cuando se presenta disfunción atencional.

Desde las primeras investigaciones del TEE, se han establecido relaciones con TDAH. Debido a esta correlación y a la falta de tratamientos específicos y desarrollados para el TEE, hemos basado el desarrollo de nuestro programa de intervención considerando las estrategias utilizadas para el tratamiento del TDAH. Esta decisión se debe a la similitud en los síntomas y las dificultades de atención presentes en ambos trastornos, lo que nos permite adaptar los enfoques terapéuticos del TDAH para abordar de manera efectiva las necesidades de los individuos con TEE.

La comprensión sobre la forma de presentación de el TEE, nos permite plantearnos a como sería su presentación a en niños, tomando como franja etaria entre los 8 y los 10 años. De esta forma proponer cual sería una intervención adecuada a nivel escolar, vale resaltar que dicha intervención no pretende remplazar la psicoterapia o la medicación, diseñamos una intervención que brinda herramientas a los niños con dicho trastorno para combatir con la sintomatología de presentación del trastorno, de esta forma evitar una cronificación y agravamiento de los síntomas.

Consideramos que los niños con TEE presentarían un bajo rendimiento escolar, debido a una gran dificultad para mantener la atención en los temas de la clase y ante la presentación de temas que no sean de su interés, optarían por refugiarse en la fantasía obteniendo una gratificación inmediata. Es por ello que hemos decidido incluir técnicas relacionadas con el Mindfulness o atención plena, las cuales han sido probadas en numerosas investigaciones, evidenciando que se practica mejora la atención, reduce la divagación mental y mejora el rendimiento cognitivo (Mrazek, 2013).

La meditación en atención plena se ha empleado con resultados positivos en los tratamientos de abuso de sustancias y con el riesgo de recaídas. Algunas investigaciones sobre TEE, refieren que dicho trastorno se puede identificar como un problema de adicción comportamental, presentando una fuerte necesidad de ingresar a estados de ensoñación prolongadas, e irritación si no pueden realizarlo, por lo cual el mindfulness podría ser una herramienta prometedora para disminuir la frecuencia de las ensoñaciones.

Otro de los aspectos que intervienen en el TEE es que debido a la fuerte inmersión que se presenta durante las fantasías, consideramos que los niños tendrían dificultad para inhibir los estímulos distractores, en el caso de la ensoñación serían estímulos internos, lo que representaría poca capacidad para centrarse en los estímulos relevantes. Se considera que la práctica de la atención plena aumenta y refuerza la capacidad para la inhibición y para centrar la atención.

Estudios realizados sobre la regulación emocional y el trastorno por ensoñación excesiva, refiere que el TEE está asociado con dificultades emocionales, específicamente con el compromiso en comportamientos impulsivos cuando están angustiados, se presenta un bajo nivel de claridad emocional y tienen habilidades más débiles para regular las emociones (Greene, 2020), se considera que la practica de Mindfulness de manera continua permite que la persona se distancie de la emoción, reduciendo la sensación desbordante que provoca la desregulación emocional. Al centrar la atención en la respiración, se permite el acceso a un estado de relación adecuado para alejarse de las connotaciones negativas de la emoción que produce el desborde y de esta manera regularla.

Durante la época de los 70s la aplicación del entrenamiento cognitivo autoinstruccional de Meichenbaum y Goodman, tuvo una gran acogida, se utiliza con el objetivo de ayudar a organizar el pensamiento en niños, principalmente aquellos que presentan impulsividad. La utilización de autoinstrucciones pretende interrumpir la cadena de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo se plantea antes de solucionar un problema, se espera que mediante el entrenamiento mediacional cognitivo dichos pensamientos incorrectos sean remplazados por otros mas útiles.

Continuando con el manejo de la impulsividad, hemos incluido en nuestro programa de intervención, la técnica de la tortuga, diseñada por Schneider en 1974, basada en el autocontrol de la impulsividad sin la intervención de un control externo. Al igual que la tortuga se le enseña al niño a replegarse dentro de un caparazón imaginario cuando perciba que no puede controlar sus impulsos, se le pide que se durante 10 segundos debe relajar su cuerpo y respiración, para luego buscar una solución a aquello que lo esta afectando.

El último componente del programa intervención propuesto, corresponde a la enseñanza en habilidades sociales. Como hemos expuesto anteriormente, las personas que

presentan Trastorno por ensoñación excesiva, remplazan las interacciones sociales por personajes imaginarios en sus ensoñaciones. Hemos decidido incluir la enseñanza de habilidades sociales, con el objetivo de dar herramientas para facilitar e incentivar las relaciones sociales; de la misma manera esperamos que con esta guía puedan desarrollar habilidades de empatía y desarrollen interés por entablar relaciones de amistad con otras personas.

Partimos de la hipótesis que el TEE es una patología individual que se puede diferenciar del TDAH. Consideramos que la evidencia bibliográfica confirma dicha hipótesis, ya que podemos ubicar los procesos que afectan la atención en el TDAH en el orden de fenómenos como Mind Wandering o distractibilidad y aunque se presenten casos de ensoñación en personas con TDAH, no llegan a tener la misma intensidad y absorción como las ensoñaciones en el caso de TEE. Uno de los aspectos que sobresale en el TEE es el fenómeno de absorción disociativa, que corresponde a una interrupción normal de la experiencia, presentándose como un estrechamiento de la atención sumergiéndose en un único estímulo, en este caso un estímulo interno como es la fantasía, descuidando los estímulos del entorno. Se considera que es un estado no voluntario y carece de autoconciencia.

También es una característica importante en el TEE el hecho de que las ensoñaciones se repitan frecuentemente durante el día, en algunos casos puede llegar a tardar horas y el hecho de que presenten fantasías muy elaboradas con personajes vividos, representados detalladamente, afectando las relaciones interpersonales y la actividad laboral. Hemos analizado que a nivel fenomenológico en el caso del TDAH las personas manifiestan inquietud motora, una deficiente regulación emocional y distractibilidad, en el TEE las personas se aíslan sin prestar atención a su entorno y con poca movilidad.

Tomando en cuenta las características de los trastornos estudiados, hemos propuesto un programa de intervención orientado a amortiguar el impacto o el aumento de la ensoñación brindando herramientas en aquellas áreas que consideramos son las más afectadas debido a la sintomatología: El mindfulness se utilizará para mejorar la capacidad de concentración y la atención plena, permitiendo a los individuos reducir la rumiación y mantenerse enfocados en el presente. Las teorías tomadas de la psicología cognitivo conductual servirán para mejorar la regulación emocional y desarrollar estrategias cognitivas que faciliten la atención sostenida, y tareas que impliquen la resolución de problemas. Por último, las estrategias adoptadas de la enseñanza en habilidades sociales, brindaran herramientas para relacionarse de la mejor manera con las personas que se encuentran en su entorno.

Esperamos que esta tesina sea de utilidad para futuras investigaciones sobre el tema y contribuya a la comprensión y manejo del TEE que al ser una condición psicopatológica recientemente descrita cuenta con limitada bibliografía. Sería de gran utilidad poder realizar

estudios longitudinales con seguimiento de larga duración para examinar como evolucionan los síntomas en personas con dicho trastorno. Asimismo, sería oportuno evaluar cuales son los factores asociados con la aparición de la condición psicopatológica y cuales resultan ser los modelos de tratamiento más efectivos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arguís Rey, R. B. (2012). *Programa "AULAS FELICES" Psicología Positiva aplicada a la Educación*. Zaragoza, España: <http://www.aulasfelices.org>.
- Association., A. P. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a.ed.)*. Editorial medica Panamericana.
- Bigelsen J, S. C. (2011). Compulsive fantasy: proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. . *Conscious Cogn.* , 20(4):1634-48. doi: 10.1016/j.concog.2011.08.013. Epub 2011 Sep.
- Blanco-San Martín, E. S.-D.-M. (2023). El rol predictivo de la red neuronal por defecto sobre la atención sostenida en edades escolares: una revisión sistemática. . *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, , 61(1), 87-97.
- Calderón Garrido, C. (2003). *TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL*. Barcelona: TESIS DOCTORAL FACULTAT DE PSICOLOGIA UNIVERSITAT DE BARCELONA.
- Castellanos, F. A. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. . *Revista Neurología*, 38, 131-136.
- Castro Estrada, M. (2016). *"Aprendiendo a relacionarnos". Proyecto de intervención en habilidades sociales en Educación Infantil*. Universidad de Oviedo: Master Universitario en Intervención y Investigación socioeducativa.
- Contreras Prados, S. (2022). Mindfulness: Una alternativa para afrontar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Aula de Encuentro*, 24 (1) 213-242.
- De La Cruz Villalobos, N. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. . *Revista Médica Sinergia*, 4(2), 21-27. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i2.173>.
- DI., S. T. (2024). A Cognitive Approach to Maladaptive Daydreaming: A Case Report. *Indian Journal of Psychological Medicine.* , doi:10.1177/02537176241236898.
- Escobar Sáez, M. J. (2017). *Diseños de Programas de Intervención Psicológica. Manual Autoformativo*. Huancayo: Universidad Continental .
- Faraone, S. V. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. . *Molecular Psychiatry*, 24, 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>.
- Fernández, A. (2014). Neuropsicología de la atención. *Revista Argentina de Neuropsicología*, , 25, 1-28.

- Flores, G. W. (2015). Entrenamiento cognitivo autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46. <https://doi.org/10.14204/ejrep.35.13051>.
- Greene, T. W. (2020). Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis. *Psychiatry Research Advance*, 285, 112799. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112799>.
- Kazda, L. B. (2021). Overdiagnosis of ADHD in Children and Adolescents. *JAMA Network Open*, 4(4), e215335. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5335.
- LEON, L. D. (2010). APORTACIONES Y HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNETICA ESTRUCTURAL EN EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION-HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS. *UNIVERSIDAD DE SALAMANCA*, <http://hdl.handle.net/10366/83456>.
- López Curtis, D. M. (2016.). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1).
- M. Modrego, L. M.-V.-M.-C. (2016). Mindfulness en contextos educativos: profesores que aprenden y profesores que enseñan mindfulness. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 87 (30.3), 31-46.
- Monjas, M. I. (2009, 11° edición). *Programa de Enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes*. Valladolid: CEPE.
- Mrazek, M. D. (2013). Wandering Mindfulness Training Improves Working Memory Capacity and GRE Performance While Reducing Mind. *Psychological Science*, 24(5), 776-781. DOI: 10.1177/095679761245.
- N., S.-D. (2019). Dissociative absorption, mind-wandering, and attention-deficit symptoms: Associations with obsessive-compulsive symptoms. *Br J Clin Psychol*, 58(1):51-69. doi: 10.1111/bjc.12186. .
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19 - 30. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3esp_19-30.pdf.
- Orjales, I. (2018 8ª edición). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas*. Madrid: CEPE Ciencias De La Educación Preescolar Y Especial.
- Orjales, I. P. (2007 7° edición). *Programas de intervencion cognitivo conductual para niños con TDAH*. Madrid: CEPE.

- Orjales, I. P.-L. (1997). Terapia cognitiva, trastorno de atención e hiperactividad infantil. . En *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión editorial.
- Pardos, A. F.-J.-M. (2009). trastorno, Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 2): S107-S111.
- Pelayo. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. . *Cuadernos de Psicología* , 11(2), 35.
- Pérez Bonet, G. (2016). Mindfulness: un complemento esperanzador para la intervención con TDAH. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 109-131.
- Robinson, S. W. (2016). Intense imagery movements (IIM): More to motor stereotypes than meets the eye. *European Journal of Paediatric*, 20(1), 61–68.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2015.10.006>.
- Ross, C. A. (2020). Self-Reported Medication and Recreational Drug Effects in Maladaptive Daydreaming. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 77-80. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001091.
- Rusca-Jordán, F. e. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría.*, 83(3), 148-156.
- Salomon-Small G, S. E.-S.-D. (2021). Maladaptive daydreaming and obsessive-compulsive symptoms: a confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms. *J Psychiatr Res*.
- Schimmenti, A. S. (2019). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. . *Annales Médico-Psychologiques.* , <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.014>.
- Schupak, C. &. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. . *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 18(1), 290–292. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>.
- Soffer-Dudek, N. &. (2018). Trapped in a Daydream. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 194. doi: 10.3389/fpsy.2018.00194.
- Soffer-Dudek, N. L.-D. (2015). Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. . *Consciousness and Cognition*, 36, 338-351.
- Somer, E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 32, Nos. 2/3.

- Somer, E. (2017). Maladaptive Daydreaming: Proposed Diagnostic Criteria and Their Assessment With a Structured Clinical Interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. , DOI: 10.1037/cns000011.
- Somer, E. S.-D. (2017). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. . *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(2), 176–189. <https://doi.org/10.1037/cns0000114>.
- Somer, E. S.-D. (2017). The Comorbidity of Daydreaming Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [https://doi.org/\[insert DOI if available\]](https://doi.org/[insert DOI if available]).
- Theodor-Katz, N. S.-D. (2022). Could immersive daydreaming underlie a deficit in attention? The prevalence and characteristics of maladaptive daydreaming in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, , 78, 2309-2328. <https://doi.org/10.1002/jclp.23355>.
- Vasconcelos, A. F. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. . *Acta Médica del Centro*, 12(4), 1-11.
- Vázquez-Rivera, S. V.-R.-V.-M.-P. (2020). Trastorno de Ensoñación Excesiva: Un Caso Clínico en España. . *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 21-36.
- Vyas, M. S. (2023). Is this the real life? Or just a fantasy? A closer look at maladaptive daydreaming. . *Mental Health and Social Inclusion*, 1-10. DOI: 10.1108/MHSI-01-2023-0014.
- Ziane, C. W. (2024, January 11). MIND WANDERING AND ITS RELATIONSHIP WITH SUSTAINED ATTENTION AND EXECUTIVE FUNCTIONS IN PRESCHOOLERS. . *Institut des Sciences Cognitives Marc Jeannerod, CNRS UMR 5229, Université Claude Bernard Lyon*, <https://doi.org/10.31234/osf.io/qws8r>.

12. ANEXOS

Anexo 1

Cartel

Al inspirar, calmo mi cuerpo.

Al espirar, sonrío.

Al inspirar, vivo en el presente.

Al espirar, sé que es un momento maravilloso.

Anexo 2

1
Primero, miro y digo todo lo que veo

2
¿Qué es lo que tengo que hacer?

3
¿Cómo lo voy a hacer?

4
Tengo que estar muy atento (y ver todas las posibilidades de respuesta)

5
¡Ya puedo hacerlo!

6
¡Genial! Me ha salido bien

6
No me ha salido bien. ¿POR QUÉ? (reviso todos los pasos)
Ah! ¡era por eso!. Bien, la próxima vez no cometeré ese error.

Cuadro 1: Esquema de Autoinstrucciones Adaptado de Meichenbaum (1971) por Orjales (1991, pasos 2 al 6) y Esquema de Autoinstrucciones Ampliado (Orjales, 1999, pasos del 1 al 6).

Anexo 3



Marca (✓) con color rojo todos los números 7

9 5 2 7 3 6 8 4 1 6 7 2 6 8 9

2 4 7 8 5 2 1 4 7 9 3 3 7 8

7 7 8 9 6 2 1 2 5 7 8 9 9 7 9

6 7 9 6 2 7 8 9 6 3 1 7 8 7 7

8 8 5 2 2 2 1 1 7 7 7 5 8 7 9

6 3 1 5 8 7 5 6 8 7 2 3 6 9 2

1 7 7 5 5 6 9 7 8 2 1 3 6 7 8

Sesión 1
Atención sostenida

Autoevaluación Sesión 1

Nombre: _____

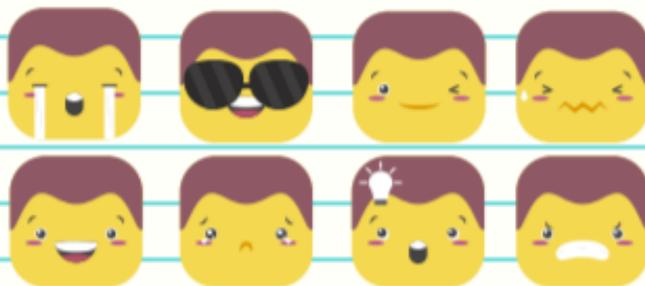
Fecha: _____

1. ¿Qué logré en esta sesión?

2. ¿Qué me fue difícil de realizar?

3. ¿Necesito ayuda en algo? ¿En qué?

Observación general





Marca (✓) con color azul todos los números A

A I O K U J B

H Y T A A D E

A V Z Y R T A

D E G V E R Q

W A A Z T U I

O P L A G R A

R T G B C X A

W Z A L A Y I

Sesión 1
Atención sostenida



Encierra todas las diferencias que encuentres en las imágenes



Sesión 2
Atención dividida

The image contains two identical grids of colorful icons. Each grid consists of 10 rows and 5 columns of icons. The icons include: a green banknote, a yellow coin with a dollar sign, a blue and red pair of sunglasses, a yellow drink in a white cup with a straw, a red house with a chimney, a blue umbrella, a red heart, a blue speech bubble with a question mark, a blue speech bubble with three dots, a yellow speech bubble with a red heart, a yellow drink in a white cup with a straw, a green beer mug with foam, a green fork and spoon, a green basket of french fries, a brown burger, and a hand giving a thumbs up. The grids are identical, and the task is to find differences between them.



Encierra todas las diferencias que encuentres en las imágenes



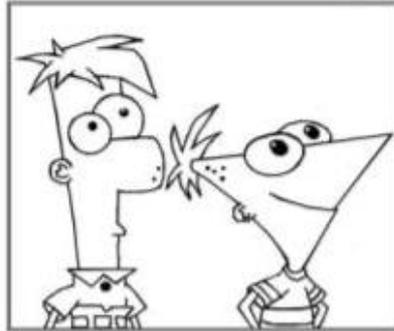
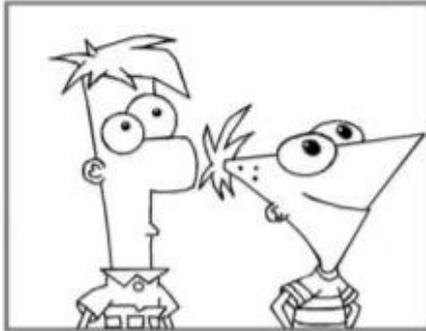
Sesión 2
Atención dividida

Encierra todas las estrellas, al terminar cuéntalas y coloca el numero en el recuadro.

Sesión 3
Atención selectiva



Encierra todas las diferencias que encuentres en las imágenes



Sesión 2
Atención dividida

Encierra todos los juguetes.

Sesión 6
Atención dividida

Anexo 11

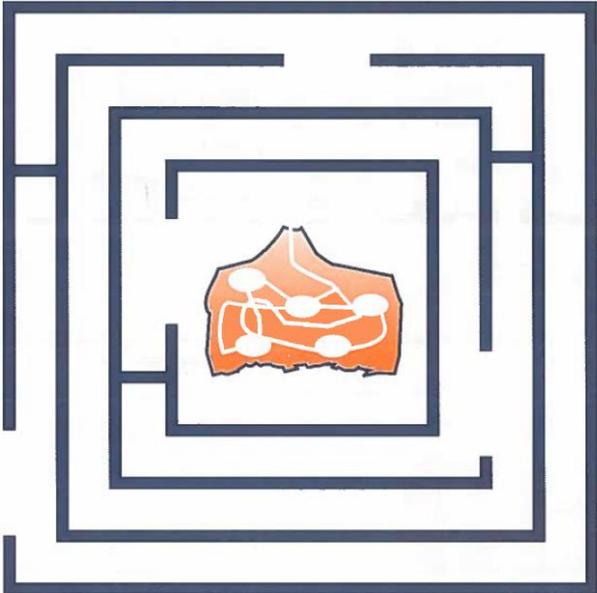
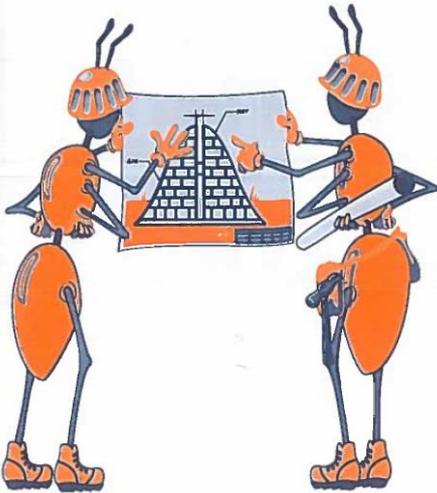
“Elige, de los 4 dibujos de abajo, el que es semejante al modelo”

Modelo



Anexo 12

Las hormigas obreras tienen un problema, encontrar el camino de vuelta al hormiguero. ¡Ayúdalas!

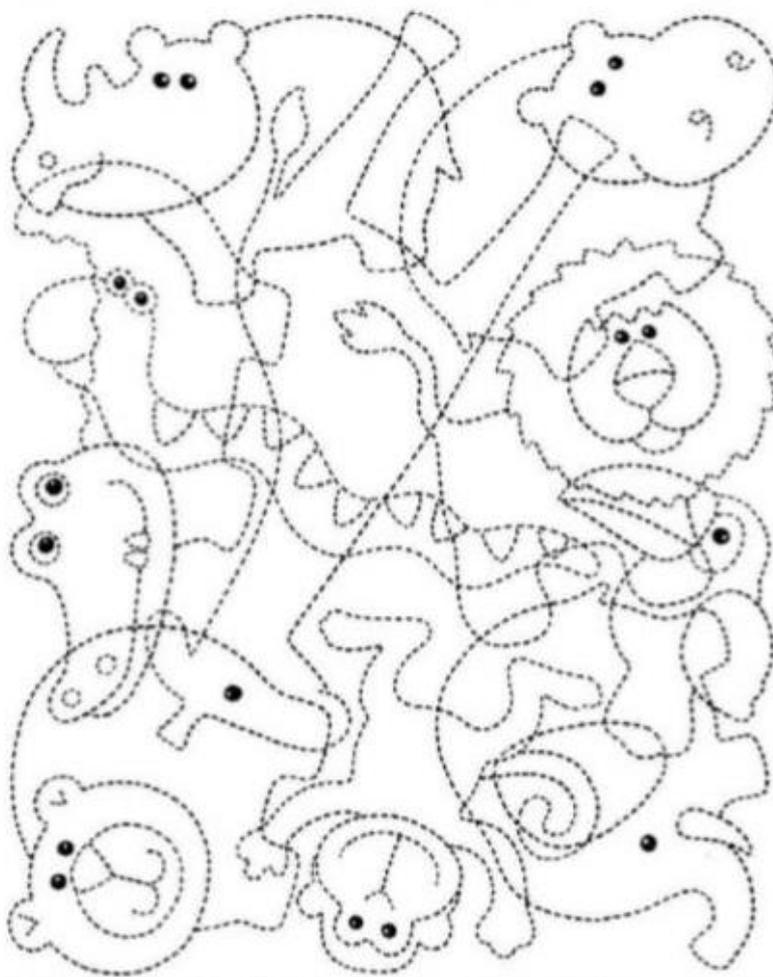


Une la FRESA con el PLATANO

Sesión 5
Atención dividida



delinea los animales escondidos.



Sesión 3
Atención selectiva



Encuentra las diferencias y tachalas



esión 11
ención dividida

Encierra todas las mariquitas,
cuéntalas y escríbelo en el cuadrado.

Sesión 9
Atención selectiva



Lee y sigue las instrucciones.



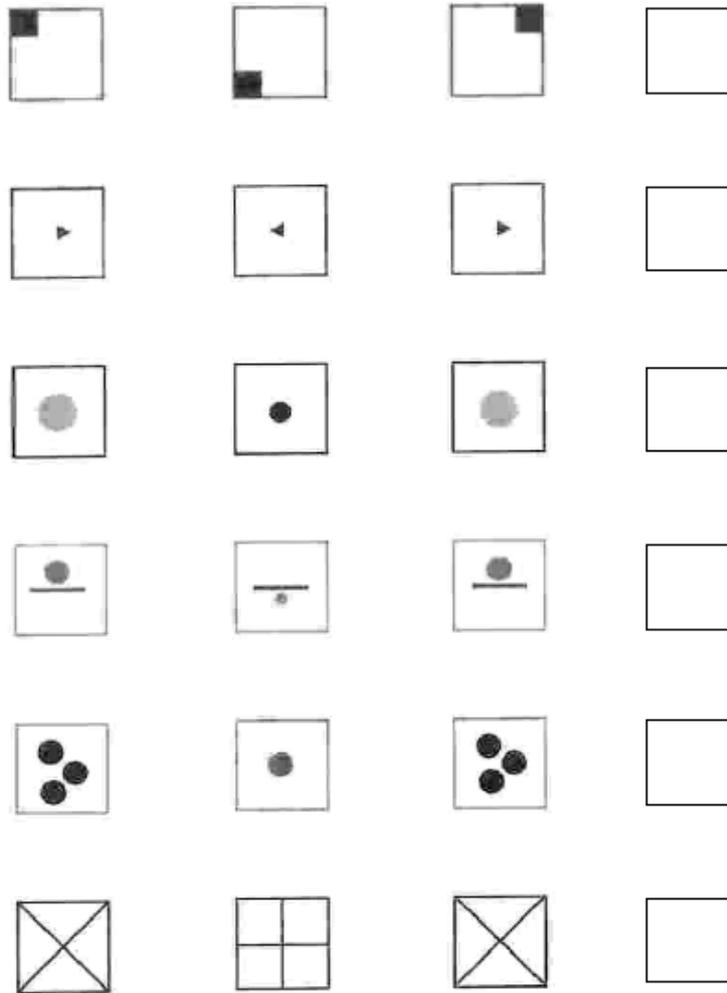
1. Colorea de rosado y cuenta los rayos.
 2. Colorea de verde y cuenta los soles.
 3. Colorea de azul y cuenta las nubes.
- Escribe las cantidades en los cuadrados.

Sesión 8
Atención dividida

Anexo 18

SERIES

Realiza los dibujos que deben ir en los cuadros vacíos. Fíjate cómo cambian las series



Anexo 19 (El monstruo de colores)

https://youtu.be/_NmMOKND8g

Anexo 20 (Tortuga poster)

PASOS DE LA TÉCNICA DE LA TORTUGA:



Anexo 21 (Vaya Rabieta)

<https://www.youtube.com/watch?v=xUJ3CaUBLR4>

Anexo 22 (Video Tortuga)

<https://www.youtube.com/watch?v=riwGSIUkXR8>

Anexo 23 (Video Color your world with kindness)

<https://www.youtube.com/watch?v=mdA2sByFX1I>

Anexo 24 (Video el valor de compartir)

<https://www.youtube.com/watch?v=sAiFrhYEU8s&t=157s>