

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

**"TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD TIPO PREDOMINANTE
INATENTO Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES**

**(Estudio realizado con estudiantes de primero básico, del Instituto Técnico Industrial,
de la cabecera departamental de Quetzaltenango)"**

TESIS DE GRADO

EVANIDIA SANTOS DE LEON RAMIREZ
CARNET 20381-13

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS)

**"TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD TIPO PREDOMINANTE
INATENTO Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES**

**(Estudio realizado con estudiantes de primero básico, del Instituto Técnico Industrial,
de la cabecera departamental de Quetzaltenango)"**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

EVANIDIA SANTOS DE LEON RAMIREZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, ENERO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. HUGO LEONEL PEREIRA GÁMEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. LESVIA MARITZA RODRÍGUEZ PANIAGUA

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 9 de noviembre de 2015.

Ingeniero: Jorge Derik Lima Par.
Sub-director Académico.
Universidad Rafael Landívar.
Campus Quetzaltenango.
Su Despacho.

Respetable Ingeniero Lima.

Como asesor del trabajo de tesis titulado "*Inatención y Ansiedad en Adolescentes*" (Estudio realizado con estudiantes de primero básico, diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatentos, del Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango) elaborado por la estudiante Evanidia Santos de León Ramírez, con registro No. 2038113, previo a conferírsele el título de LICENCIADA EN PSICOLOGIA, me permito informarle que esta tesis es producto de una amplia investigación bibliográfica y trabajo de campo, constituyendo un valioso aporte para todos los profesionales tanto de Psicología como de otras disciplinas por su contenido, por lo que a mi juicio está concluida y cumple con los requisitos exigidos por la Universidad Rafael Landívar, por lo tanto solicito se designe al revisor/a de fondo de esta investigación para que emita su dictamen correspondiente.

Deferentemente,


Lic. Hugo Leonel Pereira Gámez. Mgtr.
Asesor.
Colegiado 4,862

Lic. Hugo Leonel Pereira Mgtr.
Psicólogo
Col. 4862



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante EVANIDIA SANTOS DE LEON RAMIREZ, Carnet 20381-13 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05623-2016 de fecha 16 de enero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD TIPO
PREDOMINANTE INATENTO Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES
(Estudio realizado con estudiantes de primero básico, del Instituto Técnico Industrial,
de la cabecera departamental de Quetzaltenango)"**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 22 días del mes de enero del año 2016.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

Agradecimientos

Al Ser Supremo: Por concederme la vida y la oportunidad de formarme para trabajar por el prójimo.

A mis Padres: Euler Bernardo de León Díaz (Q.E.P.D.) y María Odilia Ramírez Duque de León (Q.E.P.D.), por su amor incondicional, apoyo emocional, por su ejemplo de lucha y de fe que me impulsaron a seguir adelante. Por ser esa luz en mi camino y acompañarme aunque no estén físicamente conmigo.

**A mi Esposo y
mi Bello Hijo**

(mis Hombres): Por brindarme su apoyo en cada etapa de mi vida estudiantil y darme todos los días esa palabra de ánimo, gracias mis amores, por su paciencia y comprensión, ustedes son parte de esto.

A mis Hermanos: Branly, Vicky y Ody, por acompañarme en los triunfos y fracasos e impulsarme a alcanzar mis metas. Gracias por creer siempre en mí y darme su amor.

A Padre Orlando: Por creer en mí y motivarme a seguir adelante, hacia mi triunfo. Gracias por el apoyo moral en todo momento.

A mis Sobrinos: Branly, Isabelita, Carlos Roberto, Jenny, Vicky, Dany y Rodri. Gracias por motivarme todos los días y que mi triunfo sea un pequeño ejemplo y motivación, a pesar de la edad los sueños se alcanzan.

A mi Amiguís Cony: Porque el sueño que empezamos juntas hoy se ve casi culminado, gracias por tu amistad y cariño, lo logramos amiga!

**A mis Amigas
y Compañeras
de Formación:**

Por los inolvidables momentos vividos y la paciencia para esta
“viejita”

A la URL:

Por la oportunidad de crecer, por los valores que me inculcaron:
“En todo amar y servir”

A mis Catedráticos:

Por compartir sus sabias enseñanzas, de cada uno aprendí
mucho y sé que debo imitar mucho de ustedes.

**A la Ciudad
de Quetzaltenango:**

Por los amigos y personas maravillosas que he conocido y que
me brindaron apoyo cuando lo necesité.

Dedicatoria

La presente tesis está dedicado a todos los jóvenes adolescentes que de alguna manera se han encontrado con el trastorno por déficit de atención tipo predominantemente inatento.

A las personas que trabajan por una verdadera interculturalidad con el fin de fortalecer los lazos y alcanzar así el desarrollo de nuestro país.

A todos los trabajadores emprendedores que reconocen sus raíces, se enorgullecen de ello y son capaces de vivir los valores inculcados para construir el desarrollo de la sociedad.

A los Profesionales de Psicología, lo que desea es ser un instrumento para conocer el trastorno, poder comprender e intervenir adecuadamente, brindando una orientación de cómo poder detectar a tiempo y canalizar de manera oportuna a los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar.

Asimismo puede brindar ayuda a la sociedad de Guatemala, comunidad quetzalteca, estudiantes, padres de familia, docentes, del Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango, a la Universidad Rafael Landívar, a la facultad de Humanidades, profesionales de psicología, pedagogos, futuros profesionales y futuras tesis.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominantemente inatento.....	8
1.1.1 Definición.....	8
1.1.2 Causas.....	10
1.1.3 Factores de riesgo.....	11
1.1.4 Criterios diagnósticos.....	12
1.1.5 Evaluación.....	16
1.1.6 Diagnostico.....	18
1.1.7 Tratamiento.....	19
1.2 Ansiedad.....	20
1.2.1 Definición.....	20
1.2.2 Causas.....	20
1.2.3 Tipos de ansiedad.....	22
1.2.4 Síntomas.....	23
1.2.5 Manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad.....	24
1.2.6 Ansiedad en adolescentes.....	25
1.2.7 Manejo de la ansiedad.....	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
2.1. Objetivos.....	28
2.1.1. Objetivo general.....	28
2.1.2. Objetivos específicos.....	29
2.2. Variables o elementos de estudio.....	29
2.3. Definición de variables.....	29
2.3.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio.....	29
2.3.2. Definición operacional de las variables o elementos de estudio.....	30
2.4. Alcances y limites.....	30
2.5. Aporte.....	31

III.	MÉTODO.....	32
3.1	Sujetos.....	32
3.2	Instrumento.....	32
3.3	Procedimiento.....	33
3.4	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	34
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	35
V.	DISCUSIÓN.....	40
VI.	CONCLUSIONES.....	46
VII.	RECOMENDACIONES.....	47
VIII.	REFERENCIAS.....	48
	ANEXOS.....	51

Resumen

El déficit de atención es un trastorno que posee una base neurobiológica y genética muy importante, los adolescentes con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad por sus siglas conocido como TDAH, manifiestan una actitud en la cual pareciera no escuchar cuando se les habla directamente, sueñan despiertos, les cuesta ponerse en marcha y a menudo olvidan o pierden cosas.

Lo que conlleva a cuestionar ¿qué tan fuerte será la ansiedad que pueden llegar a sentir los inatentos, frente a la presión del entorno?

El objetivo de esta investigación se centró en identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento.

El estudio es de tipo descriptivo, de diseño no experimental y transversal. Se trabajó con un universo de 280 estudiantes de primero básico, encontrándose diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento, una muestra de 12 estudiantes, del Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango.

A la muestra se le aplicó un instrumento de manera colectiva, el cual permitió primero diagnosticar a los estudiantes con TDAH tipo predominantemente inatento. Posteriormente ya con los adolescentes identificados, se aplicó otro instrumento que permitió medir la escala rasgo y la escala estado de ansiedad que manifiestan. Por lo que se llegó a la conclusión que los niveles de inatención se encuentran entre moderado y alto lo que permite observar que se hayan estrechamente correspondidos de acuerdo al grado de ansiedad que manifiestan, así mismo se demostró que la mayoría reveló un alto grado de ansiedad. Se recomienda evaluar al inicio del ciclo escolar a los adolescentes, establecer el TDAH tipo predominantemente inatento y evaluar el nivel de ansiedad que manifiestan por las exigencias de su entorno familiar, social y escolar.

Palabras Claves: Déficit, inatento, ansiedad, adolescentes, TDAH.

I. INTRODUCCIÓN

Cuando un alumno presenta TDAH (trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad) del tipo hiperactivo-impulsivo la sintomatología parece llamar la atención de padres y/o maestros de forma anticipada, tanto en la etapa preescolar como en la primaria.

Por el contrario, el TDAH de tipo inatento pasa a menudo desapercibido, suele manifestarse en primaria o incluso en la educación secundaria y por qué no decirlo hasta en la edad adulta, se presenta en ambos sexos, aunque es más difícil de detectar en las niñas por ser más calmadas y complacientes.

Quienes lo padecen pareciera que “están en las nubes” o simplemente que son vagos y no están motivados para estudiar; sin embargo hoy en Guatemala es la causa de un gran número de alumnos con fracaso escolar. En la actualidad la mayor parte de los estudiantes con TDAH, tipo predominantemente inatento, no son diagnosticados a tiempo, sino es hasta cuando están en la etapa escolar y empiezan a manifestar mucha dificultad para mantenerse enfocados en las tareas, tanto escolares como las asignaciones y quehaceres del hogar o para recordar lo que han leído.

Una característica que se asocia con el TDAH es la falta de atención, la cual no se debe a una carencia de concentración sino, más bien, a una dificultad para mantener la atención selectiva en actividades no gratificantes o aburridas, con más razón si son largas; por consiguiente, la atención en clase suele verse disminuida y posiblemente nula. Es por ello que de acuerdo a los estudios realizados con anterioridad se ha logrado comprender que las personas con problemas de inatención, pueden mantenerse atentos por cortos períodos; pero si sus actividades son llamativas, los períodos de atención suelen ser más extensos.

En otro ámbito, un adolescente con TDAH desarrolla en su entorno un tipo de actitud no muy conveniente; a menudo, existe una ruptura del diálogo y la comunicación entre el adolescente y sus padres, sus docentes y con los mismos compañeros, lo cual provoca una excesiva ansiedad en ellos; cabe mencionar, que se trata de un trastorno que puede ocasionar serias dificultades en la esfera bio-psico-social del adolescente.

Precisamente es ahí en donde radica la finalidad de esta investigación en la necesidad de realizar un estudio sobre la ansiedad que genera la inatención, como parte del TDAH, principalmente en los estudiantes, dentro del contenido se enumeran cada uno de los síntomas y factores asociados a este trastorno, así como la influencia que ejerce sobre los estudiantes la presión de su entorno frente a esta situación.

De igual manera pretende brindar ayuda a profesionales de psicología, estudiantes, pedagogos y padres de familia, para que puedan hacer del adolescente con TDAH un adulto competente, autoconfiado y con autoestima. Asimismo espera ser un instrumento para conocer el problema, poder comprender e intervenir adecuadamente, brindar una orientación de cómo poder detectar a tiempo y canalizar de manera oportuna a los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar, y por consiguiente disminuir el nivel de ansiedad en los estudiantes, así como otros problemas comorbidos que pudiesen surgir.

De lo anterior surge el objetivo de la investigación el cual proyecta identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento.

Las dos variables que se abordan son: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominantemente inatento y ansiedad, cada una respaldada por autores que, a través de artículos en revistas y en libros, exponen las ideas más importantes sobre el déficit atencional y la ansiedad en los adolescentes. A continuación se presentan algunos estudios previos al tema:

Arango, Mejía, Cornejo y Cardona (2005) en el estudio titulado Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento que aparece en la revista IATREIA, vol 21, No. 4, exponen que la investigación tuvo como objetivo puntualizar las características neuropsicológicas y sociodemográficas de un grupo de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de predominio inatento. Para ello seleccionaron 16 varones entre 7 y 11 años, de acuerdo con la lista de síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) como TDAH de tipo inatento, utilizaron variables similares en los grupos tales como edad, estrato socioeconómico, motivo de

consulta, escolaridad, antecedentes personales, familiares y de desarrollo, tipología familiar y signos neurológicos blandos. La finalidad era comprender cómo el trastorno por déficit de atención es una de las causas más comunes en la edad escolar.

Expresan que las características neuropsicológicas se evaluaron mediante una batería de pruebas psicométricas para medir inteligencia, obtener un coeficiente estimativo, evaluar la vigilancia y el control mental, función ejecutiva, inhibición de la conducta, la velocidad de procesamiento, focalización selectiva y control de interferencia. Estableciéndose la conclusión que la mayoría se encuentra en un nivel promedio.

Buñuel (2006) en el artículo Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad, una visión desde la evidencia científica; el cual aparece en la revista pediátrica de atención primaria, explica que dicho trastorno juntamente con la obesidad y el asma, constituye, una de las enfermedades más prevalentes durante la infancia, precisa que es importante realizar un diagnóstico exhaustivo y correcto; y por consiguiente, establecer el tratamiento adecuado y con ello mejorar el pronóstico de estos pacientes.

De igual manera el diagnóstico de TDAH demanda de una recopilación de información de la conducta, en todas las esferas del paciente: casa, escuela, el mismo niño, todo ello para ver compatibilidad de sintomatología, con el trastorno. Es importante contar con una evaluación por medio de un instrumento o cuestionario, complementarla con una evaluación neurológica y médica para descartar posibles problemas auditivos o visuales que pudiesen confundir el diagnóstico.

Díez, Figueroa y Soutullo Esperón (2006) en el artículo titulado Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato, mismo que aparece en la revista pediátrica de atención primaria, expone que es muy probable que el índice de incidencia en adolescentes y niños con TDAH, presenten al menos otro trastorno psiquiátrico, situación que dificulta el diagnóstico y el tratamiento, y por ende empeora el pronóstico. Entre los más comunes en presentarse se encuentran: Trastorno de conducta disruptiva, trastorno de ansiedad y trastorno del humor.

Mulas, Etchepareborda, Abad-Mas, Díaz-Lucero y Hernández (2006) en su artículo titulado Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el cual se encuentra en la revista de neurología 43 suplemento 1, páginas 71-81, indican que su investigación, tuvo como objetivo la presentación de los aspectos neuropsicológicos involucrados en los pacientes adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): trastornos de atención, memoria, de las funciones ejecutivas y del lenguaje. Presentaron puntualmente las comorbilidades que se exteriorizan con mayor incidencia en los pacientes adolescentes con TDAH. Indica de igual manera la forma de evaluación neuropsicológica y funcional de los sistemas atencionales, con técnicas hemodinámicas. Las conclusiones a las cuales llegaron, estuvieron: que durante la adolescencia, los pacientes con este déficit suelen padecer, trastornos secundarios a la falta de adquisición de procesos de información, eficientes por el desarrollo escaso de las funciones ejecutivas. La falta del control inhibitorio y la capacidad pobre para aprender de sus propios errores facilitan la aparición de trastornos comórbidos neuropsiquiátricos.

Mateo y Vilaplana (2007) en el artículo titulado Estrategias de identificación del alumno inatento e impulso en el contexto escolar, que aparece en la revista Quaderns Digitals, expresan que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se determina por un patrón constante de inatención, exceso de actividad e impulsividad, lo cual da como resultado tres subtipos básicos según el DSM-IV-TR: el predominantemente inatento/desorganizado, identificado por los conflictos tanto en la organización y planificación, como en atención sostenida. El subtipo predominantemente hiperactivo impulsivo, reconocido por la dificultad significativa en autorregular su comportamiento, debido a una disfunción en el control inhibitorio, y por último, el subtipo combinado, el que involucra tanto sintomatología de inatención, como de exceso de actividad e impulsividad, suele ser de los tres subtipos el que aparece con más frecuencia. Al hablar de TDAH, se hace evocación a un trastorno con una enorme incidencia en las escuelas (de cada 4 clases, aparece aproximadamente un niño con TDAH), enormemente comórbido (frecuentemente aparecen ligados a él otros trastornos como las dificultades de aprendizaje, ansiedad, depresión, tics y epilepsia), y con un pronóstico incierto respecto a la sintomatología nuclear, especialmente en lo que concierne a la impulsividad, que suele mantenerse en la vida adulta.

Mérida (2014) en su tesis titulada Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños con epilepsia, indica que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra determinar la incidencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en niños con epilepsia tratados en el Hospital Regional de Occidente y para ello se trabajó con 50 niños de ambos sexos, comprendidos en las edades de 4 a 15 años de diferentes etnias y distinto estatus social. El test psicológico que se utilizó para evaluar fue EDAH el cual cuenta con 20 ítems, que mide los principales rasgos del TDAH, así como los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome. La conclusión a la que se llegó fue que no existe diferencia significativa entre la hiperactividad y el déficit de atención en los niños que fueron evaluados en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango; significa que de los niños que padecen TDAH, algunos tienen problemas de atención, otros solo tienen problemas de hiperactividad e impulsividad, y otros niños tienen ambos problemas, no en todos los casos deben de presentar estos tres síntomas pero que no hay alguno de estos síntomas que muestre un nivel más alto que el otro. Se recomienda Evaluar a los niños con epilepsia tratados en el Hospital Regional de Occidente para saber si presentan el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y así poder diagnosticarlos y darles tratamiento junto con la epilepsia; evaluar el cociente intelectual o algún problema de desarrollo que sea comórbido a la epilepsia y el TDAH y así darles información acerca del problema que los aqueja, a los maestros de los niños que asisten a un establecimiento académico y con ello evitar que les afecte en el rendimiento escolar.

La propuesta que se elaboró fue una capacitación a los padres de familia con el objetivo de que tengan conocimiento más a profundidad del TDAH y la epilepsia, las repercusiones que trae el presentar estas condiciones, así como el tratamiento neurológico, psicológico y el aprendizaje de técnicas de ayuda para que se apliquen a los niños en el hogar.

Virues (2005) en el artículo Estudio de la ansiedad que aparece en la revista psicología científica.com publicado el 25 de mayo, expone que la ansiedad es una respuesta emocional manifestada por las personas frente a escenarios que considera, percibe o interpreta como amenazantes o peligrosos, por esta razón es concebida como un trastorno mental de mayor prevalencia en la actualidad, puesto que abarca un cúmulo de sintomatología clínica-patológica, que comparten como rasgo común, la cual se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a

nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en distintas esferas: familiar, social o bien el laboral.

Contreras, Espinosa, Esguerra, Polanía, y Rodríguez (2005) en su artículo Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes que aparece en la revista *Diversitas*, volumen 1, número 2 de Bogotá, explican que realizaron una investigación con el propósito de establecer si las variables psicológicas percepción de autoeficacia y ansiedad guardan relación con el rendimiento académico. El estudio se realizó con un grupo de 120 estudiantes de secundaria de un colegio privado de Bogotá. Se aplicó la Escala de Autoeficacia Generalizada [EAG] y el Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo [STAI]. Los resultados demostraron que la autoeficacia está asociada directamente con el rendimiento académico general, mientras que la ansiedad no. Al examinar por áreas de conocimiento, se encontró que tanto la autoeficacia como la ansiedad resultan ser significativas para la predicción del rendimiento académico. Se discute el papel contextual de la ansiedad así como de su posible mediación en la autoeficacia y el rendimiento académico.

García-Fernández, Cándido, Martínez-Monteagudo, Marzo y Estévez (2011) en el artículo titulado *Inventario de ansiedad escolar: validación en una muestra, de estudiantes de educación secundaria*, el cual aparece publicado en la revista *psicothema*, volumen 23, número 2, páginas 301 -307, surge con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de las puntuaciones del inventario de ansiedad escolar (IAES). El cual fue administrado a una muestra de 520 estudiantes de educación secundaria de 12 a 18 años. Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios apoyaron la estructura de cuatro factores correlacionados relativos a situaciones escolares (ansiedad ante el fracaso y castigo escolar, ansiedad ante la agresión, ansiedad ante la evaluación social y ansiedad ante la evaluación escolar) y la estructura de tres factores relativos a los sistemas de respuesta de la ansiedad (ansiedad cognitiva, ansiedad psicofisiológicas y ansiedad conductual). Los resultados revelaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el IAES y el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Pujota (2012) en su tesis *Estudio sobre la influencia de los niveles del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el grado de ansiedad que presentan los niños y niñas de 6 a 10 años*,

indica que el trabajo tuvo como objetivo fundamental correlacionar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad con ansiedad. Los altos niveles de ansiedad en niños y niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, causan dificultades de interrelación, motivan a probar que este trastorno influye en la presencia de ansiedad. Dicho estudio fue fundamentado en la corriente psicoanalítica freudiana, tratado en cuatro capítulos: ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y desarrollo infantil de seis a diez años. Investigación correlacional, no experimental. Se ha utilizado el método inductivo-deductivo, estadístico, psicométrico y clínico. A una muestra de cuarenta niños, pacientes de consulta psicológica, se ha evaluado TDAH y ansiedad, la correlación de sus datos demuestra la hipótesis planteada “el trastorno de déficit de atención e hiperactividad influye en la presencia de ansiedad en las niñas de 6 a 10 años que acudieron a consulta externa en el H.Q.N°1”. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que los niveles de trastorno por déficit de atención e hiperactividad siempre se hallan estrechamente correspondidos de acuerdo al grado de ansiedad que mostraron los niños y niñas que estuvieron como sujetos de estudio, se demostró que en su mayoría manifestaron un grado de ansiedad moderada independientemente del nivel de déficit atencional, estos resultados fueron corroborados mediante la aplicación de reactivos psicométricos. De igual manera se pudo demostrar que los niveles de ansiedad que llegan a presentar las niñas con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se encuentran en los niveles (> 60), moderado (50 – 60) y leve (40 - 50). Para lo cual se estableció la recomendación de establecer un control psicológico del desarrollo en niños con TDAH y trabajar conjuntamente los ámbitos familiar, escolar y psicoterapéutico para lograr una mayor eficacia del tratamiento propuesto.

Martínez y García (2013) en su investigación titulada Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión que aparece en la revista de la International Journal of Psychology and Psychological Therapy, volumen 13, número 1, indican que diferentes estudios han analizado la ansiedad escolar como un constructo unitario sin atender a las diferentes situaciones y sistemas de respuesta que conforman el mismo. Su objetivo fue investigar las relaciones y capacidad predictiva de las situaciones y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar sobre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión. Las escalas para medir la ansiedad fueron administradas a una muestra de 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad. Asimismo los resultados demuestran que en general los factores situacionales y

sistemas de respuesta de la ansiedad escolar son indicadores significativos y positivos de la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión. Las implicaciones prácticas de estos resultados son discutidas.

Torres y Chávez (2013) en el artículo titulado *Ansiedad*, el cual aparece publicado en la revista de actualización clínica médica investiga, (online), volumen 35, explican que “la ansiedad es una enfermedad, resultado de un trastorno neurótico, ocasionado generalmente por experiencias desagradables y que se visualiza a través de cambios del estado de ánimo, que ponen al individuo en una reacción de alerta frente a situaciones de peligro, que no tienen fundamento real aparente, a diferencia del miedo que es una reacción de defensa ante un peligro tangible y claro”. Al aumentar excesivamente las preocupaciones se llega a perder el control de la situación diaria, lo que forma una ansiedad generalizada, esto, implica un deterioro en el entorno familiar, laboral y/o social de la persona, pues manifiesta síntomas constantes de dificultad de concentración, preocupación constante, irritabilidad e inquietud. De acuerdo a lo que indican el tratamiento, puede ser de tipo psicológico o farmacológico; el primero, consiste en someter al individuo a entornos que considera amenazantes, para así, comprobarle lo innecesario de su inseguridad. El segundo, es la administración de ansiolíticos, que mantienen el control del paciente, mientras recibe psicoterapia.

1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominantemente inatento

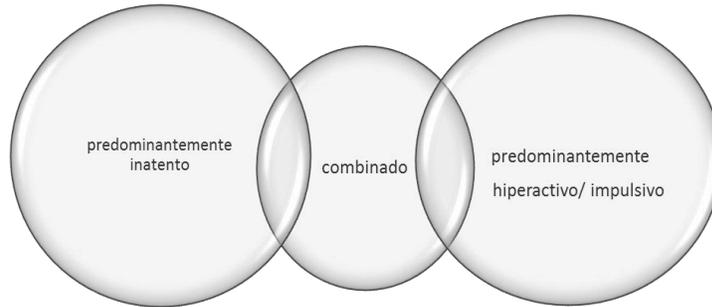
1.1.1 Definición

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV - TR (APA, 2010) lo define como: “TDAH o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, considerado un trastorno de origen neurobiológico con inicio en la edad infantil, con una prevalencia hasta la vida adulta, caracterizado por presentar un patrón persistente de dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas e/o hiperactividad-impulsividad, con una influencia de factores genéticos y ambientales”.

Sin embargo no todos los niños con TDAH manifiestan los mismos síntomas, ni en la misma intensidad. Depende de los síntomas predominantes, al respecto el DSM IV–TR (APA, 2010) indica tres subtipos, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 1

Tipos de TDAH



Fuente: Elaboración propia

Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006) definen la inatención “como una característica que presenta el niño, en la que pareciera, no escuchar cuando se le habla directamente, suele soñar despierto, se le dificulta ponerse en marcha y a menudo olvida o pierde cosas. Tiende a distraerse y a valorar cualquier ruido o estímulo irrelevante, logra dispersarse también en actividades de juego o atractivas para él. En el aula generalmente se muestra pasivo, pasa inadvertido y no aprende al ritmo esperado, olvida entregar tareas y trabajos o lo hace con retraso debido a que no los anota en la agenda, por lo que cuando los entrega suelen estar incompletos. Le molesta o se opone a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. La presentación de los trabajos es descuidada, olvida poner el nombre y la fecha y tiene dificultades para planificar los ejercicios. En los exámenes, sus respuestas son desorganizadas y ocupan espacios equivocados.”

Soluciones paso a paso (2006) déficit de atención, problemas de aprendizaje, expresan que son diversas las circunstancias que se conciben en relación a los procesos de atención, la cual ha sido definida como la orientación de un comportamiento hacia determinada tarea, sin embargo se ha comprobado que un adolescente puede mantener su atención fija en el maestro y no comprender lo que le dice, de igual manera puede estar ejecutar otras actividades irrelevantes y captar toda la información, ante esta situación suele denominarse déficit atencional.

Regularmente el niño predominantemente inatento pasa por un niño poco inteligente, aunque no sea cierto o con un grado de desmotivación alarmante; generalmente acaban ubicados en las últimas filas de la clase y frecuentemente nadie espera más de él o ella.

1.1.2 Causas

Se han realizado varias investigaciones para poder determinar con claridad las causas del TDAH, sin embargo hasta el momento se desconoce el origen directo o inmediato del trastorno. Los progresos en las técnicas de diagnóstico por imágenes y en la genética han ayudado a explicar algunos puntos, pero aún no se ha logrado una evidencia definitiva que explique los orígenes del trastorno.

Aunque existen varias teorías que explican el origen del trastorno, se considera como principal responsable la causa biológica (orgánica), concibiéndose ésta como un desequilibrio químico en las áreas cerebrales involucradas en la atención y el movimiento.

Seguidamente se describen las principales causas de inatención de acuerdo a lo expuesto por Espina y Ortego (2008) comentan que la etiología del TDAH, se debe a varios factores tanto genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas. Al igual que otros autores, luego de diversas investigaciones, coinciden en las causas en relación a los mismos factores, seguidamente se presenta dicha analogía:

- A nivel genético:

Las investigaciones revelan que existe mayor probabilidad de padecer el trastorno cuando son familia en primer orden, el índice de posibilidad se cifra entre 5-6 veces más frecuente. Se considera que dentro de su origen genético puede estar inmerso factores como: Consumo de alcohol, tabaco, drogas y el estrés durante el embarazo, así como la intoxicación por plomo y alergias alimentarias. En un índice aproximado del 50% de los casos se encuentra alteraciones en genes, sin embargo ha de tomarse en cuenta que la base genética es modificada por lo general por el ambiente.

- A nivel neuroanatómico:

Se ha establecido que las personas que padecen TDAH, presentan dificultad en el área prefrontal, encargada de organizar la información, inhibir la respuesta, planificar la conducta y seleccionar la atención.

- A nivel neurobiológico:

En el TDAH se considera que existe una inmadurez en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos: existe menos dopamina en las sinápsis (asociada al comportamiento motor y al sistema de refuerzo de recompensa), noradrenalina (asociada a la atención, vigilancia y funciones ejecutivas), serotonina (regulador del estado de ánimo) y gaba, que participa en la regulación del circuito atencional subcortical.

Aunque el sustrato neurobiológico del TDAH no se conoce con exactitud hasta el momento, Quintero, Navas, Fernández y Ortiz (2009) mencionan dos hipótesis: la primera llamada hipótesis fronto-estriatal la cual postula la existencia de una disfunción en los circuitos frontoestriatales y la segunda alternativa, es la hipótesis cortical superior que demuestra la presencia de variaciones en otras regiones corticales posteriores.

1.1.3 Factores de riesgo

Soutullo y Chiclana (2008) comentan que además de la causa a nivel genético, existen otros factores de riesgo para el TDAH, como la falta de oxígeno del niño durante el parto o su bajo peso al nacer, el consumo de tabaco y/o alcohol por la madre en el embarazo, la miseria extrema, el abandono paterno y el abuso físico o sexual.

Capdevila, Navarro, Artigas y Obiols (2007) comentan que para el trabajo con pacientes con déficit atencional es preciso tomar en cuenta la presencia de algunos factores de riesgo que pueden estar asociados a este trastorno ya que las complicaciones prenatales, perinatales y posnatales pueden causar lesiones cerebrales en momentos críticos del desarrollo, las que pueden contribuir a las manifestaciones psicopatológicas posteriores. Exteriorizan además que el nacimiento prematuro, parto distócico, cesárea, utilización de fórceps, hipoxia neonatal y traumatismos craneales, pueden ser otros factores de riesgo.

Pineda (como se citó en Trujillo, Ibañez y Pineda, 2010) indican que existen diversos factores de riesgo entre ellos:

- Los factores ambientales:

Las investigaciones apuntan que existe una relación potencial entre el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo y en el déficit atencional en los niños. De igual manera, los niños en edad preescolar que están expuestos a altos niveles de plomo, que se encuentra a veces en la pintura en edificios viejos o en cañerías, podrían tener un mayor riesgo de desarrollar dicho trastorno.

- Las lesiones cerebrales:

Sólo un porcentaje pequeño de niños con este trastorno han sufrido una lesión cerebral traumática. Sin embargo los niños que la han presentado pueden mostrar algunas conductas similares a las de quienes padecen del déficit de atención.

- Los aditivos alimentarios:

Existe entre el consumo de ciertos aditivos alimentarios, como colorantes artificiales o conservantes, una relación con el aumento o decremento en la actividad.

1.1.4 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos representan del conjunto de síntomas que deben manifestarse para realizar un diagnóstico. En el caso del TDAH, existen dos sistemas de clasificación que comprenden unos criterios diagnósticos específicos según han establecido la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con estas clasificaciones, lo que se pretende es establecer las condiciones y síntomas que se deben dar en los pacientes para poder realizar un diagnóstico. En la actualidad existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH: DSM-IV-TR o su nueva versión DSM-5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión CIE 10, a continuación se exponen los criterios de cada uno de estos sistemas, representado en la siguiente tabla:

Tabla 1
Criterios diagnósticos para el TDAH

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)	CIE 10 para el trastorno hiperactivo (OMS, 1992)
<p>A. (1) ó (2)</p> <p>1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p>Desatención</p> <p>a. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</p> <p>b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.</p> <p>c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</p> <p>d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos,</p>	<p>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):</p> <p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:</p> <p>Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se</p>	<p>Déficit de atención</p> <p>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</p> <p>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</p> <p>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</p> <p>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.</p> <p>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</p> <p>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.</p> <p>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas</p>

<p>u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).</p> <p>e. a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p> <p>f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).</p> <p>g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</p> <p>h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p> <p>i. a menudo es descuidado en las actividades diarias.</p> <p>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban</p>	<p>pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).</p> <p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).</p> <p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p> <p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).</p> <p>e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., 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).</p>	<p>o actividades, tales como material escolar, libros, etc.</p> <p>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.</p> <p>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</p>
--	---	--

<p>alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p> <p>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).</p> <p>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p>	<p>f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).</p> <p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p>	
--	--	--

	<p>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).</p> <p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p> <p>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).</p>	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia

1.1.5 Evaluación

La evaluación del TDAH es un proceso complejo donde se requiere además de un evaluador clínico experto, el uso de herramientas como las escalas aplicadas a padres y maestros; es necesario tomar en consideración previo a la evaluación algunos puntos válidos sobre los tipos de atención. Espina y Ortego (2008) indican que “la atención es la focalización de la conciencia, su función es seleccionar datos y utiliza filtros para dejar de lado estímulos que no son relevantes. La capacidad de la atención es influida por varios factores: evaluación de esfuerzo que requiere la

tarea, disposición estable orientada a la supervivencia, orientación a objetivos transitorios dependientes de las necesidades del momento y el nivel de activación emocional.”

Existen dos tipos de atención: voluntaria, la que se utiliza para mantener la conciencia centrada en un objeto, requiere un esfuerzo de concentración. Espontánea, sujeta a estímulos externos y asociada al sistema de alerta que protege de peligros.

Los elementos que la componen: enfoque, selección y sostenimiento. Cada uno de ellos hace referencia a tres fases o etapas: el enfoque consiste en elegir algo hacia dónde dirigir la atención, con la selección se centra en algo que reclama la atención es ese momento y por último sostener la atención todo el tiempo que sea necesario. El sostenimiento de la atención está condicionada por la organización, dirección, mantenimiento y el esfuerzo invertido. Si esto falla se cometen más errores.

En los TDAH afecta la atención selectiva y sostenida, es por ello que un porcentaje alto de las personas que padecen déficit atencional del tipo predominantemente inatento no son diagnosticados a tiempo, algunas veces estos síntomas de falta de atención no son notados sino hasta que el estudiante llega a la escuela media o a la escuela secundaria, donde debe tratar con múltiples profesores, y clases y asignaturas diferentes todos los días.

Es así como los autores plantean que luego de la elaboración inicial de la historia clínica lo ideal será continuar la realización de exploraciones psicométricas que ayuden a realizar una evaluación a diferentes niveles y con diferentes fuentes (niño, padres, profesores, equipos de orientación escolar, otros profesionales de la salud, servicios sociales) sobre:

Tabla 2

Evaluación para el TDAH

- Estado neuropsicológico, necesario para conocer posibles déficits neurocognitivos.
- Coeficiente Intelectual (C.I.)
- Pruebas psicopatológicas Para la depresión Infantil, ansiedad, pruebas proyectivas.
- Valoración de la atención y de la hiperactividad. Para medir la atención sostenida y la impulsividad, que permite orientar el diagnóstico hacia TDAH, problemas de conducta, problemas relacionales o trastornos emocionales.
- Valoración psicopedagógica, se debe recoger: información general sobre la escolarización, información sobre rendimiento académico: habilidades de lectura/prelectura, habilidades de pre/escritura, habilidades de cálculo, habilidades de lenguaje; valoración del profesor sobre el problema, soluciones a juicio del profesor.
- Exploración neurológica: si existen de signos neurológicos focales, se solicita un estudio neurológico. No siempre es posible la realización de una exploración neurofisiológica, el electroencefalograma (EEG), es necesario si existen sospechas de foco epiléptico. Si existe retraso significativo del desarrollo del lenguaje se puede solicitar la realización de potenciales evocados auditivos de tronco y el procesamiento fonológico.
- Analítica: perfil básico, pruebas hepáticas, TSH...
- Valoración social.

Fuente: Elaboración Propia

1.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico se fundamenta en los criterios DSM-IV-TR, DSM-5 y CIE-10 en el DSM-IV-TR se acepta el déficit de atención sin síntomas de hiperactividad/impulsividad. En el DSM-5 los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años, no tienen por qué darse los 3 síntomas en el paciente y el trastorno puede coexistir con alteraciones de ansiedad y/o estados de ánimo comórbidos. Mientras que los criterios la CIE-10 establece que para realizar el diagnóstico de TDAH, el paciente cumpla: 6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”, 3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”, 1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”, con ello en un momento determinado pueden dar falsos negativos en los

inatentos, mientras que los DSM-IV-TR o DSM-5 pueden dar falsos positivos al diagnosticar formas de hiperactividad e inatención leves (normales para la edad) como trastorno por déficit de atención tipo predominante inatento.

Mena et al. (2006) establece que el procedimiento eficaz para diagnosticar el TDAH, comprende:

- La valoración psicológica, para identificar capacidades y limitaciones
- Valoración médica, para confirmar o descartar enfermedades médicas que pudieran explicar los síntomas que manifiesta
- Valoración psicopedagógica para verificar la presencia o no de fracaso escolar.

1.1.7 Tratamiento

Soutullo y Chiclana (2008) aluden que el TDAH es un problema serio y su tratamiento, coordinado con los recursos del colegio y la colaboración de los padres, debe estar orientado por especialistas médicos con experiencia en trastornos psiquiátricos y del comportamiento. Los estudios demuestran claramente que el tratamiento más eficaz es una combinación de medicación y de psicoterapia conductual.

- Con psicoterapia: educativa práctica para los padres sobre cómo manejar eficazmente los problemas conductuales del adolescente. Trabajo familiar para reducir el impacto que provoca en toda la familia el comportamiento del adolescente con TDAH.
- Con medicación con más de 60 años de experiencia en el uso del Metilfenidato, múltiples estudios, confirman su eficacia en mejorar la inatención y la hiperactividad en 2-4 semanas. Puede causar efectos secundarios leves (bajo apetito o insomnio) que desaparecen al reducir la dosis recetada. También puede utilizarse Atomoxetina, una medicación eficaz, con múltiples estudios que avalan su seguridad, aunque tarda hasta 12 semanas en hacer efecto.

Además, comentan los autores, usualmente el TDAH tipo inatento, va acompañado de otros trastornos como la depresión o la ansiedad, que requieren atención clínica específica.

1.2 Ansiedad

1.2.1 Definición

Stein y Hollander (2010) expresan que existen diversas definiciones sobre la ansiedad, pero enfatizan que es un estado emocional tenso caracterizado por una variedad de síntomas simpáticos, como dolor torácico, palpitations y disnea. Refieren que se puede batallar (atacar o defenderse de la fuerza o del objeto temido), huir (abandonar el campo) o quedarse bloqueados (paralizados). Sin embargo, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro real. Consideran que una persona con trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona a ella, pese a su imaginación.

El DSM-IV-TR (APA, 2010) enfatiza que la ansiedad se acompaña de malestar (síntoma doloroso) o discapacidad (alteración de una o más áreas funcionales importantes) o de un riesgo significativamente elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de la libertad. Es por ello que define que la ansiedad no es un trastorno único, sino que forma parte de un espectro de trastornos de ansiedad.

Moreno (2005) define a la ansiedad como una expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas, aunque en ocasiones no sabe identificar cuál es la causa de su aflicción. Dichas sensaciones se experimentan a nivel psíquico, pero también tienen su expresión corporal, con un diverso acompañamiento de síntomas somáticos.

1.2.2 Causas

Beck y cols (como se cita en Stein y Hollander 2010) mencionan que son cinco los factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad y a los trastornos relacionados:

- Herencia genética:

La herencia puede manifestar su influencia a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo, fácil de activar o frágil. Es decir, los antecedentes familiares del trastorno podrían explicar que, bajo las condiciones oportunas, un paciente manifestará síntomas de ansiedad.

- Enfermedades somáticas:

Hay que descartar posibles causas orgánicas que se parezcan a la ansiedad. Muchas veces, los síntomas ceden al tratar el problema físico. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y en ocasiones, ambos requieren tratamiento.

- Trauma psicológico:

Los traumas mentales durante la etapa del desarrollo, aumentan la vulnerabilidad individual, frente a la ansiedad ante situaciones parecidas a la del trauma original. Probablemente estos esquemas se relacionan con los temas de peligro de los pacientes ansiosos y se activan en situaciones similares a las circunstancias en las que se aprendió el esquema original.

- Ausencia de mecanismos de afrontamiento:

La carencia de respuestas de afrontamiento unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación. Existe una probabilidad que no se haya aprendido estrategias de afrontamiento o, por el contrario se aprendió a utilizar respuestas como la evitación, que solo refuerzan la ansiedad.

- Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado:

Las creencias poco realistas acerca de la amenaza o del peligro que tienen los sujetos con trastornos de ansiedad son presumiblemente activadas por acontecimientos o situaciones que, contienen elementos semejantes los contextos en que se aprendieron esos esquemas

De igual manera existen los factores o causas precipitantes de la ansiedad como los siguientes:

- Problemas somáticos o sustancias tóxicas:

Los problemas somáticos causan a veces síntomas como fatiga o hipervigilancia. Algunas personas consumen cafeína y la anfetamina, que pueden precipitar una respuesta ansiosa. De

igual forma algunos broncodilatadores y anticongestivos aumentan la frecuencia cardíaca y provocan ansiedad.

- Factores estresantes externos e intensos:

Cualquier factor estresante o acontecimiento grave, como la pérdida de un ser querido o del trabajo es otro posible precipitante de ansiedad.

- Estrés de larga duración:

Los factores estresantes se pueden acumular durante mucho tiempo y, en cierto modo, agotan y desbordan los recursos de afrontamiento de la persona

Stein y Hollander (2010) indican entonces que las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero pueden originarse por la combinación de varios factores. Intervienen factores genéticos (hereditarios y familiares), neurobiológicos (áreas del cerebro y sustancias orgánicas), psicológicos, sociales y culturales. En el proceso de la aparición de la ansiedad tienen importancia tanto los factores de predisposición individual (personalidad) como los derivados del entorno.

1.2.3 Tipos de ansiedad

Moreno (2005) indica que los trastornos de ansiedad se determinan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano, cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona, es el llamado síndrome clínico, existen dos clasificaciones que se utilizan en todo el mundo para diagnosticar el DSM-IV-TR y otra son los criterios diagnósticos de CIE 10. Los principales trastornos de ansiedad son: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

En algunos casos, las reacciones de ansiedad se deben a acontecimientos estresantes como por ejemplo una dificultad escolar, presión del entorno, una separación de pareja o un despido

laboral, que crean una dificultad puntual para desarrollar una vida cotidiana y que se denomina trastorno adaptativo, cuando no alcanza la intensidad para ser un trastorno de ansiedad.

También puede ocurrir que los síntomas de ansiedad puedan estar provocados por enfermedades físicas o por el consumo de fármacos, drogas o sustancias dietéticas. En estos casos puede haber un trastorno de ansiedad o no, depende de cada persona y de las circunstancias que ocurran.

1.2.4 Síntomas

Para designar la crisis de ansiedad, esa reacción de miedo intenso debe ir acompañada de cuatro o más síntomas de los presentados en la siguiente tabla:

Tabla 3.

Síntomas de una crisis de ansiedad.

Miedo o malestar intensos que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos, acompañándose de cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar en el pecho
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Sensación de entumecimiento u hormigueo
- Escalofríos o sofoco

Fuente: Elaboración propia

1.2.5 Manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad

Carrizosa (2005) indica que las diferentes manifestaciones pueden darse de la siguiente manera:

Somático fisiológico

- Aumento de tasa cardíaca, presión arterial, sudoración, respiración, tensión muscular, nivel de adrenalina, azúcar en sangre.
- Incremento del metabolismo basal (valor mínimo de energía necesaria para que la célula subsista), del colesterol y de la liberación de ácidos grasos en sangre.
- Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, (latidos cardíacos que se perciben como si el corazón estuviera late con violencia o acelerado), sensación de paro cardíaco, palidez, calor.
- Síntomas respiratorios: opresión torácica disnea (falta de aire), sensación de ahogo.
- Síntomas digestivos: sensación de globo esofágico, contracturas gastrointestinales dispepsia, aerofagia o flatulencia, vómitos.
- Síntomas genitourinarios: enuresis, eyaculación precoz, frigidez.
- Síntomas neuromusculares: temblor, hormigueos, cefaleas.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración, lipotimia (desmayo), midriasis (aumento del diámetro o dilatación de la pupila).

Cognitivo y Psicológico

Dentro de estos se encuentran los siguientes: Dificultades atencionales, trastornos de la memoria, confusión, desorientación, despersonalización, desrealización, anticipación de ansiedad, expectación aprensiva, preocupación por los síntomas corporales, miedo a desmayarse, a tener un infarto, a morir, a volverse loco, a perder el control e hipervigilancia.

Conductuales o motores

Las manifestaciones que se reflejan aquí son las que se describen seguidamente: Hablar rápido, temblor, torpeza motriz, dejar caer objetos, inquietud motriz, balanceo de piernas, hiperventilación, no sabe qué quiere decir, quedarse inmovilizado, no mantener contacto ocular y escapar o evitar situaciones estresantes.

1.2.6 Ansiedad en adolescentes

Stein y Hollander (2010) refieren que la ansiedad, en adolescentes suele denotar un miedo inadecuado pertinente para esa etapa que, sin embargo, genera una molestia o alteración excesiva. La ansiedad tiene habitualmente un carácter más difuso que el miedo normativo o las fobias específicas. Los trastornos de ansiedad en los adolescentes constan de una serie de miedos clínicamente relevantes que componen un grupo selecto entre los miedos habituales.

1.2.7 Manejo de la ansiedad

Reyes (2005) explica que es necesario para poder manejar la ansiedad utilizar los siguientes pasos, como se demuestra en la siguiente tabla:

Tabla No.4

Pasos para el manejo de los trastornos de ansiedad

Paso 1. Relación médico-paciente

Establecer una comunicación afectuosa y de respeto.

Paso 2. Alianza terapéutica

Establecer una alianza terapéutica basada en la confianza y comprensión.

Paso 3. Psicoeducación

Dar explicaciones sencillas del trastorno, de los factores que intervienen en la situación y del tratamiento.

Paso 4. Técnicas de relajación

Enseñar la técnica de relajación respiratoria.

Paso 5. Psicoterapia

Proporcionar psicoterapia de apoyo.

Paso 6. Tratamiento farmacológico

Uso racional de medicamentos de acuerdo al trastorno.

Paso 7. Remisión al psiquiatra

Considerar la remisión al psiquiatra en los casos problemas.

Fuente: Elaboración propia

Es así que, se puede concluir entonces, que el trastorno por déficit de atención/tipo predominantemente inatento (TDAH) es una patología neuropsicológica con una elevada prevalencia, tanto en la infancia como en la edad adulta, que provoca importantes alteraciones en diferentes áreas vitales. Relativamente hasta hace poco tiempo, se pensaba que el trastorno no se presentaba más allá de la adolescencia, de modo que consecutivamente se producía una remisión o desembocaba en otras patologías, como los trastornos de personalidad.

Sin embargo, surgen estudios que permiten establecer la ansiedad como trastorno asociado al déficit atencional, al analizar cada una de las causas, consecuencias y manifestaciones, se estableció la inferencia de que el adolescente es una persona nerviosa por naturaleza, y no es para menos, con tantos cambios en su cuerpo y en su entorno. Es por ello que, la ansiedad ha de permanecer siempre entre unos límites, para no interferir de manera negativa en la vida del adolescente. Resulta entonces la deducción de a mayor ansiedad, por ejemplo, peores resultados académicos.

Los adolescentes con altos niveles de ansiedad, suelen manifestar inseguridad, ser perfeccionistas, en busca de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación.

Es así que se pretende con esta investigación actualizar y revisar los conocimientos sobre el déficit atencional y la ansiedad en los adolescentes y especificar cómo les afecta la ansiedad a los estudiantes con TDAH tipo predominantemente inatento.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace ya cierto tiempo, se han acrecentado considerablemente los estudios sobre el Trastorno por Déficit de Atención tipo predominantemente inatento en adolescentes, mismo que es calificado como un problema a nivel psiconeurológico, que altera principalmente la atención y la concentración de la persona. De acuerdo a varios antecedentes, se establece que anteriormente sólo se realizaba el diagnóstico, si era antes de los siete años, pero debido a su incidencia esto cambió y se amplió a la adolescencia e inclusive hasta la edad adulta, según lo estimado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -5).

Ahora bien si se pensara en las funciones ejecutivas que posee una persona con déficit atencional, se pudiera establecer, que se tiene la creencia que la memoria es una sola; pero en realidad no es así, ya que se ha podido comprobar que el cerebro humano tiene varios sistemas que cumplen funciones bien diferenciadas, entre ellas se encuentra la memoria de trabajo, que es considerada como la capacidad de conservar en la mente elementos relevantes para la tarea que se ejecuta; responsable de asociar conocimientos nuevos con información, integrar de la memoria de largo plazo dos o más cosas que han tenido lugar en estrecha relación, mantener la mente en algún tipo de información mientras se presta atención a otra cosa, en resumen constantemente suele utilizarse la memoria de trabajo en cada una de las actividades que se realizan cotidianamente, sin embargo si por alguna razón no funcionase bien ello podría complicar el desempeño.

Generalmente los que padecen déficit de atención, presentan dificultad en su memoria de trabajo no así, en la de largo plazo. Interesante analogía, aquella que compara que la memoria de trabajo es como la memoria RAM del computador, en tanto que la memoria de largo plazo es como el disco duro; esto implica que cuando se tienen demasiados programas abiertos en la pantalla del computador, sucede que se traba o enlentece, pues lo mismo pasa cuando la memoria de trabajo de una persona con déficit de atención, se ve bloqueada por distracciones, en ese momento, hay un gran riesgo de que algo importante se vea desplazado de la memoria de trabajo por cualquier estímulo imprevisto que surja en el momento.

Todo esto forma parte del estilo de vida característico de un adolescente con déficit de atención tipo predominantemente inatento y en Guatemala se cuenta con un buen porcentaje de estudiantes adolescentes que presentan este déficit atencional, pero que lamentablemente no ha sido diagnosticado y por ende no se le ha brindado la atención escolar y adecuación curricular que necesita según su situación.

Y si a ello se le agrega que este trastorno influye en gran parte en el fracaso escolar, lo cual provoca en los adolescentes ansiedad, por la pérdida de información, la no entrega de tareas, el incumplimiento constante entre otros aspectos, la situación atencional se complica aún más y ello lleva a concebir la ansiedad como esa respuesta emocional que manifiesta la persona ante contextos que interpreta o percibe como peligrosos o amenazantes, considerada la ansiedad como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten como rasgo común, el carácter patológico, que se manifiesta en desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Es la manera en que se compaginan la inatención y ansiedad, el interés de realizar la presente investigación, y con ello poder abrir una brecha en ese arduo camino y orientar de alguna manera a docentes, padres de familia, profesionales de psicología tanto clínica como educativa y por consiguiente a los mismos adolescentes para que puedan visualizar su falta de concentración como algo más tipificado.

Por lo anterior se puede derivar el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de ansiedad, que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH, tipo predominantemente inatento?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

- Identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento.

2.1.2. Objetivos específicos

- Establecer el nivel de inatención que existe en los estudiantes de primero básico.
- Identificar la ansiedad, en escala rasgo del estudiante, manifestado frente a las exigencias de su entorno.
- Comparar el nivel de ansiedad con el nivel de inatención en los TDAH diagnosticados.

2.2. Variables o elementos de estudio

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominantemente inatento

Ansiedad en adolescentes

2.3. Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual de las variables o elementos de estudio

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominantemente inatento

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV - TR (APA, 2010) lo define como: “TDAH o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, considerado un trastorno de origen neurobiológico con inicio en la edad infantil, con una prevalencia hasta la vida adulta, caracterizado por presentar un patrón persistente de dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas e/o hiperactividad-impulsividad, con una influencia de factores genéticos y ambientales”.

Regularmente el niño predominantemente inatento pasa por un niño poco inteligente, aunque no sea cierto o con un grado de desmotivación alarmante; generalmente acaban ubicados en las últimas filas de la clase y frecuentemente nadie espera más de él o ella.

Ansiedad en adolescentes

Stein y Hollander (2010) refieren que la ansiedad, en adolescentes suele denotar un miedo inadecuado pertinente para esa etapa que, sin embargo, genera una molestia o alteración excesiva. La ansiedad tiene habitualmente un carácter más difuso que el miedo normativo o las fobias

específicas. Los trastornos de ansiedad en los adolescentes constan de una serie de miedos clínicamente relevantes que componen un grupo selecto entre los miedos habituales.

2.3.2. Definición operacional de las variables o elementos de estudio

Las variables de estudio se operacionalizaron a través del test llamado Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, por sus siglas conocido como EDAH, de Anna Farré y Juan Narbona, quienes ofrecen un instrumento que permite recabar de modo sistemático la información necesaria para conformar la medida de los principales rasgos del: Déficit de atención con y sin hiperactividad, Su aplicación puede ser individual o colectiva, en un tiempo de 5 a 10 minutos y evalúa desde los 6 hasta los 13 años.

Para medir la ansiedad se empleó la escala de ansiedad Estado/Rasgo (STAI) Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

2.4. Alcances y límites

A través de esta investigación se evaluaron al 100 por ciento de los estudiantes de primero básico de las secciones de la A a la G lo cual incluyó a 280 estudiantes, del Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango, para detectar únicamente a los estudiantes con TDAH tipo predominantemente inatentos, ya que lamentablemente no han sido diagnosticados oportunamente, para luego aplicarles únicamente a ellos la prueba y poder establecer el nivel de ansiedad que manifiestan los adolescentes. Asimismo otra limitante encontrada es que no se pudo tener una evaluación de los padres de familia, hubiese sido interesante obtener el punto de vista de ellos dentro del ámbito familiar. Dentro los alcances que se adquirieron, se encuentran el presentar un instrumento de gran sencillez tanto por el tipo de material utilizado como por la facilidad de corrección y puntuación. Para el profesor supone poco esfuerzo puesto que los ítems son pocos y es de fácil comprensión, por tanto, la inversión de tiempo es mínima. El evaluador

puede hacer una rápida valoración cuantitativa y, la subclasificación permite también dar orientaciones en base a una evaluación cualitativa.

2.5. Aporte

Esta investigación lo que desea es ser un instrumento para conocer el problema, poder comprender e intervenir adecuadamente, brindar una orientación de cómo poder detectar a tiempo y canalizar de manera oportuna a los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar, y por consiguiente disminuir el nivel de ansiedad en los estudiantes, así como otros problemas comorbidos que pudiesen surgir.

Asimismo esta investigación puede brindar ayuda a la sociedad de Guatemala, comunidad quetzalteca, estudiantes, padres de familia, docentes, Instituto Técnico Industrial de la cabecera departamental de Quetzaltenango, a la Universidad Rafael Landívar, a la facultad de Humanidades, profesionales de psicología, pedagogos, futuros profesionales y futuras investigaciones.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Se obtuvo una muestra de 12 sujetos, los cuales fueron extraídos del universo de estudio constituido por 280 estudiantes, comprendidos entre las edades de 12 a 14 años, de género femenino y masculino, estudiantes de primero básico, que asisten al Instituto Técnico Industrial, de la cabecera departamental de Quetzaltenango. Además, se tomaron los siguientes criterios de inclusión: Edad, lenguaje español, que estén inscritos en cualquiera de las 6 secciones de primero básico, en el Instituto Técnico Industrial, en jornada matutina, de diferentes estratos socioeconómicos, que estén de acuerdo en participar de manera voluntario en el estudio.

3.2 Instrumento

Se utilizó en el estudio de campo la prueba adaptada a Guatemala EDAH de Anna Farré y Juan Narbona, que ofrecen un instrumento que permite recabar de modo sistemático la información necesaria para conformar la medida de los principales rasgos del: Déficit de atención con y sin hiperactividad, Su aplicación puede ser individual o colectiva, en un tiempo de 5 a 10 minutos y evalúa desde los 6 hasta los 13 años.

EDAH es un instrumento que permite al psicólogo, profesional de la salud, maestro, director y escolar, obtener de modo consecuente la información necesaria para conformar hipótesis diagnósticas sobre alumnos de 6 a 13 años de edad con relación al déficit de atención (con o sin predominio de hiperactividad) y los trastornos de conducta, que puedan coexistir en el síndrome.

Los usos de EDAH son diversos: la detección temprana y canalización oportuna de los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar, optimización del tiempo de trabajo que requiere la evaluación, homogeneización de grupos escolares y atención oportuna.

De igual manera después de diagnosticados con la prueba anterior, se aplicó para verificar la ansiedad, la escala de ansiedad estado/rasgo (STAI) evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona para responder al estrés. El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como

estado (E) y como rasgo (R); aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

3.3 Procedimiento

- Selección de los temas: Se debía pensar en tres temas de interés para presentar en un sumario a la facultad.
- Elaboración y aprobación del sumario: de tres que fueron enviados para la revisión, se escogió uno para dicha investigación.
- Aprobación del tema a investigar: Realización del perfil de investigación, Se entregó a coordinación de la facultad de humanidades los tres temas de sumario en la fecha límite previsto.
- Aprobación del punto de tesis electo, a través de un F1 firmado y sellado por coordinación: Al tener ya la orientación sobre el tema, se procedió a realizar el F1 para solicitar aprobación del punto de tesis a coordinación.
- Investigación de antecedentes: Mediante revistas, boletines, tesis, la utilización del internet, entre otros.
- Elaboración del índice: Por medio de las dos variables de estudio.
- Realización de marco teórico: A través de lectura de libros, utilización del internet, editados a partir del año 2005, para sustentar la teoría.
- Planteamiento del problema: Enfocado según los estudios del marco teórico y problemática observada, en donde pone de manifiesto la inquietud del por qué la elección de dicho tema.
- Se establecieron los objetivos tanto generales y específicos para establecer con precisión el proceso a seguir.
- Elaboración del método: Por medio del proceso estadístico para desarrollar el procedimiento más adecuado. Esto implica elegir la cantidad de sujetos a evaluar, los instrumentos, el diseño y metodología estadística.
- Realización del trabajo de campo para obtener los resultados del estudio.
- Presentación de resultados obtenidos con el análisis de los mismos, para facilitar la interpretación.

- Discusión de resultados obtenidos en donde se confrontaron los resultados, antecedentes, marco teórico y el criterio del investigador.
- Conclusiones que se basan en los resultados obtenidos en el estudio realizado.
- Recomendaciones que se generan como sugerencias en base a las conclusiones realizadas en la investigación.
- Anexos que conforman todos los elementos que hayan sido importantes durante la investigación como el instrumento que se utilizó, tablas del proceso estadístico y propuesta.
- Referencias bibliográficas: Por medio de los lineamiento de las normas APA

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística:

Achaerandio (2010) establece que la investigación descriptiva, es la que estudia, interpreta y refiere lo que aparece, o sea, los fenómenos y lo que es, relaciones, correlaciones, estructuras, variables independientes y dependientes. Por lo mismo en el estudio sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominantemente inatento y ansiedad en adolescentes realizado en el Instituto Técnico Industrial de la cabecera departamental de Quetzaltenango, se aplicó dicho diseño de investigación.

Lima (2014) expone que para dicha investigación es necesario obtener la significación y fiabilidad de la media aritmética a través de la realización de los siguientes pasos:

Significación:

- Determinar el nivel de confianza del 99% con un margen de error de 1% equivalente a 2.58
- Hallar el error típico de la media aritmética $X = s_{\sqrt{n-1}}$
- Razón crítica $R_c = x$
- Establecer la comparación si es menor igual o mayor que el nivel de confianza establecido.
 $RC \gg 1\%$

Fiabilidad

- Determinar el nivel de confianza del 99% con un margen de error del 1 % equivalente a 2.58
- Hallar el error típico de la media $X = s_{\sqrt{n-1}}$
- Calcular el error muestral máximo $E = X * 1\%$
- Calcular el intervalo confidencial I. C. = $x \pm E =$

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las tablas y gráficas que se presentan a continuación son el resultado obtenido del trabajo de campo de la investigación titulada “Inatención y Ansiedad en Adolescentes”, a través de las pruebas psicométricas EDAH y STAI-82, con un nivel de confianza de 99% a un universo de 280 sujetos y una muestra de 12 estudiantes diagnosticada con inatención, adolescentes, comprendidos entre los 12 y 14 años de edad, por lo que seguidamente se presenta:

Tabla 5

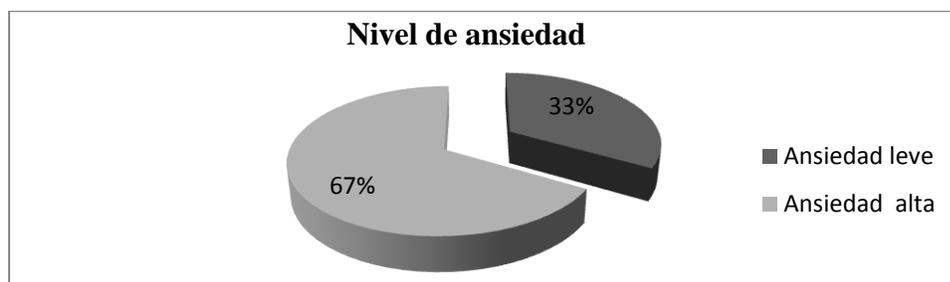
STAI

ITEM	F	%	\bar{X}	RC	ϵ	
Ansiedad leve	4	33%	62	7.21 > 2.58 Significativo	62 ± 22.19	39.81
Ansiedad moderada /alta	8	67%				84.19
Total	12	100%				Fiable

Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 2

STAI



Fuente: Trabajo de campo

De acuerdo a los resultados reflejados en la tabla No.5 y gráfica No.2, indican que el nivel de ansiedad entre moderada y alta es de 67% presentado por los diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento, mientras que la ansiedad leve se encuentra en un nivel del 33%. Con la \bar{X} de 62 puntos y una RC que refleja ser significativo y fiable. Lo que permitió medir y alcanzar el objetivo general que indica: Identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento.

Tabla No. 6

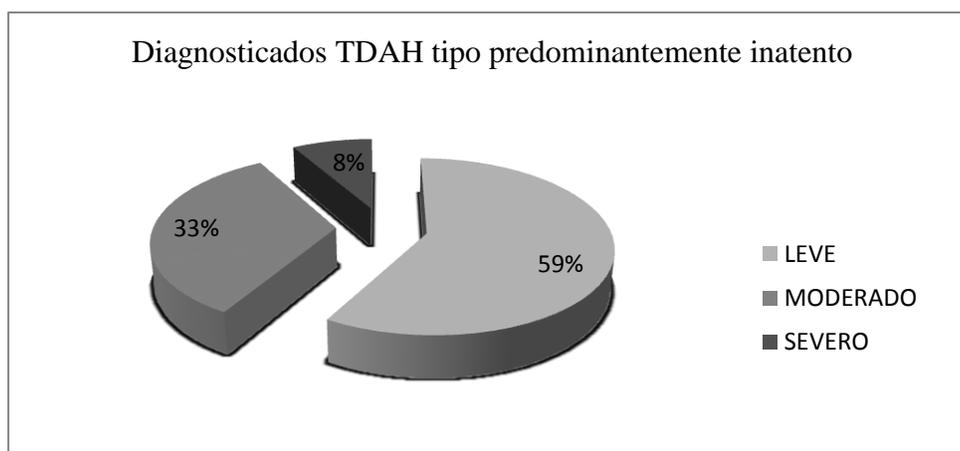
Test EDAH

ITEM	F	%	\bar{x}	RC	ϵ	
Leve	7	59%	95	148.44 > 2.58 Significativo	95 ± 1.65	93.35
Moderado	4	33%				
Severo	1	8%				96.65
Total	12	100%				

Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 3

Test EDAH



Fuente: Trabajo de campo

Como se puede observar en la tabla No. 6 y gráfica No. 3 de la prueba aplicada (EDAH), a estudiantes de primero básico, refleja que el 59% se encuentra en un nivel leve; con el 33% en un nivel moderado, mientras que se denota el nivel alto con un 8%, de diagnóstico tipo predominantemente inatento. Con la \bar{x} global de 95 puntos y una RC comprueba ser significativo y fiable, además se ve reflejado que la población estudiada manifiesta TDAH tipo predominantemente inatento, en sus diferentes escalas como se apreció en los porcentajes. Esto permitió comprobar el objetivo específico No. 1 que indica: Establecer el nivel de inatención que existe en los estudiantes de primero básico.

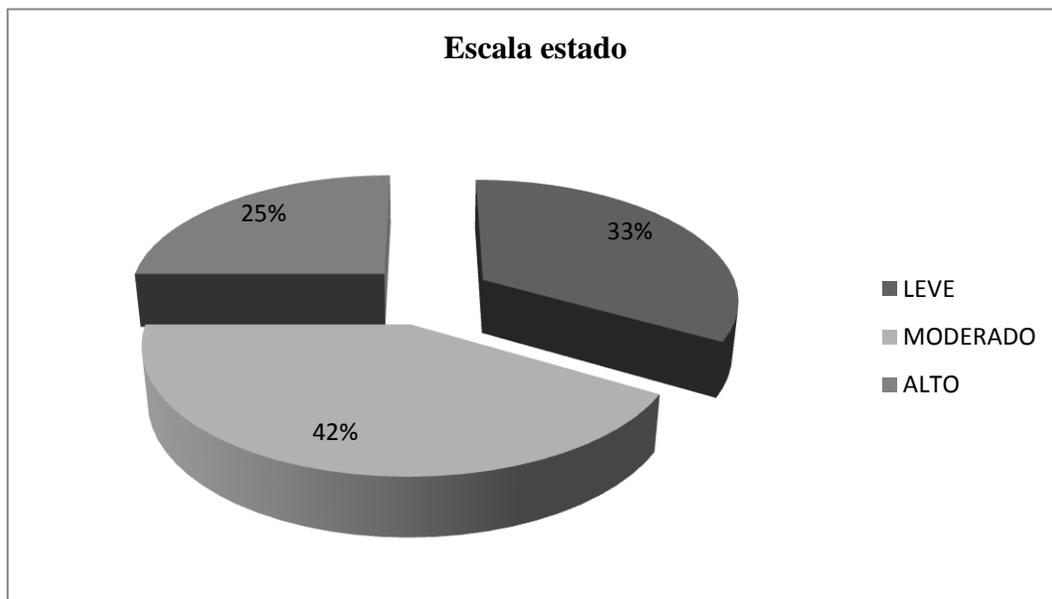
Tabla No. 7
Test STAI escala estado

ITEM	F	%	\bar{x}	RC	ϵ	
Leve	4	33%	58	7.17 > 2.58 Significativo	58 ± 20.87	37.13
Moderado	5	42%				
Alto	3	25%				78.87
Total	12	100%				

Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 4

Test STAI



Fuente: Trabajo de campo

En relación a lo que se puede observar en la tabla No. 7 y gráfica No. 4, sobre la prueba para medir el nivel de ansiedad con adolescentes, STAI-82, en su escala estado, establece que el 42% se encuentra en un nivel moderado, el 33% refleja un nivel leve y en un 25% se ve reflejado el nivel de ansiedad alto. Con la \bar{x} de 58 puntos y una RC que refleja que el estudio es significativo y fiable.

Tabla No. 8

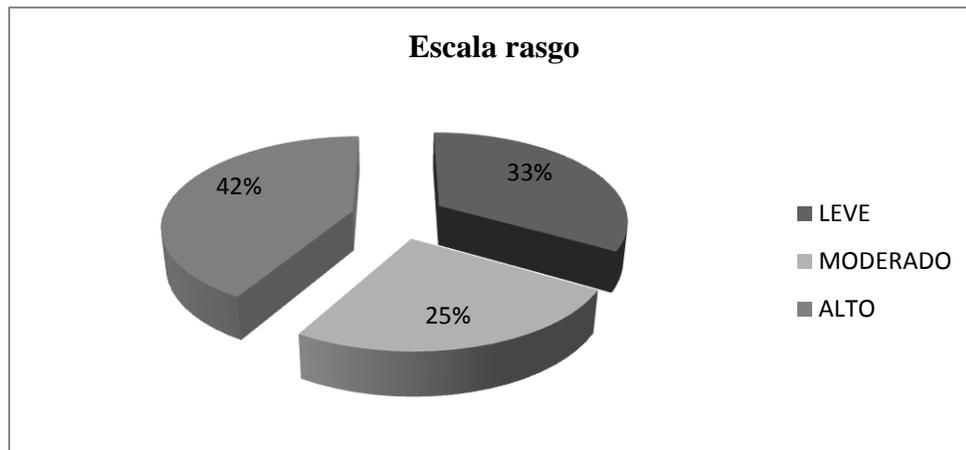
Test STAI escala rasgo

ITEM	F	%	\bar{x}	RC	ϵ	
Leve	4	33%	62	7.21 > 2.58 Significativo	62 ± 22.19	39.81
Moderado	3	25%				
Alto	5	42%				84.19
Total	12	100%				

Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 5

Test STAI



Fuente: Trabajo de campo

En la tabla No. 8 y gráfica No.5 se refleja la escala rasgo, de ansiedad la cual fue evaluada con el test STAI-82, la cual indica que la población evaluada manifiesta un 42% de ansiedad alta, mientras que el nivel leve se centra en un 33%, en contrapeso el nivel alto de ansiedad arroja un 25%. Se visualiza una \bar{x} de 62 puntos y un RC que refleja la significación y fiabilidad del estudio.

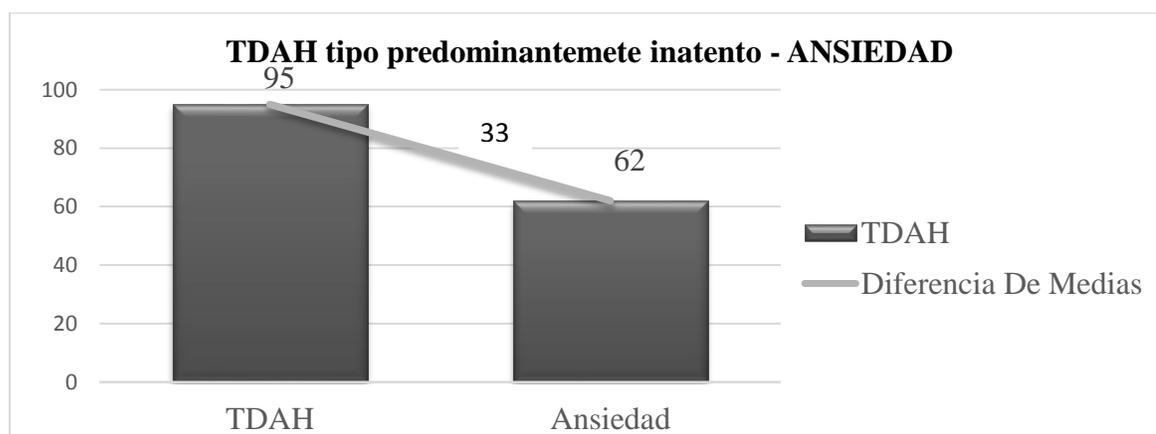
Con los resultados obtenidos en la tabla No. 8 y gráfica No.5 se logró comprobar y alcanzar el objetivo específico No. 2 que indica: Identificar la ansiedad, en escala rasgo del estudiante, manifestado frente a las exigencias de su entorno.

Tabla No. 9
 EDAH y STAI-82

ITEM	\bar{x}	D	RC	ϵ		
TDAH	95	33	148.44 > 2.58 Significativo	95 \pm 1.65	93.35	Fiable
			96.65			
Ansiedad	62		7.21 > 2.58 Significativo	62 \pm 22.19	39.81	Fiable
					84.19	

Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 6
 EDAH y STAI-82



Fuente: Trabajo de campo

En la tabla No. 9 y Gráfica No. 6, se hace referencia al nivel de ansiedad reflejado por los estudiantes diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento, estableciéndose su comparación entre el nivel de ansiedad y el nivel de inatención representada por la \square 62 de ansiedad rasgo y la \square 95 de prevalencia de inatención diagnosticada, lo que refleja una diferencia de \square 33. Con su respectiva RC que permite comprobar la significación y fiabilidad del estudio. Con base a los resultados obtenidos se llegó a medir y alcanzar el objetivo específico No. 3 que indica: Comparar el nivel de ansiedad con el nivel de inatención en los estudiantes TDAH diagnosticados.

V. DISCUSIÓN

Actualmente hay una serie de razones por las cuales los jóvenes presentan repitencia escolar y manejan ansiedad excesiva; y el déficit de atención no se queda al margen, puesto que se caracteriza por manifestar un patrón persistente de incapacidad o dificultad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas provocándoles ansiedad por la presión externa e interna. Esta es la razón de ser de esta investigación sobre la inatención y la ansiedad en los adolescentes.

Mateo y Vilaplana (2007) hacen referencia al respecto del subtipo del trastorno por déficit de atención, el predominantemente inatento/desorganizado, identificado por los conflictos tanto en la organización y planificación, como en atención sostenida. En el contexto escolar dicho trastorno, específicamente el inatento tiene una enorme incidencia en las escuelas (de cada 4 clases, aparece aproximadamente un niño con TDAH), enormemente comórbido frecuentemente aparecen ligados a él, otros trastornos como las dificultades de aprendizaje, ansiedad, depresión, tics y epilepsia.

El estudio de la inatención, ha sido tema de interés para disciplinas como la medicina, la neurología, y por supuesto, la psicología, dado que es considerada como un trastorno que cada día refleja mayor predominancia. En esta investigación se pone de manifiesto la necesidad de incluir a la ansiedad como un factor que influye en el desarrollo emocional del adolescente que padece de inatención pues los datos obtenidos en la investigación de campo reflejan que el nivel de ansiedad es alto con un 82%, en los jóvenes que padecen de TDAH tipo predominantemente inatento.

Contreras et al. (2005) expresan que la ansiedad resulta ser significativa para la predicción del rendimiento académico, se evalúa el papel contextual de la ansiedad así como de su posible mediación en la inatención y el rendimiento escolar.

Stein y Hollander (2010) enuncian que existen varias definiciones sobre la ansiedad, pero enfatizan que es un estado emocional tenso caracterizado por una variedad de síntomas simpáticos, como dolor torácico, palpitaciones y disnea.

Resulta entonces muy importante identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos con TDAH tipo predominantemente inatento; por ello fue preciso, primero diagnosticarlos y conocer el nivel en el que manifiestan la inatención como trastorno.

El TDAH de tipo inatento, se puede comprender como una de las causas más comunes en la edad escolar, tiene mayor prevalencia en varones que en mujeres, es considerado como un trastorno que repercute directamente en el buen desempeño escolar y social, dentro de este estudio se evaluó el nivel de déficit de atención predominantemente inatento, en adolescentes, lográndose obtener a través de la aplicación del test EDAH, para ello se emplearon variables similares en los grupos tales como edad, estrato socioeconómico, escolaridad, y ambos sexos. Con la finalidad de establecer el nivel de inatención que existe en los estudiantes de primero básico, por medio de dicho estudio de campo se estableció que en su mayoría se encuentran en los niveles leve y moderado con un 92%, solamente un 8% está ubicado en nivel severo

De esta cuenta es importante conocer la opinión de Mena et al. (2006) quienes definen la inatención “como una característica que presenta el niño, en la que pareciera, no escuchar al momento que se le habla directamente, suele soñar despierto, se le dificulta ponerse en marcha y a menudo olvida o pierde cosas. Tiende a distraerse y a valorar cualquier ruido o estímulo irrelevante, logra dispersarse también en actividades de juego o atractivas para él”. Esto implica que su rendimiento escolar se verá afectado.

Con ello es interesante la opinión de Buñuel (2006) quien precisa que es significativo realizar un diagnóstico exhaustivo y correcto; y por consiguiente, establecer el tratamiento adecuado y con ello mejorar el pronóstico de los adolescentes diagnosticados con inatención.

Con los resultados obtenidos se puede dilucidar que al encontrarse en niveles leve y moderado son igualmente significativos como los que se encontraron en nivel severo, lo que varía es la intensidad, no así la sintomatología, presentada por ellos.

Arango, Mejía, Cornejo y Cardona (2005) expresan que cada uno posee diferentes características neuropsicológicas tales como vigilancia, el control mental, función ejecutiva, inhibición de la conducta, la velocidad de procesamiento, focalización selectiva y control de interferencia, de todo ello se concluye que la mayoría se encuentra en un nivel promedio reflejado en un 59%.

Ahora bien al hablar de la sintomatología presentada por los adolescentes fue preciso entonces ya con los diagnosticados con inatención medir la otra variable, la cual permite establecer su ansiedad no solo en el momento (escala estado) sino como parte de su personalidad (escala rasgo), las cuales se manifiestan frente a la presión de su entorno, identificándose un nivel de ansiedad alta en un porcentaje de 67%.

En relación a ello es preciso analizar que los adolescentes con altos niveles de ansiedad, por lo general tienden a ser perfeccionistas, exteriorizar inseguridad, siempre necesitan recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen, confían poco en sí mismos y les da miedo cualquier situación.

Stein y Hollander (2010) describen que la ansiedad, en adolescentes suele denotar una turbación inadecuada oportuna para esa etapa que, sin embargo, genera una molestia o alteración excesiva. Refieren que la ansiedad tiene normalmente un carácter más impreciso que el miedo formal o las fobias específicas. Los trastornos de ansiedad en los adolescentes constan de una serie de miedos clínicamente relevantes que componen un grupo selecto entre los miedos habituales.

Carrizosa (2005) indica que existen diferentes manifestaciones entre las que se describen: Hablar rápido, temblor, torpeza motriz, dejar caer objetos, inquietud motriz, balanceo de piernas, hiperventilación, no saber qué quiere decir, quedarse inmovilizado, no mantener contacto ocular y escapar o evitar situaciones estresantes. Así también pueden presentarse síntomas como:

dificultades atencionales, trastornos de la memoria, confusión, desorientación, despersonalización y desrealización.

Ya establecido el nivel de ansiedad que manifiestan los adolescente inatentos, es menester, comparar el nivel de ansiedad con el nivel de inatención en los TDAH diagnosticados, para ello se evaluó tanto los resultados obtenidos del EDAH como los arrojados por el Stai-82, pudiéndose establecer que definitivamente existe un nivel alto de déficit atencional y que maneja en un porcentaje alto la ansiedad, esto implica que los adolescentes frente a las exigencias de su entorno se ven afectados y presionados, lo que los lleva a manifestar diferentes reacciones sintomáticas de ansiedad, mencionadas anteriormente.

Pujota (2012) ostenta que los altos niveles de ansiedad en niños y niñas con trastorno por déficit de atención, causan dificultades de interrelación, motivan a probar que este trastorno influye en la presencia de ansiedad.

Martínez y García (2013) indican que por lo general los factores situacionales y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar son indicadores significativos y positivos de la ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

Torres y Chávez (2013) indican que la ansiedad es una enfermedad, como consecuencia de un trastorno neurótico, causado habitualmente por experiencias desagradables y que se visualiza a través de cambios del estado de ánimo, que ponen al individuo en una reacción de alerta frente a situaciones de peligro, que no tienen fundamento real aparente, a diferencia del miedo que es una reacción de defensa ante un peligro tangible y claro.

A razón de lo antes mencionado el trabajo de campo arrojó resultados muy importantes para sustentar la teoría ya que el nivel de ansiedad manifestado por los adolescentes diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento es alto con una diferencia de la media aritmética de 33 puntos y una razón crítica alta, lo que marca a este valor como significativo y fiable, dentro del trabajo de campo. Esto brinda una perspectiva interesante puesto que este valor enlaza perfectamente con la pregunta de investigación, lo que ayuda a comprender que efectivamente la

inatención y la ansiedad son relativos en los adolescentes diagnosticados con TDAH, que el nivel alto de ansiedad que manifiestan los jóvenes frente a las exigencias de su entorno es bastante marcado y elevado y que esto perturba su adecuada concentración y atención, lo que provoca en ellos ese retardo atencional y que es confundido con desinterés o desánimo emocional.

Seguidamente se pudo establecer el nivel de déficit atencional presentado por los adolescentes de primero básico, con una media aritmética de 95 puntos y una razón crítica alta, lo que puede indicar este resultado como significativo y fiable en la investigación realizada, esto una vez más aclara el panorama de cómo ver a las personas que participaron en el estudio; es importante mencionar que el grupo de jóvenes que en su mayoría fueron diagnosticados pertenecen a las últimas secciones del grado de primero básico, pues es preciso aludir que en el establecimiento en donde fue realizada la investigación clasifican a los jóvenes por rendimiento académico en el grado anterior y por los resultados en los exámenes de admisión. De igual manera otro dato interesante es que se logra comprobar que este trastorno tiene prevalencia más en varones que en mujeres, como se puede observar en la tabla No. 10 del proceso estadístico localizado en los anexos.

Se puede observar también las escalas de ansiedad manifestadas por los adolescentes evaluados, escala estado y escala rasgo, con una media aritmética de 58 y 62 respectivamente y una razón crítica alta, lo que puede indicar este resultado como significativo y fiable en la investigación realizada, la escala rasgo da una perspectiva bien interesante ya que se visualiza que regularmente o frecuentemente el joven tiende a sentirse ansioso por la presión de su entorno frente a su déficit atencional, es interesante que durante la investigación se haya mostrado esta escala como una de las más importantes, porque si bien es cierto, los rasgos muestran una ansiedad relativamente elevada en relación a su desenvolvimiento cotidiano, sin embargo la escala estado no se queda muy rezagada puesto que también presenta valores relativamente altos, lo que implica que el adolescente inatento si maneja ansiedad la mayor parte del tiempo.

En relación a la comparación de inatención y su relación con el nivel de ansiedad se determinó que si existe una relatividad bastante cercana.

Como conclusión general el estudio fue significativo y fiable, mostró una representación bastante despejada de la inatención y la ansiedad en los adolescentes, es preciso mencionar que a pesar de que se ha abordado el tema de TDAH, el tipo predominantemente inatento no ha sido estudiado con tanta frecuencia, como producto de este trabajo es posible a partir de ahora atreverse a abordarlo para futuras investigaciones y ahondarlo, además su estudio permite tener una oportunidad valiosa para conocer y comprender por qué los adolescentes se comportan de manera aislada e inhibitoria en relación al resto de la población; los objetivos fueron alcanzados con satisfacción ya que de manera general se propuso identificar el nivel de ansiedad que manifiestan los alumnos diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento, así también de manera específica se proyectó establecer el nivel de inatención que existe en los estudiantes de primero básico, así como identificar la ansiedad, en escala rasgo del estudiante, manifestado frente a las exigencias de su entorno y por último pero no menos importante comparar el nivel de ansiedad con el nivel de inatención en los TDAH diagnosticados. De igual manera se planteó una solución viable para efecto del fenómeno estudiado.

Con ello queda entonces la investigación expuesta de manera clara, fiable y significativa dentro de todo el trabajo teórico y práctico estableciéndose y dilucidándose durante todo el desarrollo del trabajo de investigación.

VI. CONCLUSIONES

Los adolescentes manifiestan altos niveles de ansiedad conjuntamente con un trastorno por déficit de atención tipo predominantemente inatento, causándoles dificultades de interrelación y problemas de rendimiento escolar, lo que permite comprobar que la presencia de ansiedad influye en este trastorno.

De los adolescentes evaluados fueron diagnosticados con TDAH tipo predominantemente inatento, únicamente varones, en el nivel moderado y severo.

Los componentes situacionales de respuesta de la ansiedad rasgo alta y la ansiedad estado moderada, son indicadores reveladores y serios en relación a la inatención.

De acuerdo a los resultados obtenidos, al comparar el nivel de ansiedad con el nivel de inatención, se presenta mayor nivel de ansiedad en los adolescentes como producto de la fuerte presión de su contexto, dentro del cual se desenvuelven. Encontrándose una diferencia de medias muy estrecha.

Los niveles de inatención se encuentran correspondidos de acuerdo al grado de ansiedad que manifestaron los estudiantes que estuvieron como sujetos de estudio, se demostró que en su mayoría revelaron un grado de ansiedad alta independientemente del nivel de déficit atencional.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda evaluar al inicio del ciclo escolar a los adolescentes, para saber si presentan el Trastorno por Déficit de Atención tipo predominantemente inatento y así poder diagnosticarlos, de igual manera evaluar el nivel de ansiedad que manifiestan por las exigencias de su entorno familiar, social y escolar; y con ello poder proporcionarle información a los docentes, acerca del problema que los aqueja.

Establecer un control psicológico del desarrollo en adolescentes con inatención y trabajar conjuntamente los ámbitos familiar, escolar y psicoterapéutico para lograr una mayor eficacia del tratamiento propuesto y por consiguiente, mejores resultados académicos.

Debido a los resultados de ansiedad manifestados por los adolescentes investigados, es preciso implementar estudios sobre ansiedad e inatención a nivel del ciclo de educación básica en Guatemala, e implementar programas de atención para jóvenes y de orientación a los docentes y personal que tenga interrelación con ellos.

Hacer partícipe al adolescente TDAH, tipo predominantemente inatento en cada una de las actividades curriculares como extracurriculares para fortalecer su atención y por ende su seguridad y disminuir su ansiedad frente a la presión de su entorno.

Implementar programas de psicoeducación a padres de familia, docentes y adolescentes sobre el déficit atencional y cómo abordarlo en sus diferentes esferas psicobiosociales, de igual manera generar programas de enseñanza aprendizaje para disminuir los efectos negativos que puede presentar, así como dotarlo de las herramientas adecuadas para abordar las situaciones de aprendizaje de un modo más eficaz, donde le genere menos ansiedad, por ejemplo: regularización de tareas, adecuación curricular, estrategias para la preparación de exámenes, identificación y potenciación de las habilidades positivas del alumno.

VIII. REFERENCIAS

- Arango, L; Mejía, M; Cardona, J y Cornejo J (2005) Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento, IATREIA, vol 21, No. 4.
- Asociación Americana de Psiquiatría APA (2010) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV TR®), 5a Ed. Arlington, VA, editorial Panamericana.
- Buñuel Álvarez, JC. (2006) Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad.. Revista Pediátrica de Atención Primaria. Una visión desde la evidencia científica, Suplemento 4, páginas de la 25-37. www.pap.es/files/1116-591-pdf/616.pdf
- Capdevila, C; Navarro, J; Artigas, J; Obiols, J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit de Factores de Riesgo en TDAH 76 atencional/hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos?. International journal of clinical and health psychology 2007; 7 (3): 679-695.
- Carrizosa J (2005) Del pánico a la alegría, Ediciones chaycampaso.
- Contreras, F; Espinosa, JC; Esguerra, G; Polanía, A; Rodríguez, A. (2005) Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes que aparece en la revista Diversitas, volumen 1, número 2 de Bogotá.
- Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. (2006) Revista Pediátrica de Atención Primaria. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato, Supl. 4, páginas de la 35-55. www.pap.es/files/1116-596-pdf/621.pdf.
- Espina, A; Ortego, A. (2008) Guía Práctica para los trastornos de déficit atencional con y sin hiperactividad, editorial Janssen-Cilag.
- García-Fernández, J; Cándido, J; Martínez-Monteagudo, M; Marzo, JC; Estévez, E. (2011) Inventario de ansiedad escolar: validación en una muestra, de estudiantes de Educación Secundaria, el cual aparece publicado en la revista psicothema, volumen 23, número 2, páginas 301 -307.
- Martínez, M; García, J. (2013) Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión que aparece en la revista de la International Journal of

- Psychology and Psychological Therapy, volumen 13, número 1, páginas de la 47 a la 64, del año 2013.
- Mateo, V. y Vilaplana A. (2007) Estrategias de identificación del alumno inatento e impulso en el contexto escolar. Versión digital
- Mena Pujol, B; Nicolau Palou, R; Salat foix, L; Tort Almeida, P; Romero Roca, B. (2006) El alumno con TDAH, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, 2ª. Edición, ediciones Mayo S.A., Barcelona.
- Mérida, E. (2014) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños con epilepsia estudio realizado en el Hospital Nacional de Occidente de Quetzaltenango. (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar. Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala.
- Moreno, F.(2005) Los problemas de comportamiento en el contexto escolar. Barcelona, España. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mulas, F; Etchepareborda, Mc; Abad-Mas, L; Díaz-Lucero, A. y Hernández, S. (2006) Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista de neurología 43, suplemento 1, páginas 71-81,
- Pujota Morocho, J. (2012) Influencia de los niveles del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el grado de ansiedad que presentan los niños y niñas de 6 a 10 años, (tesis inédita licenciatura en Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora), Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012. 127p.: tpls., grafs. Tutor: Santamaría Aguirre, Jorge Hernán
- Quintero, J; Navas, M; Fernandez, A; Ortiz, T (2009) Avances en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen?
- Reyes–Ticas, JA (2005) Trastornos de ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento, Cangrejal Editores Psi.
- Reyes–Ticas, JA, Sosa C, Barahona A, Moncada R, Paz A. (2006) Ataque de pánico Experiencia en Honduras. Nuevos Aportes Latinoamericanos en Psiquiatría Biológica. Cangrejal Editores Psi. Vol 2.
- Soluciones paso a paso (2006) Problemas de aprendizaje, (volumen 1, pp. 84), México, ediciones euromexico

- Soutullo, C. y Chiclana, C, (2008) TDAH trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Madrid, departamento de psiquiatría y psicología médica.
- Stein, D. y Hollander, E. (2010) Tratado de los trastornos de ansiedad, Editorial Ars Médica,
Barcelona
- Torres, V. y Chávez, A. (2013) Ansiedad, publicado en la revista de actualización clínica
médica investiga, (online), volumen 35, páginas 1788-1792.
- Trujillo-Orrego N, Ibáñez A, Pineda DA. (2010) Validez del diagnóstico de trastorno por déficit
de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). Rev
Neurol 2012; 54: 367-79.
- Virues, R. (2005) Ansiedad, revista psicología científica.com, publicado el 25 de mayo, vol. 17
www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio.
www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.

ANEXO

ANEXO I

PROPUESTA

“Programa para el manejo de la ansiedad con adolescentes inatentos, con Mindfulness (Atención Plena)”

INTRODUCCIÓN

El programa para el manejo de ansiedad con adolescentes inatentos, mediante el entrenamiento en Mindfulness dentro del aula es muy necesario para los y las docentes y adolescentes en diferentes áreas. No son los docentes los únicos profesionales a los cuales no les enseñaron cómo manejar sus niveles de ansiedad ni el de sus alumnos. Este programa es una propuesta interdisciplinaria práctica, para que docentes apliquen en sus aulas con los adolescentes inatentos.

A través de ejercicios específicos de estiramiento-relajación para hacer dentro de las aulas antes de iniciar las clases, disminuye niveles de ansiedad y enfoca mejor la atención de los alumnos (as). Este método de entrenamiento en Mindfulness beneficia tanto a docentes como a los estudiantes, permitiéndoles encontrar la forma de estar serenos y rescatar el potencial y valor dentro de cada uno y con ello lograr la mejora en la regulación atencional, emocional y conductual.

Dicho programa se desarrollará por medio de módulos, cinco en total, por semanas, se propone por medio de técnicas prácticas y efectivas para su propio auto-cuidado y para poder implementar dentro del aula con el grupo de alumnos (as), para disminuir la ansiedad y aumentar la concentración del grupo antes de clase.

JUSTIFICACIÓN

La intervención de este programa está dirigido a docentes y alumnos con TDAH tipo predominantemente inatento, los cambios van a incidir positivamente en el adolescente, tanto en su rendimiento académico como conductual y emocional, y suponen, por un lado, adaptación de los adultos (profesores y padres) al adolescente inatento y, por otro, que el adolescente mejore su

funcionamiento cognitivo para poderse adaptar adecuadamente a las exigencias escolares y sociales.

Las investigaciones referidas al entrenamiento en funciones ejecutivas mediante Mindfulness, como base de la rehabilitación funcional de los adolescentes con TDAH tipo predominantemente inatento, señalan que la base de la disfunción se localiza en el lóbulo frontal, y más concretamente en tres áreas: a nivel orbitofrontal, dorsolateral y en el cíngulo, en la zona medial del lóbulo. En estas áreas se localizan funciones tan importantes como la atención sostenida, la atención selectiva, los procesos de control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo, entre otras funciones básicas que van a ayudar a desarrollar las habilidades necesarias para aprender, es decir, que van a ayudar al adolescente a madurar funcionalmente para encarar de forma más eficaz los distintos aprendizajes que debe afrontar a lo largo de su ciclo vital.

Ahí radica la importancia de la utilización de este programa para el manejo de ansiedad con adolescentes inatentos, mediante el entrenamiento en Mindfulness dentro del aula, pues le va a permitir a los adolescentes reducir la dispersión cognitiva y la inestabilidad emocional, propia de la red neuronal por defecto, que se activa cuando no hay un enfoque de atención sostenido. Ayuda a desarrollar calma, tranquilidad, amenorar la ansiedad y permite fomentar un bienestar psicofísico general, permitiéndole maximizar la efectividad del tiempo y la atención, por consiguiente optimizar el nivel de claridad de sus mentes. Por ello introducir ejercicios de Mindfulness en el área educativa sirve para enfocar la efectividad y consecución de resultados; interesante analogía que dice: “la mente es como un plato: tienes que limpiarlo de la comida anterior antes de servir la siguiente, de lo contrario se termina con un desordenado sabor”.

OBJETIVOS

Objetivo General

Proporcionar estrategias que permitan el manejo y aplicación de descansos activos y técnicas efectivas de Mindfulness (atención plena) frente a diferentes situaciones para disminuir tensiones, ansiedad y enfocar mejor la atención de los adolescentes inatentos dentro del aula.

Objetivos Específicos

Practicar mediante dinámicas y ejercicios, maneras de enfocar la atención-concentración de alumnos (as) inatentos dentro del aula, para mejorar rendimiento, ambiente escolar y disminuir la ansiedad, manifestada por la presión de su entorno.

Ofrecer una técnica práctica para incorporar buenos hábitos dentro del aula, minimizar niveles de ansiedad dentro del aula y mejorar la atención de los adolescentes, mediante la utilización de estrategias de Mindfulness.

Favorecer el mejoramiento de atención sostenida, la atención selectiva, los procesos de control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo, entre otras funciones básicas mediante el uso de técnicas efectivas de Mindfulness.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Cada módulo tendrá una metodología Constructiva/Participativa con la aplicación práctica de ejercicios y técnicas. El programa será práctico-participativo dirigido a docentes, estudiantes con TDAH tipo predominantemente inatento y equipos de trabajo inter-disciplinarios adultos que laboran en escuelas, colegios o centros educativos. Se enseñarán técnicas en entrenamiento de Mindfulness aplicables dentro del aula, tales como: respiración diafragmática, estiramientos dentro del aula, dinámicas de concentración-atención, aromaterapia- musicaterapia.

Módulo I:

Desarrollar el conocimiento corporal

El modelo de “relaxation response”(RR) (respuesta relajada) sugiere que las técnicas mente cuerpo incluyen entre otras: bio-feedback, la meditación, relajación progresiva muscular y respiración diafragmática, provocan una respuesta fisiológica común. Este programa responde a la teoría de que la RR está mediada por medio del hipotálamo el cual es un mecanismo que se contrapone a la respuesta ante la ansiedad. Se proponen 4 elementos necesarios para que se lleve a cabo la RR: relajación muscular, un ambiente tranquilo-silencioso, pasiva desatención de pensamientos comunes y enfoque en la atención en estímulo mental repetitivo, como lo puede ser una palabra, un sonido, una frase o respiración repetitiva. Se abordaran temas como repartir la atención plena en partes diferentes del cuerpo a la vez, desautomatizar comportamientos,

experimentar la pura sensación sentida a través de los sentidos, diferenciar sensaciones corporales sobre el poder relajante de la conciencia, sincronización del movimiento con el compañero.

Módulo II

Optimizar el desarrollo emocional

Mediante la danza de las emociones, se establece el reconocimiento de las emociones y aumentar el equilibrio emocional, mediante el uso de mindfulness se podrá lograr un mejor desenvolvimiento y mejora atencional. Se trabajarán temas como: reconocer y nombrar las emociones, sostener el malestar en la conciencia hasta su disolución, descubrir el efecto de la presencia compasiva, aumentar el equilibrio emocional, aplicar mindfulness para mantenerse en calma en el ajetreo cotidiano, confianza en el cambio y anhelo de maduración.

Módulo III

Perfeccionar las relaciones interpersonales

Por medio de Biodanza, se trabajará la sintonía y armonía interna y el poder interrelacionarse con los demás, brindándole al estudiante la seguridad y acompañamiento, se abordarán temas como aprender a acompañar con respecto al compañero, y acompasar su respiración, desarrollar la escucha empática y valorar el silencio, independencia emocional, compartir con el grupo.

Módulo IV

Aumentar las habilidades cognitivas

Practicar la resiliencia conscientemente, como la capacidad que posee el individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones que permiten avanzar en contra de la corriente y superarse. Se enfocaran temas como: entrenar la mente, observar los pensamientos, aquietar la actividad mental y desidentificación con los contenidos de la mente.

Módulo V

Ampliar el bienestar y la serenidad

Por medio de visualizaciones dirigidas mediante el acompasamiento de respiración, se pretende profundizar más en mindfulness, con lo cual podrá lograr paz interior, focalizar mejor su atención

y concentración de igual manera alcanzará la serenidad, permitiéndole al adolescente bajar el nivel de ansiedad. Se trabajarán temas como desarrollo del estado de conciencia con empleo de mindfulness, máxima relajación y atención y llevar la concentración a un arte contemplativo.

CRONOGRAMA:

MODULO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	RESPONSABLE
Módulo I	<p>Taller</p> <p>Desarrollar el conocimiento corporal</p>	<p>Bienvenida.</p> <p>Ejercicios de respiración.</p> <p>Ejercicios de relajación.</p> <p>Repartir la atención plena en partes diferentes del cuerpo a la vez.</p> <p>Desautomatizar comportamientos.</p> <p>Experimentar la pura sensación sentida a través de los sentidos.</p> <p>Diferenciar sensaciones corporales sobre el poder relajante de la conciencia.</p> <p>Sincronización del movimiento con el compañero.</p>	<p>Evanidia de León</p>

Módulo II	Taller Optimizar el desarrollo emocional	Bienvenida. Explicación danza de las emociones. Reconocer y nombrar las emociones. Sostener el malestar en la conciencia hasta su disolución. Desubrir el efecto de la presencia compasiva. Aumentar el equilibrio emocional. Aplicar mindfulness para mantenerse en calma en el ajetreo cotidiano. Confianza en el cambio y anhelo de maduración.	Orientador (a) del establecimiento Licenciado (a)
Módulo III	Taller Perfeccionar las relaciones interpersonales	Bienvenida. Explicación de la biodanza. Aprender a acompañar con respecto al compañero y acompasar su respiración. Independencia emocional.	Profesional invitado Docentes

		Compartir con el grupo.	
Módulo IV	Taller Aumentar las habilidades cognitivas	Bienvenida. Entrenar la mente. Obsevar los pensamientos. Aquietar la actividad mental y desidentificación con los contenidos de la mente.	Orientador (a) del establecimiento Licenciado (a)
Módulo V	Taller Ampliar el bienestar y la serenidad	Bienvenida. Desarrollo del estado de conciencia con empleo de mindfulness, máxima relajación y atención. Llevar la concentración a un arte contemplativo.	Evanidia de León

RECURSOS

Humanos: facilitador y participantes.

Físicos: el salón, sillas, escritorios.

Pedagógicos y tecnológicos: cañonera, videos, pizarrón, carteles.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará a través del control mediante las fichas de asistencia, por medio de retroalimentaciones, puesta en común, ¿qué me llevo? ¿qué apporto? ¿cómo lo voy aplicar? Oral y escrita a través del siguiente ejercicio: antes yo actuaba/ahora yo actúo.

ANEXOS II

Ficha técnica de las pruebas utilizadas

EDAH

Nombre: EDAH, *Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*.

Autores: Anna Farré y Juan Narbona.

Aplicación: Individual (responde el profesor de la persona evaluada).

Ámbito de aplicación: 6 a 12 años (1º a 6º de Primaria).

Duración: 5 a 10 minutos.

Finalidad: Medida de los principales rasgos del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.

Baremación: Baremos en percentiles para las cuatro subescalas por cursos de 1º de Primaria a 6º de Primaria. Mediante puntos de corte se establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno.

Material: Manual y ejemplar autocorregible.

STAI

Nombre: *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*

Nombre original: State-Trait Anxiety Inventory

Autores: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.

Adaptación española: Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982)

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivos: Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés.

Población: población general (adultos y adolescentes)

Número de ítems: 40

Duración 15 minutos aproximadamente

Descripción: La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.

Corrección e interpretación: La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Existen baremos en puntuaciones centiles para adultos y adolescentes. Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, Evaluación post-tratamiento.

ANEXO III
PROCESO ESTADÍSTICO

Tabla No. 10

Listado aplicación EDAH con diagnostico tipo inatento y STAI Instituto Técnico Industrial de

No.	Edad	Sexo	Sección	EDAH		STAI-82			
				PD	PC en DA	PD	PC en SE	PD	PC en SR
1	12	M	E	12	97	58	86	61	94
2	12	M	E	12	97	42	48	39	43
3	12	M	B	10	93	37	36	37	37
4	13	M	G	13	99	55	83	60	94
5	13	M	G	10	93	31	24	42	54
6	13	M	E	10	93	59	87	62	94
7	13	M	A	10	93	40	43	35	31
8	13	M	D	10	93	57	85	59	94
9	13	M	D	11	96	28	19	31	22
10	13	M	F	11	96	42	48	37	37
11	13	M	G	10	93	70	97	66	95
12	14	M	G	10	93	36	34	39	43

Quetzaltenango, primero básico, secciones: A - G

Tabla No. 11

EDAH TDAH predominantemente inatentos

ORDEN ASCENDENTE EDAH	93	93	93	93	93	93	93	96
	96	97	97	99	N= 12			

Tabla No. 12

EDAH

Diagnostico tipo predominantemente inatento

Xi	f	FA	Σf.xi	/d'/	Σf./d'/	Σf./d' ² /
93	7	7	651	2	14	28
96	2	9	192	-1	2	2
97	2	11	194	-2	4	8
99	1	12	99	-4	4	16
	N 12		Σ1136		Σ 24	Σ 54

$$\bar{x} = \frac{\Sigma f.xi}{N} = \frac{1136}{12} = 94.66 \approx 95$$

$$Md = \frac{N}{2} = \frac{12}{2} = 6 \rightarrow 96 \quad /d'/ = \bar{x} - xi$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{\Sigma f./d'^2/}}{N} = \frac{\sqrt{54}}{12} = \sqrt{4.5} = 2.12$$

Tabla No. 13

STAI escala estado

ORDEN ASCENDENTE STAI-82 ESCALA ESTADO	19	24	34	36	43	48	48	83
	85	86	87	97	N=12			

Tabla No. 14

STAI escala estado

Xi	f	FA	Σf.xi	/d'/	Σf./d'/	Σf./d' ² /
19	1	1	19	39	39	1521
24	1	2	24	34	34	1256
34	1	3	34	24	24	576
36	1	4	36	22	22	484
43	1	5	43	15	15	225
48	2	7	96	10	20	200
83	1	8	83	-25	-25	625
85	1	9	85	-27	-27	729
86	1	10	86	-28	-28	784
87	1	11	87	-29	-29	841
97	1	12	97	-39	-39	1521
	N 12		Σ690		Σ 262	Σ 8662

$$\bar{X} = \frac{\sum f.xi}{N} = \frac{690}{12} = 57.50 \approx 58$$

$$Md = \frac{N}{2} = \frac{12}{2} = 6 \rightarrow 48 \quad /d'/ = \bar{X} - xi$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{\sum f./d'^2/}}{N} = \frac{\sqrt{8662}}{12} = \sqrt{721.83} = 26.85$$

Significación

1. N.d.c. = 99% Z= 2,58

2 $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\Sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{26,85}{\sqrt{12-1}} = \frac{26,85}{\sqrt{11}} = \frac{26,85}{3,32} = 8,09$

3 $R_c = \frac{\bar{X}}{\sigma_{\bar{X}}} = \frac{58}{\sqrt{8.09}} = 7,17$

4 $R_c = 7,17 > 2,58$ N.d.c. = 7.17 > 2.58

Fiabilidad

1. N.d.c. = 99% Z= 2,58

2 $\sigma_{\bar{X}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{26,85}{\sqrt{12-1}} = \frac{26,85}{\sqrt{11}} = \frac{26,85}{3,32} = 8,09$

3. $E = \sigma_{\bar{X}} * n.d.c. = 8.09 * 2.58 = 20,87$

4. I.C. $\bar{X} - E = 58 - 20.87 = 37,13$
 $\bar{X} + E = 58 + 20.87 = 78,87$ si es fiable

Tabla No. 15

STAI escala rasgo

ORDEN ASCENDENTE STAI-82 ESCALA RASGO	22	31	37	37	43	43	54	94
	94	94	94	95	N=12			

Tabla No. 16

STAI escala rasgo

Xi	f	FA	Σf.xi	/d'/	Σf./d'/	Σf./d' ² /
22	1	1	22	40	40	1600
31	1	2	31	31	31	961
37	2	4	74	25	50	1250
43	2	6	86	19	38	722
54	1	7	54	8	8	64
94	4	11	376	-32	128	4096
95	1	12	95	-33	33	1089
	N 12		Σ738		Σ 328	Σ 9782

$$\bar{X} = \frac{\Sigma f.xi}{N} = \frac{738}{12} = 61.5 \approx \boxed{62}$$

$$Md = \frac{N}{2} = \frac{12}{2} = 6 \rightarrow \boxed{54} \quad /d'/ = \bar{X} - xi$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{\Sigma f./d'^2/}}{N} = \frac{\sqrt{9782}}{12} = \sqrt{815.17} = \boxed{28.55}$$

Significación

1 99% Z= 2,58

$$2 \quad \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{28,55}{\sqrt{12-1}} = \frac{28,55}{\sqrt{11}} = \frac{28,55}{3,32} = 8,6$$

$$3 \quad \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}} = \frac{62}{\sqrt{8.60}} = 7,21$$

$$4 \quad >< \text{ N.d.c.} = 7.21 > 2.58$$

Fiabilidad

$$1 \quad 99\% \quad Z= 2,58$$

$$2 \quad \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{28,55}{\sqrt{\frac{12-1}{1}}} = \frac{28,55}{\sqrt{11}} = \frac{28,55}{3,32} = 8,6$$

$$3 \quad \sigma_{\bar{x}} * \text{ n.d.c.} = 8.60 * 2.58 = 22,19$$

$$4 \quad \text{I.C.} \quad \bar{x} - E = 62 - 22.19 = 39,81$$

$$\bar{x} + E = 62 + 22.19 = 84,19$$

si es fiable