

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

**"NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
(Estudio realizado en la Escuela Especial de Niños del Municipio de Pueblo Nuevo
Suchitepéquez)".**
TESIS DE GRADO

CORNELIA VARGAS XILOJ DE IXCOY
CARNET 30166-05

QUETZALTENANGO, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

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

**"NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
(Estudio realizado en la Escuela Especial de Niños del Municipio de Pueblo Nuevo
Suchitepéquez)".**
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
CORNELIA VARGAS XILOJ DE IXCOY

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, SEPTIEMBRE DE 2015
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
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

LIC. EUNICE YAX COTÍ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. NILMO RENÉ LÓPEZ ESCOBAR

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 junio de 2014

Ingeniero
Derik Lima Par
Subdirector académico
Campus Quetzaltenango
Presente.

Respetable Ingeniero:

Me complace saludarlo y a la vez manifestarle que de acuerdo al nombramiento para asesorar el trabajo de tesis titulado Ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales propuesto por la estudiante Cornelia Vargas Xiloj, con carnet 3016605 previo a optar el título de Licenciada en Psicología, atentamente expongo.

Que la estudiante ha culminado el proceso de elaboración de tesis que deja un aporte al campo de Psicología Clínica, sobre todo al tratamiento y atención de niños con necesidades educativas especiales y hacer conciencia en padres de familia y docentes de la importancia de participación y acompañamiento en los cuidados de los niños, para alcanzar el desarrollo y bienestar psicológico de los mismos

El estudio abarca una investigación científica y establece una propuesta encaminada al cuidado y apoyo de niños con necesidades educativas especiales; por lo anterior solicito se nombre revisor para dictaminar lo que corresponde y así dar por finalizado el proceso.

Atentamente.



Licda. Eunice Yax Cotí
Psicólogo
Colegiado. No. 3,922



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051021-2015

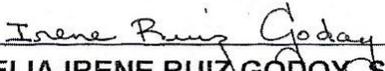
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CORNELIA VARGAS XILOJ DE IXCOY, Carnet 30166-05 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA (FDS), del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05364-2015 de fecha 28 de septiembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"NIVEL DE ANSIEDAD EN MADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
ESPECIALES
(Estudio realizado en la Escuela Especial de Niños del Municipio de Pueblo Nuevo
Suchitepéquez)".**

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

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 30 días del mes de septiembre del año 2015.



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

Agradecimiento

A Dios:

Por su infinita benevolencia al concederme sabiduría e inteligencia durante mi preparación académica y la oportunidad de hacer realidad un proyecto más en mi vida.

A mis Padres y

Suegros:

Natividad Xiloj Itzep, Nicolás Vargas Coj, Jesusa Santiago Coxaj Puac y Antonio Ixcoy Calel QPD. A quienes despierto del profundo sueño, para el día perpetuo de la eternidad me acompañen.

A mis Hijos:

Crisoles estandartes, que un día me dieron la razón de vivir y a imitar los esfuerzos hoy alcanzados.

A mi Esposo:

Con mucho amor y por su incondicional apoyo.

A los Profesionales:

Licdas. Eunice Yax cotí, Silvia Tarragó, Lesbia Duarte Mgtr. Nilmo René López Dr. Rogelio de León y Doctor en derecho Carlos Abraham Calderón Paz. Prof. José Antonio del Valle. Por ser bastiones fundamentales en mi preparación académica.

A la Universidad

Rafael Landívar:

Refugio de estudios superiores, forjadora de valores y guía a la excelencia en la consecución de esta gran misión creadora de conocimientos.

**A las Instituciones
que me Acogieron:**

Por brindarme la oportunidad de desempeñarme profesionalmente un régimen institucional.

Al Optar el Título de:

Licenciada en Psicología.

Mi más profundo agradecimiento a cada uno, por hacer de mí vida útil e incomparable.

Dedicatoria

Con especial designio, al concluir mi carrera universitaria de Psicología en el grado académico de Licenciada, este triunfo se los dedico:

A Dios: Supremo creador de mi existencia, por su infinita bondad durante mis esfuerzos realizados iluminando mi vida como lámpara a mis pies, guiándome en la consecución de mis más grandes ideales.

Al Proyecto Miriam para la Promoción Intelectual de la Mujer:

Por su incansable apoyo motivacional, moral e integral. Porque sin ella no hubiese podido realizarme como técnica y concluir mi carrera como Licda. en Psicología.

A mis Padres:

Seres inigualables quienes me dieron el regalo más preciado, “La Vida” QPD. Que en la celeste morada donde duermen llevo impregnada sus sabios consejos más preciados de mi vida. Implorando una oración a Dios.

A mis Hermanos (as):

Estela, Florinda, Francisco, Maximiliano, Nicolás, Aparicio, Ignacio Por haber sido parte crucial al consolidar mi manera de ayudar a la humanidad y por formar juntos una familia armónica.

A mi Universidad

Rafael Landívar:

Por acogerme en su seno, dándome el sustento del saber, la dirección de las mejores acciones de la vida y guiarme a una meta humanitaria.

A la Niñez:

Especialmente a Mario Isaac, eje fundamental que estimuló mi compromiso en la vida universitaria, merecedor de mis atenciones profesionales, forjados en mi queridísima URL.

A mis Catedráticos:

Por su legado profesional a mi vida, siendo bastiones fundamentales al formar con esmero ciudadanos de éxito con asesoría y ejemplo constante.

**A las Instituciones
que me Acogieron:**

Por compartir juntos, al permitirme el desarrollo exitoso de mis primeras experiencias como profesional de la psicología.

A mis Nueras:

Con mucho cariño a Marina y Paola a quienes agradezco con toda sinceridad el apoyo que me brindaron en los momentos más difíciles de mi vida cotidiana.

A mis Nietos:

Ángel Mario y Felipe Antonio, quienes los veré crecer, recordando las palabras sagradas: “Dejad que los niños vengan a mi porque de los que son como éstos es el reino de los cielos”

**A mis Compañeras
de Promoción:**

Con quienes compartimos ideales Reciban mis mejores deseos y éxitos en la vida

A mis Amigos (as):

Del proyecto Miriam. En especial a Susanne Kummer personas a quienes aprecio y valoro por sus ideales e incentivaron el inicio y finalización de este proyecto.

**Al Palmar,
Quetzaltenango,
Guatemala:**

Tierra bendita que me vio nacer, que encantada de su belleza me expreso cada día el sentido de la vida.

A mis Adversarios:

Por constituirse en retos y desafíos, con sus obstáculos aprendí a levantarme con más fortaleza bajo la dirección del todo poderoso.

Y a ustedes, con todo mi corazón,
Y especialmente Angelita
Ofrezco dignamente mí:
“profesión en Psicología”

“Mis triunfos y alegrías” a mis hijos:
Franklin Gustavo, Mario Isaac,
Marco Antonio, y Nestor Gabriel;
Por formar parte importante en mi vida.
Y por haber forjado en mí.

“Se unan el cielo de los sueños con la tierra de los hechos”

¡¡¡Bendiciones!!!

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Ansiedad de Madres.....	11
1.1.1 Definición.....	11
1.1.2 Criterios de Diagnóstico de la Crisis de Ansiedad.....	13
1.1.3 Causas	13
1.1.4 Síntomas	14
1.1.5 Niveles de Ansiedad.....	15
1.1.6 Tipos de Ansiedad.....	16
1.1.7 Agorafobia	17
1.1.8 Fobia	18
1.1.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	21
1.1.10 Trastorno Postraumático	23
1.1.11 Estrés	25
1.1.12 Ansiedad Generalizada	26
1.2 Niños con Necesidades Educativas Especiales.....	29
1.2.1 Definición.....	29
1.2.2 Educación de los Niños con Capacidades Diferentes.....	31
1.2.3 Tipos de Discapacidad	32
1.2.4 Discapacidad Intelectual.....	32
1.2.5 Síndrome de Down.....	35
1.2.6 Problemas de Aprendizaje.....	37
1.2.7 Problemas de Lenguaje.....	42
1.2.8 Discapacidad Visual	45
1.2.9 Discapacidad Auditiva	46
1.2.10 Discapacidad Física	48
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
2.1 Objetivos	52

2.1.1	General.....	52
2.1.2	Específicos	52
2.2	Hipótesis.....	52
2.3	Variables de Investigación	53
2.4	Definición de Variables	53
2.4.1	Definición Conceptual.....	53
2.4.2	Definición Operacional.....	54
2.5	Alcances y Límites.....	54
2.6	Aporte.....	54
III.	MÉTODO.....	56
3.1	Sujetos	56
3.2	Instrumentos.....	56
3.3	Procedimiento	57
3.5	Diseño	58
3.6	Metodología Estadística	59
IV.	RESULTADOS.....	62
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64
VI.	CONCLUSIONES.....	71
VII.	RECOMENDACIONES	72
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
IX.	ANEXOS	79

Resumen

El objetivo de la investigación se realizó para comprobar que nivel de ansiedad presentan las madres al observar los problemas que presentan sus hijos con capacidades diferentes, se trabajó con cuarenta y cinco madres de familia de un universo de cincuenta que es la población de una muestra pero que sólo veinticuatro personas presentaron problemas de ansiedad alta evaluadas por medio del cuestionario auto evaluativo STAI 82. El cual fueron comprobadas cualitativa y cuantitativamente en las escalas de ansiedad estado y rasgo. Situación que presentan las madres de niños con necesidades educativas especiales de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez.

En el campo de la investigación descriptiva determina como se efectuó el trabajo comunitario, en cuanto a la salud de las madres, la educación de los niños entre otros mencionados. Lo que llamo la atención, es la primer variable, porque las madres de familia presentan ansiedad según las causantes influyeron los factores ambientales como: desintegración familiar, el analfabetismo, la enseñanza aprendizaje de los niños entre otros que generó síntomas físicos, dermatológicos, traumas, aprensión, alteraciones del pensamiento, tensión desconfianza, preocupación, miedo, bajo autoestima entre otros; que obviamente trae como consecuencias problemas psicológicos.

Por todas las circunstancias, e instrumentos, intervenciones actitudinales, entrevistas entre otros contribuyeron analizar y evaluar los problemas de las madres de familia. Ante esta situación, dio lugar la prueba de hipótesis en que las madres no presentan alto grado de ansiedad, aun así, se hace necesario la importancia de una propuesta que permita disminuir los niveles de ansiedad en las madres por medio de los tratamientos Psicoterapéuticos que se efectuará en varias sesiones con el fin que las personas puedan integrarse a una vida feliz y placentera en bienestar de la familia.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado de ánimo, componente en trastornos de sentimientos y con diversas reacciones psicológicas y fisiológicas que afrontan las personas en cuanto a cambios emocionales y conductas desadaptadas. Las causas se deben a factores genéticos, experiencias traumáticas, por situaciones ambientales que genera pensamientos distorsionados y que trae como consecuencias problemas en el hogar y en el trabajo.

La ansiedad suele desencadenarse de acontecimientos estresantes identificables que se centran en determinados objetos y situaciones indeseables como los problemas de ansiedad que afecta la salud de algunas personas; se manifiesta por un complejo de estudio de las anomalías cerebrales, estructurado específicamente por las emociones según las diversas teorías y neuroimágenes que los caracteres se heredan de generación en generación.

Según los teóricos todos los síntomas de crisis de ansiedad por lo regular son diferentes pero que atacan por igual a las personas, de esta manera se manifiesta en madres de hijos con necesidades educativas especiales que tienen serios problemas de ansiedad; ante todo cuando las personas no se encuentran preparadas a las experiencias de la vida cotidiana. Es el caso de algunas madres de familia que les toca vivir situaciones negativas, estresantes perturbadoras; además de las obsesiones que presentan de sentirse desamparadas, atrapadas y sin ninguna solución a los problemas.

Las características de la ansiedad se manifiestan por lo regular en fobias específicas y sociales entre otros traumas vivenciales según el DSM-V estructura trece síntomas psicosomáticos o cognoscitivos, mientras que los cuatro criterios restantes se les denominan crisis sintomáticas limitadas. Sin embargo hoy en día existen medios de tratamientos terapéuticos y fármacos contra los trastornos de ansiedad que cada vez más obsesiona y pone en riesgo a las personas especialmente a las madres de familia

de hijos con necesidades educativas especiales y también a otras personas que presentan problemas delicados con probabilidades de trastornos psiquiátricos.

La intervención psicoterapéutica es una técnica psicológica que puede prevenir, corregir, y auto disciplinar los pensamientos irracionales; que tiende reforzar y a coadyuvar situaciones positivas a efecto que la persona humana supere todas las dificultades generando una autoestima de crecimiento personal.

También se integra en el programa a los niños con necesidades educativas especiales, cuyas discapacidades incluye aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales intelectuales y sensoriales que puedan impedir la participación de los niños en la sociedad; sin embargo en la actualidad se ha priorizado la educación inclusiva a los niños en las escuelas regulares que sean atendidos por profesional especializado brindando al niño atención personalizada e individualizada en recibir por derecho la enseñanza aprendizaje en el centro educativo. A efecto que el niño rompa las barreras arquitectónicas de ser útil en la vida, e integrarse y adaptarse en el grupo y ser parte de un equipo incluyente, como equilibrado social y así eliminar toda discrepancia e indiferencia que limitan a las personas con necesidades educativas especiales. Según los criterios que a continuación se detallan:

Prensa Libre (2011), en la sección buena vida del 31 de julio en el artículo titulado. El estrés materno afecta a los niños en el desarrollo intrauterino, según el portal medisur.sld.cu, el estrés materno durante el embarazo puede programar genéticamente al bebé que se está desarrollando para que sea más susceptible a la ansiedad; una investigación llevada en Alemania encontró que un alto nivel de estrés en la madre provoca cambios biológicos en el receptor interno encargado de las hormonas del estrés en el feto. Estudios anteriores demuestran que el estrés puede contagiarse de la madre al hijo que demuestra la asociación estresante no sólo es ambiental sino también biológica. Según los investigadores de la Universidad de Konstanz (Alemania), el estrés puede pasar del útero de la madre al feto lo que vendría a refrendar la

importancia de la salud física y mental durante el embarazo y el impacto posterior en la vida del niño.

Los expertos, no obstante, puntualizan que el hallazgo está basado en una muestra de apenas 25 personas y sus bebés, a los que se siguió durante 19 años, el estudio de los hijos de las mujeres antes mencionadas quienes vivieron sometidas a violencia doméstica entre los 10 y los 19 años, reveló que habían experimentado cambios en un gen concretamente en el receptor de glucocorticoides (GR), esencial en la respuesta del individuo ante el estrés como señalan los doctores Helen Gunter y Thomas Elbert, responsables del estudio; el glucocorticoides ayuda a regular la respuesta hormonal del organismo ante el estrés. Es decir, puede hacer a un individuo más consciente ante el estrés, hace reaccionar a éste más rápido, tanto mental como hormonalmente; los adolescentes de madres que vivieron un embarazo normal y relajado no mostraban esos cambios.

Los investigadores también se pronunciaron en entrevistas detalladas con los adolescentes hijos de las madres estresadas, encontraron que eran por lo general más impulsivos y tenían más problemas para controlar las emociones que los adolescentes de madres sin estrés; ante esta problemática se evaluó como si el feto recibiera señales de la madre que le indicara que va a nacer en un mundo peligroso. Los adolescentes de estas madres eran más impulsivos demostraron un umbral más bajo ante el estrés y parecen ser más susceptibles a este. Agrega el profesional.

El Instituto Nacional de salud mental de Estados Unidos, afirma que la evidencia científica ha demostrado que el trastorno se origina de un proceso neurobiológico. Aunque no se han identificado las causas exactas, la genética posiblemente contribuye al desarrollo del trastorno. La institución refiere que el trastorno no es por ver demasiada televisión, si no es un descontrol del niño por parte de los padres; los factores sociales y ambientales como la pobreza, la familia disfuncional, el consumo de drogas y consumo excesivo de azúcar o de aditivos alimentarios son los que intervienen también en el descontrol del niño.

Prensa libre (2012), en la sección Buena vida del 20 de junio en el artículo. Como tratar al niño hiperactivo. Cuando un niño se encuentra en constante movimiento, habla sin cesar o tiene problemas para concentrarse, se distrae con facilidad, olvida las cosas con frecuencia, deja sin terminar las tareas, es inquieto, fantasea demasiado, tiene dificultad para seguir instrucciones podría padecer del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. (TDAH)

Según el pediatra neonatólogo panameño Ruí Díaz, los aditivos alimenticios entre ellos los colorantes y saborizantes pueden formar parte de una dieta equilibrada, siempre y cuando hayan sido aprobados por las autoridades de salud; motivo por el cual el niño también puede ingerir algunos medicamentos para mejor control la conducta. La terapia conductual es una técnica que contribuye en el control del comportamiento del niño a efecto que este pueda desempeñarse mejor en la sociedad.

Prensa libre (2011), en la sección salud de 18 de mayo, en el artículo. El estrés y depresión en el embarazo afectan al bebé. Indica, que las madres que están deprimidas o estresadas durante el embarazo corren mayor riesgo de tener hijos afectados por el trastorno conocido como hiperactividad y déficit de atención, según el nuevo estudio. Aunque ese trastorno es parte de carácter hereditario, los científicos creen que la ansiedad en el embarazo puede contribuir a un 15 % de los casos de niños afectados por el síndrome del TDH.

El estudio de miles de niños británicos desde antes de nacer hasta la escuela primaria permitió descubrir la existencia de una estrecha relación entre el estrés prenatal o sea antes del nacimiento llamado ambidextrismo determinado como problema de comportamiento infantil que comúnmente es la Hiperactividad con déficit de atención.

Según los investigadores, las hormonas del estrés en el útero perturban el paso normal de las neuronas entre los dos hemisferios del cerebro, lo que resulta la imposibilidad que una de las dos manos se convierta en sentido dominante y entre otros problemas;

aunque estudios anteriores han descubierto un vínculo entre el estrés materno y el peso de la criatura con un coeficiente intelectual bajo, es la primera vez que se establece una relación entre el estrés antenatal y el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA). Este último es uno de los trastornos de comportamiento infantil más extendido y afecta aproximadamente a un 5 % de la población sin embargo la prevalencia de ese trastorno es motivo de polémica y así algunos médicos y teóricos creen que el TDAH sirve de excusa para el mal comportamiento y que demasiados niños están siendo medicados cuando bastaría con imponerles mayor disciplina.

Según la doctora Alina Rodríguez, el ambidextrismo podría ser un signo precoz que apunta a un posible trastorno de hiperactividad. Una madre triste influye en el hijo. Según el artículo de prensa libre refiere que todo lo que sucede en el cuerpo y mente de la mujer durante el embarazo puede afectar el desarrollo del embrión.

Prensa libre (2011), sección salud del 21 de marzo, menciona el artículo una madre triste influye en el hijo. Las madres que sufren depresión o ansiedad durante la gestación tienen más riesgo que los hijos nazcan con bajo peso, factor predisponente a una mayor mortalidad publicado en la revista BCM PublicHealth divulgado en el sitio el mundo. Es La salud mental de la madre que influye más, que el estado nutricional y socio económico. Los autores de la investigación del Instituto Karolinska, de Suecia, y el Comité para el Avance Rural de Bangladesh van más allá, al afirmar, que el mal estado nutricional de las madres es la causante de la mortalidad y del bajo peso del niño; en los países pobres, no es necesariamente producto de la pobreza, sino por problemas mentales generados en las mujeres, tales como la depresión, traumas psicológicos, el aislamiento la ansiedad, pensamientos irracionales entre otros, provocados por factores negativos como los genes, los agentes ambientales, las enfermedades, la drogadicción entre otros. Y para reducir la mortalidad infantil del bajo peso es importante tratar los síntomas depresivos de la ansiedad a tiempo con el fin de erradicar los problemas antes mencionados.

Landívar (2011), en la revista el universo, del 4 de febrero, de acuerdo al artículo titulado. No dejes que la ansiedad se convierta en una bomba de tiempo, explica: Que la ansiedad se asocia con el estrés, como respuesta fisiológica normal automática, que ayuda en la supervivencia al prevenirlos frente a un peligro. Cada persona puede sentir ansiedad frente a situaciones diferentes, como hablar en público, conversar con alguien del sexo opuesto, afrontar problemas ante el jefe, asistir a sitios nuevos, o estar en atascos de tráfico, volar en sitios altos, etc. Pero cuando la sensación de temor es demasiado grave e impide realizar ciertas tareas por tener conductas evasivas, es necesario que se busque ayuda profesional advierte la orientadora familiar Bowen de Larrea. La ansiedad puede presentarse a cualquier edad, muchos niños la presentan y los adultos suelen definirlos como que el niño es nervioso o engreído, sin que los padres se dieran cuenta del problema real y los retan en lugar de ayudarlos a superar los problemas.

Hay causas orgánicas (físicas), como la herencia y la predisposición de genes, la falta de vitaminas, el consumo de drogas. Así también, cómo los padres forman a los hijos a sentirse inseguros o ansiosos a afrontar situaciones de la vida cotidiana ya sean difíciles o huir de ellas; una madre ansiosa y sobreprotectora probablemente influirá en el proceso de desarrollo del hijo que sea más aprehensivo que otros niños.

Los síntomas más comunes de ansiedad a nivel físico en una madre, son taquicardia, náuseas, dolor de cabeza, sensación, de falta de aire, mareos, hormigueos y temblores de cuerpo; es importante saber que la persona que siente ansiedad analice qué situaciones le provocan estos problemas. Luego, cuando ha identificado estas causas, puede planificar cómo afrontar el problema y visitar al psicólogo para que no se agrave, explica también la orientadora que los síntomas físicos pueden agravarse hasta provocar un malestar significativo como el deterioro en las relaciones familiares, sociales o laborales.

Las personas que sufren ansiedad por años y no van al psicólogo hacen que esta situación se vuelva crónica, la vida se torna más difícil y las tareas cotidianas suelen

realizarse negativas; si la ansiedad se agrava puede convertir en fobia o crisis de pánico suele asociarse en depresión.

Entre los tratamientos para controlar la ansiedad están los farmacológicos (ansiolíticos), los métodos psicoterapéuticos. Para conocer las verdaderas causas es preciso afrontarlas, se debe de mejorar la dieta, evitar los estimulantes como el café, el alcohol, cítricos y tratar de afrontar con ejercicios graduales como las técnicas de relajación Ruíz y Lago (2005), en ediciones de pediatría en las p. 265 a 280. En el artículo Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Indican que los trastornos de ansiedad (TA) son trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. La evolución natural sin tratamiento puede derivar serias repercusiones negativas en el niño en cuanto a las funciones educativas, familiares y sociales lo que interfiere en el desarrollo de la conducta de la persona.

La identificación se torna más difícil en ocasiones, cuando la ansiedad y el miedo son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas. Los trastornos de ansiedad (TA) incluyen trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia por ejemplo: el trastorno de separación y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los trastornos de ansiedad del adulto. Ejemplo: los trastornos de pánico, depresivo, compulsivo entre otros.

Las manifestaciones de los (TA) son polimorfas y desconcertantes en ocasiones se quejan físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia para dormir, hiperactividad y oposicionismo.

La consulta al pediatra es el lugar idóneo para establecer un diagnóstico de presunción y proceder a la indagación y posterior confirmación del niño, el pediatra debe estar familiarizado con el diagnóstico, transfiriendo este a salud mental donde clínicamente el

psicólogo usará el tratamiento adecuado; entre las principales modalidades de tratamiento está la terapia cognitivo conductual.

Chávez y Cario (2004), en el folleto ASCATED, 30 de abril, describe que en el contexto familiar se inician las interacciones entre padres e hijos, dentro de la familia e identifican, ayudan o perjudican y etiquetan al niño con problema educativo; los padres son los primeros en sentirse capaces conscientes de enseñar y guiar el desarrollo de los procesos emocionales del niño con necesidades educativas especiales. Al observar a las niñas y niños que han aprendido incorrectamente las actitudes negativas provienen de hogares desintegrados, de padres exageradamente prepotentes y de padres con diferentes preparaciones académicas, que perjudican el estado emocional del niño lo cual traerá consecuencias desordenes de conducta y otras alteraciones emocionales. La familia juega un papel muy importante en el aprendizaje emocional del niño, puesto que es la primera escuela donde el niño recibe formación positiva o negativa en cuanto a comprensión, expresión, aceptación, afecto y sentimientos propios; como la empatía son actuaciones positivas que ayudaran al niño en la adaptación de actividades cotidianas.

Las formaciones negativas que perjudican al niño como la incomprensión, desaliento, el desafecto, el mal humor entre otros, traen consecuencias en el desenvolvimiento de la vida cotidiana del niño; existen padres, hermanos y familiares que recurren al soborno y al engaño a los niños con necesidades educativas especiales que por ignorancia o por intereses propios perjudican al niño. Los estudios demuestran por otro lado que existen padres que ignoran a las hijas (os) considerándolos sin importancia, sin sentimientos, los menosprecian e ignoran los sentimientos de los hijos; son también padres desaprobadores e irresponsables y muy duros en críticas y castigos. Por otra parte hay padres que toman en serio los sentimientos del niño los ayudan y buscan alternativas y soluciones para el problema.

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores (2000), en el artículo. Ansiedad de las madres, se estudió la ansiedad de las madres de niños especiales con el fin de

disminuir la ansiedad pero al momento de recibir la noticia y al iniciar la rehabilitación; se propuso una hipótesis que dice: “El inicio de la rehabilitación de un hijo especial disminuye el nivel de ansiedad de las madres.” Y para la comprobación de la hipótesis se seleccionó una muestra de 30 madres, 10 solteras y 20 casadas, que oscilan entre los 18 y 44 años. De los cuales se aplicaron dos cuestionarios tipo Likert, uno pretendía medir la ansiedad de las madres y el otro cuestionario simplemente comprobó la ansiedad común; después de haber iniciado la rehabilitación de los hijos la hipótesis propuesta comprobó que los resultados reflejaron un cambio en la ansiedad de las madres con niños de necesidades educativas especiales.

Niella y Puigdellivol (1998) en la revista la familia del mes, en el artículo importancia de la familia en atención a los niños con necesidades educativas especiales, describe que el nacimiento de un hijo con discapacidad psíquica, genera en las familias momentos de aflicción, duda, dolor y se identifican en cuatro fases que generalmente pasan las familias:

- ✓ Fuerte impacto emocional ante la noticia, a ello se unen sensaciones de tristeza y culpabilidad el impacto varía en función de la severidad; la naturaleza de la discapacidad y el sexo del recién nacido.
- ✓ Negación o incredulidad ante el diagnóstico, se niegan a aceptar la evidencia de la discapacidad y buscan otros profesionales y otros diagnósticos.
- ✓ Preocupación activa por el hijo y gradual separación de los sentimientos de culpa y desesperanza.
- ✓ Desorganización familiar, fase de adaptación e incorporación del hijo en el marco familiar.

Sánchez (1996) en el artículo Discapacidad familiar y logro escolar, editado por la Universidad Autónoma de Yucatán México; menciona que la familia es la primera institución que ejerce influencia en el niño, trasmite valores y costumbres por medio de

la convivencia diaria. Es la primera institución educativa y socializadora del niño, desde que nace comienza a vivir la influencia formativa del ambiente familiar. En el caso del niño con discapacidad visual, la familia juega un papel más crítico que otras discapacidades ya que los padres y familiares son los que proveerán al niño de la estimulación y la oportunidad necesaria para conocer el mundo que lo rodea. La falta de estimulación al niño con discapacidad visual puede originar un ambiente de aislamiento además de ser privado de la educación formal hecho que no sólo limita el desarrollo intelectual del niño si no también el desarrollo de habilidades de socialización.

Casanova (1973) en el manual de educación especial con el tema problemática con el deficiente familiar, explica que el primer ambiente del niño, es el hogar el mundo en donde se desarrolla, la familia es la base fundamental que desempeña el papel más importante, en cuanto al equilibrio agradable de un niño; pero si es lo contrario el niño desequilibrado perjudicará todo el ambiente familiar y trastorna a todos los que lo rodean.

Sin embargo los trastornos pueden ser compensados más adelante de acuerdo a los estudios realizados, en cuanto a que la familia debe ser absolutamente realista y parte de bases seguras a efecto que el niño pueda desenvolverse en un ambiente socialmente normal; las funciones principales de una familia en atención a un niño con necesidades educativas especiales son las siguientes:

- ✓ Detectar la deficiencia de la aparición anómala de la persona, comenzar tratamiento terapéutico con un profesional a efecto que este pueda diagnosticar y pronosticar la recuperación del niño,
- ✓ Crear un ambiente familiar donde el niño se sienta aceptado y querido por los padres, hermanos; que comprendan las dificultades y resuelvan armónica y eficazmente los problemas del niño.,
- ✓ Colaborar con la educación de los hijos con habilidades diferentes e integrarlos en ambientes agradables como: Actividades sociales, culturales, religiosas y deportivas,

- ✓ No entorpecer nunca la labor del niño, dar asesoramiento e información amplia y actuar siempre en beneficio del niño. El congreso de Beirut (1963) dice: que “Al igual que cualquier otro niño, el niño inadaptado tiene un derecho incondicional a la vida”.

1.1 Ansiedad en Madres

Provoca malestar clínico, deterioro familiar social, y laboral en las madres de familia; puede afectar el cuidado y crianza de los hijos, además produce irritabilidad, no controlan emociones, fácilmente la impulsividad se apodera de ellas. El trastorno del sueño y la dificultad en la concentración hace que se mantienen hipervigilante hacia los hijos, la mayor parte de las madres de familia recurren a preocupaciones por diversos problemas, con frecuencia tienen miedo y sensación de que algo les pueda suceder; las causas de este trastorno es muy difícil de identificar. Sin embargo los temores y preocupaciones son muy reales e impiden muchas veces que las personas se concentren en las tareas cotidianas.

También la ansiedad además de caracterizarse como fuente de preocupación, alcanza un nivel de angustia, de desconcentración, e irrealidad imaginaria, percepción auditiva y visual distorsionada al extremo de llegar a la depresión.

1.1.1 Definición

Kimbrel (2007), establece que el trastorno de la ansiedad en un momento dado lo experimentan las personas, ya sea en sensación de aprensión o tensión en relación a situaciones estresantes. No hay nada malo en este tipo de ansiedad se trata de una reacción normal al estrés, que suele ayudar; en lugar de perjudicar al funcionamiento cotidiano. Sin embargo, algunas personas experimentan ansiedad en situaciones en las que no hay un motivo para sentir este tipo de angustia y para que este problema se dé sin ninguna justificación se le considera problema psicológico.

La ansiedad se refiere a un estado, en el que un individuo se muestre aprehensivo, tenso, incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible le pueda suceder; la ansiedad tiene componentes cognoscitivos y afectivos. Como cuando una persona está ansiosa, siente que algo terrible le va suceder y que no tiene el poder para cambiarlo, es una persona desconfiada, hipervigilante y muy alerta respecto a la posibilidad de algún peligro o amenaza que imaginariamente siente.

La ansiedad se convierte en fuente de preocupación clínica, cuando alcanza un nivel intenso que interfiere en la habilidad del funcionamiento en la vida cotidiana, en el cual la persona entra en una vida desadaptada, caracterizada con reacciones físicas y psicológicas extremas. Las experiencias intensas e irracionales e incapacitantes son la base del trastorno de la ansiedad.

Las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos de ansiedad, tan fuertes que los hacen incapaces, es desagradable y dificulta disfrutar de muchas situaciones a una persona y trata de evitar situaciones, que los hace sentir ansioso. Como resultado las personas pueden perder la oportunidad de disfrutar de ellos mismos, por ejemplo cuando tienen la oportunidad de viajar en aviones pero tienen miedo de volar, aunque el trabajo requiere de viajes aéreos, les impide la tarea más común de salir en casa y se sienten perturbadas por la naturaleza de la ansiedad.

El trastorno de ansiedad, son varios e impiden el desarrollo normal de las personas que afectan el diario vivir y corren el riesgo de presentar sentimientos de angustia, descenso de la actividad intelectual, ideas de autoeliminación, pérdidas de placer por los gustos de la vida.

1.1.2 Criterios de Diagnóstico de la Crisis de Ansiedad

Espada (2009), refiere que si se cumplen los criterios, el trastorno permanece y si no se cumplen este permanece ausente, el grado y proporción en que se dan los síntomas, determina también el cuadro clínico del diagnóstico en un sistema dimensional de casi todos los trastornos mentales. Como el trastorno de angustia se hace, cuando son más recurrentes las crisis o cuando ha pasado un mes desde el primer ataque, el individuo se siente aprehensivo y preocupado por la posibilidad de que las crisis recurran.

El diagnóstico de trastorno de angustia es poco común, además mantiene una prevalencia en las personas durante la vida que oscilan entre 1 al 2.9 % en los países del mundo; otro ejemplo similar los pacientes vistos en otras clínicas de cardiología padecen de criterios de trastornos de angustia asociados con problemas cardíacos y físicos. La mayoría de los casos de trastornos de angustia se desarrollan en personas que tienen alrededor de 20 a 30 años, en algunos casos niños y adolescentes han experimentado crisis por problemas familiares y factores ambientales.

Es diagnosticada en mujeres que experimentan un período de miedo o incomodidad intenso que presentan síntomas tales como: Elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión malestar torácico, náuseas o molestias abdominal, úlceras e Inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) despersonalización (estar separado de sí mismo), miedo o perder el control miedo de morir (parestesias), sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos o sofocación.

1.1.3 Causas

- ✓ Factores genéticos,
- ✓ Comportamiento aprendido,
- ✓ Comportamiento instintivo a los animales y fenómenos climatológicos,

- ✓ Experiencias traumáticas,
- ✓ Enfermedades crónicas.

1.1.4 Síntomas

Herrán (2006), Propone que el trastorno de angustia es variable, si no se trata cuanto antes, en algunos casos solo suceden periódicamente en meses y años entre los episodios; sin embargo es más común que esta crisis provoque problemas continuos durante muchos años. En particular las mujeres sufren síntomas que afrontan incertidumbres diarias de que puedan experimentar una crisis de angustia cuando se encuentran en una situación en la que no pueden conseguir a alguien que los ayude; los trastornos de angustia son varios e impiden el desarrollo normal que afectan la vida de las personas y corren el riesgo de presentar los siguientes síntomas:

Aerofóbicos (miedo de viajar en los aviones), sentimientos de angustia, tristeza, penas, sentimientos de culpa, ideas irracionales de autoeliminación, pérdida de placer por los gustos de la vida, falta de deseos para realizar tareas cotidianas, falta de motivación de empleo y vida familiar, descenso de la actividad intelectual, trastorno del humor asociados a inestabilidad emocional, social e impulsividad; pueden producirse trastornos asociados en la alimentación, la sexualidad y bajo o aumento de peso.

Ricciardi (2004), explica que los síntomas de ansiedad son trastornos psiquiátricos y médicos por lo general la ansiedad tiene una función muy importante con la supervivencia junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad; suele reservarse más para síntomas críticos y ansiedad para síntomas más permanentes de la crisis de angustia y no crisis de ansiedad. La ansiedad es como un estado que se refiere a un episodio agudo y auto limitado o a una situación provocada que no persiste más allá del evento generador.

(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM- V] 2004) explica que la crisis de angustia suele aparecer en el contexto de diferentes trastornos de

ansiedad. La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal del miedo o malestar de carácter intenso que se acompaña por lo menos de cuatro o más síntomas psicósomáticos cognitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza la máxima expresión con rapidez de aproximadamente diez minutos acompañándose de una sensación de peligro de muerte o de una urgente necesidad de escapar.

El tratamiento requiere de sesiones constantes, con la diferencia entre uno y otro tipo de angustia, requiere un tiempo indefinido entre inmediato a mediano plazo de seis a doce sesiones regularmente.

1.1.5 Niveles de Ansiedad

Lluch, Novel y Ortiz (2000), explican que el estado de ansiedad pueden clasificarse en niveles de intensidad: Leve, moderado, grave y de pánico; que cada uno de ellos presentan diferentes manifestaciones:

A. Ansiedad leve: Se caracteriza por un estado de alerta, la persona que la padece conserva la capacidad de afrontar y resolver los problemas, aunque presenta síntomas neurológicos que puedan provocar, insomnio, sensación de malestar y agotamiento físico.

B. Ansiedad moderada: Provoca disminución de la atención y percepción, dificultades de concentración entre otros; a nivel fisiológico presenta aumento de la frecuencia cardiaca o respiratoria temblores y estremecimientos

Síntomas físicos dermatológicos: En la percepción de los sentidos, sistema osteomuscular, circulatorio, respiratorio y digestivo.

Síntomas Psicológicos: inquietud interior, desasosiego, temor a perder el control, inseguridad, temor a la locura, trastornos de la memoria, pensamientos

preocupantes y negativos, dificultad para la acción, bloqueo en las relaciones humanas, entre otros pensamientos asertivos

C. Ansiedad grave: Se caracteriza en la incapacidad de la persona para concentrarse, sufre de trastornos psicósomáticos, de una reducida ansiedad de la realidad a nivel fisiológico padece de taquicardia, migraña, náuseas, hipertensión, asma bronquial, artritis, úlcera péptica, genitourinario, trastornos sexuales entre otros.

Según el DSM-IV (2005), la ansiedad de pánico: Se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad con incapacidad de comunicarse y las manifestaciones fisiológicas que provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico; tales como los trastornos hipocondríacos que resulta como consecuencia una ansiedad de salud mental.

La persona que está padeciendo de esta enfermedad llega a sentir síntomas, que erróneamente no existe en la realidad; también una percepción distorsionada que manifiesta una experiencia traumática debido al fallecimiento de alguna persona querida, protección excesiva por parte de los padres, educación basada en el miedo. Las causas son debidas al estrés y la ansiedad crónica, el tratamiento adecuado serán las terapias de exposición y colaboración de la familia.

1.1.6 Tipos de Ansiedad

- Agorafobia,
- Fobia,
- Trastorno obsesivo compulsivo,
- Trastorno postraumático,
- Estrés,
- Ansiedad generalizada.

1.1.7 Agorafobia

Chinchilla, Correas, Quintero y vega (2003), explican que la agorafobia es el miedo patológico a los espacios públicos y a los espacios abiertos, es un trastorno de la ansiedad que consiste en el miedo a lugares donde no se puede recibir ayuda, miedo intenso, ante la posibilidad de quedar atrapado, desamparado o avergonzado en una situación sin ayuda disponible ante una crisis fisiológica. Suelen manifestar ansiedad anticipatoria frente al estímulo fóbico desarrollan conductas evitativas, pensamientos erróneos como la idea de morir.

Los criterios de diagnóstico experimentan aislamiento en algún lugar o se sienten solos fuera de casa, en situaciones difíciles o vergonzosas; recurren a escapar, estar en una multitud de personas, se sienten impacientes, estar sobre un puente o viajar en autobús se siente también temerosos. Desarrollan estilos idiosines, preocupación por las complicaciones de la crisis o consecuencias de cambios de conducta relacionado con la crisis. Por otro lado, no siempre se hereda el mismo tipo de enfermedad, ya que un padre con trastorno de ansiedad también puede heredar un tipo bipolar llamado ciclotimia que genera ansiedad de los nietos hasta los abuelos.

- **Etiología de los trastornos:**

Gross y Gen (2004), explican que la etiología de los trastornos de ansiedad es más elevada entre gemelos univitelinos que entre gemelos vitelinos aunque los primeros tengan la misma predisposición genética pero que reflejan experiencias individuales; sugieren que ambos trastornos poseen componentes psicológicos y fisiológicos en los cuales los parientes biológicos del individuo trastornado de angustia contribuye a desarrollarse ocho veces más de probabilidad de esta enfermedad. Además las personas que desarrollan el trastorno antes de los veinte años, tienen veinte veces más posibilidades de sufrir el trastorno, que otros por tener parientes de primer grado.

Los investigadores sospechan que los constantes cambios en el cuerpo disparan sensaciones de angustia, las cuales causan enfermedades; uno de los descubrimientos

es el incremento de un químico en la sangre lo que provoca alteración de trastornos de angustia. Según la teoría de la sensibilidad las personas que sufren trastornos de angustia tienden a interpretar manifestaciones cognitivas somáticas del estrés, que tienden asfixiarse mientras que otros sienten algo extraño en el cuerpo por la falta de bióxido de carbono en la sangre.

- **Tratamiento del trastorno de angustia:**

Toro (2000), argumenta que no basta asesorar a la familia si no también considera los medicamentos en el alivio de la ansiedad, que acompañadas de técnicas de intervención de tratamiento en el proceso Psicoterapéutico cognitiva conductual, entrenamiento de respiración y relajación, técnica de contra condicionamiento, técnica de control de angustia entre otros.

1.1.8 Fobia

Botella, Baños, Perpiña (2003), consideran la fobia como el miedo irracional de pensamientos distorsionados observados en una persona, miedos irracionales intensos e incontrolables que manifiestan en determinada situación o ante algún elemento en particular; aunque lleguen a darse cuenta de que no representa para ellos una amenaza real. No existe una sola causa para explicar por qué una determinada persona padece de una u otra fobia.

No existe una relación uno a uno entre los antecedentes de un pariente y el desarrollo de un trastorno determinado por causas y factores genéticas, ambientales, experiencias traumáticas, comportamiento instintivo de animales y fenómenos climatológicos.

Pillay (2007), explica que el trastorno de pánico influye en la forma de procesamiento de información en el cerebro. Por ejemplo los individuos con trastornos de pánico tienen menores reacciones a los estímulos; (como ver un rostro atemorizado) que en lo normal produciría una fuerte reacción en que no padecen el trastorno. Se asigna a personas que experimentan ansiedad preocupación excesiva respecto a diferentes actividades

como el rendimiento laboral o excesiva tarea escolar que se prolonga más de los seis meses; la preocupación constante trae como consecuencia síntomas de ansiedad y está asociada con la inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, alteraciones del sueño e irritabilidad, facilidad de molestias entre otros. Se dividen en fobias específicas y fobias sociales.

- **Fobia específica:**

El DSM-V (2005), especifica que el símbolo de lo peor que una persona en particular le pueda pasar por ejemplo: Miedos asociados a determinados estímulos como miedo a nadar, miedo a las tormentas, arañas, culebras, payasos, a los espejos a las personas disfrazadas entre otros; la incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres aunque no en todos los casos. La fobia específica es el miedo irracional negativo constante a objetos, o a situaciones particulares, que provocan una respuesta inmediata de ansiedad que causa una alteración significativa del funcionamiento y resulta una conducta de evitación. Por ejemplo: Cuando una persona aborda un avión la ansiedad se intensifica, cuando ven una película de terror se asfixia o cuando una persona evita hacer contacto con algo, busca pretexto para no encarar el problema.

Y cuando un individuo se anticipa que hará cierta actividad, se vuelve sumamente ansioso a tal grado que experimenta miedo de angustia completa ante distintos peligros injustificados por la objetividad del peligro o cuando una persona se presenta inoportuno en el momento apropiado y cuando interfiere en la vida normal en forma innecesaria y reduce la capacidad de acción.

- **Fobia social.**

Es un tipo de miedo especial observado por los demás, actúa de manera humillante y vergonzosa, los modelos cognitivo conductual consideran que el miedo es un poco realista porque provocan en el individuo pérdida de capacidad de concentración en el desempeño; que cambia la atención de la ansiedad creciente lo que provoca errores causando temor en las tareas cotidianas.

La fobia social se presenta en niños y en adultos, es más frecuente en los niños porque han sufrido humillaciones en el medio ambiente familiar, social, traumas en el desarrollo del crecimiento, carecen de libertad que provoca la ansiedad, dado que los niños no están conscientes del miedo irracional como es el caso de hablar en público, que no pueden escapar y no tienen esa libertad de expresar la ansiedad de forma directa. El rehusar de interactuar con otros niños de la escuela, se le llama (fobia escolar) las personas que han sufrido este tipo de trastornos tienen consecuencias de separación, desadaptación, rechazo y les perjudica en la adultez; mantienen baja autoestima y subestiman los talentos de otras personas; los elementos más importantes de la fobia social se detallan a continuación:

Preocupación por llegar a ser el centro de atención de la persona, temor que a propósito de que alguien los esté mirando y observando cuando están hablando ante un grupo de amigos, se paralizan o la mente quede en blanco y son incapaces de continuar hablando.

Temor a propósito de comer o beber o usar sanitario público, dificultad para manejarse en comercios y relaciones administrativas, aversión a realizar llamadas telefónicas y realizar gestiones, dificultad para confrontarse en el trabajo o hacer reclamaciones (incluso si se tiene la razón y el derecho de hacerlo), sensación que todos lo miran y el que dirán desvalorando sus intenciones.

Temor a que las intervenciones parezcan ridículas, pobres o inadecuadas, las fiestas y reuniones son una pesadilla y el comportamiento de la persona que tiene fobia social consiste en ponerse cerca de la puerta o encargarse de discretas tareas que le permitan huir de la situación; estos miedos se desaparecen cuando la persona se encuentra solo por lo regular mantienen una baja autoestima y subestiman sus talentos reales.

- **Tratamiento del trastorno de ansiedad de fobia:**

Modelo conductual y cognoscitivo- conductual. La terapia racional emotiva (TRE), se enfoca en ayudar al cliente aprender formas más adaptativas del pensamiento, acerca

de situaciones y objetos que antes eran amenazantes, desagradables pero una vez roto el problema la mayoría de personas logran convertir los problemas en experiencias agradables. En el caso de las personas aerofóbicas aliviarlas con tranquilizantes por receta médica, disuadir o cambiar de pensamientos a los clientes de las creencias irracionales, por las racionales, al demostrar lo equivocado en que se encuentran.

Los métodos de sobre saturación, la desensibilización sistemática, técnicas encubiertas, exposición en vivo, método de exposición gradual entre otros; son técnicas que ayudaran a sustituir en gran medida los pensamientos irracionales del paciente. El terapeuta demostrará al cliente la conducta deseable, lo guiará al cambio conductual, logrando controlar al cliente de los pensamientos que le provocan ansiedad; le ayudará paulatinamente a desaparecer dichos pensamientos irracionales a través de los métodos mencionados.

1.1.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo

Clark (2007), refiere que el trastorno obsesivo compulsivo se debe a anomalías en los ganglios basales, con niveles altos de serotonina, dopamina y acetilcolina que afecta el funcionamiento de la corteza pre frontal y que trae como consecuencias trastorno de déficit de atención. La obsesión es un pensamiento que no puede olvidar una persona de la conciencia, consiste en ideas, pensamientos, impulso o imagen persistente e intrusiva; las personas con obsesiones reconocen que estas condiciones surgen dentro de los propios procesos perturbados del pensamiento tratan con desesperación de ignorar o eliminar estos pensamientos intrusivos.

Por ejemplo cuando una persona ha discutido con otra, por más que quiera olvidar y se ocupa de otras actividades el pensamiento erróneo de esa persona ofendida vuelve a recordar e impulsa esa imagen persistente por mucho tiempo; las obsesiones desarrollan pensamientos que no se eliminan y las compulsiones que son conductas repetitivas irresistibles e incontrolables.

Una compulsión está asociada con la obsesión, la persona que se obsesiona con la preocupación de haber dejado una olla sobre la estufa, es impulsado a regresar repetidas veces a la cocina para asegurarse que la estufa este apagada. Las compulsiones pueden tomar la forma de rituales mentales, como contar hasta el número quince, cada vez que se entromete un pensamiento indeseable

A. Síntomas del trastorno obsesivo compulsivo:

- ✓ Obsesiones asociadas con compulsiones de verificación: El trastorno se interfiere a la vida diaria y atrapan a la persona en un círculo de pensamiento y conductas perturbadoras que provocan ansiedad
- ✓ Obsesiones de limpieza asociadas con compulsiones a lavar: Involucran la repetición de una conducta específica como: Lavar y limpiar, contar ordenar objetos verificar o pedir seguridad
- ✓ La necesidad de simetría y ordenar objetos: consumen el tiempo, son irracionales y distraen al individuo que desea con desesperación detenerlos
- ✓ Conductas de acumulación de objetos: Cuando el cliente acumula o almacena objetos inservibles tales como: periódicos, recipientes de comida, cartas, bolsas de basura y otros; que cuando se les llama la atención que se deshagan de los determinados objetos, responden con preocupación que los objetos pueden ser necesarios posteriormente.

B. Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo:

Las técnicas de exposición y la detención del pensamiento controlan y ayudan al paciente a reducir la ansiedad obsesiva, la Prevención de respuestas en el que el profesional clínico instruye al cliente a dejar de realizar conductas compulsivas.

1.1.10 Trastorno Postraumático

Herrán (2006), explica que el tipo de trastorno de ansiedad puede ocurrir después que la persona ha observado o experimentado un hecho traumático como tragedias personales, que involucra una amenaza de lesión o de muerte; es una experiencia traumática que tiene grave efectos psicológicos y fisiológicos.

A. Causas que contribuyen en el trastorno postraumático:

El trastorno del estrés postraumático se desconoce, sin embargo las teorías demuestran que existen factores psicológicos, genéticos, físicos ambientales y sociales las causantes que intervienen en los trastornos. El trastorno del estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés; que afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores)

El estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y suele aparecer varias semanas después de lo ocurrido de los hechos de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como los asaltos, violencia, accidentes, encarcelamiento, violación de abuso sexual, terrorismo, guerra entre otros; por ejemplo, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 pudieron haber causado trastorno de estrés postraumático en algunas personas afectadas que presenciaron los desastres. No existen exámenes que puedan diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, el diagnóstico se hace sobre la base de ciertos síntomas, que estarán presentes aproximadamente por 30 días o cuando la crisis recurre desde el primer ataque.

B. Síntomas del trastorno del estrés postraumático, se clasifican en tres categorías principales:

- ✓ Reviviscencia repetitiva del hecho perturba las actividades diarias, episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez, recuerdos reiterativos, pesadillas repetitivas entre otros

- ✓ Evasión: Insensibilidad emocional o sentirse como si no le importara nada, falta de interés en las actividades normales, evita recordar lugares o actividades, sensación de tener un futuro incierto entre otros
- ✓ Excitación: Dificultad para concentrarse, sobresaltarse fácilmente, sentirse irritable o tener ataques, dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, agitación o excitabilidad mareo desmayo, dolor de cabeza.

C. Tratamiento del estrés Postraumático:

Los hechos traumáticos desencadenantes no producen los mismos efectos de una experiencia vivencial negativa como una agresión sexual que un choque de carros o una catástrofe, lo cual ocurre constante en nuestro medio; los recuerdos traumáticos pueden ser tratados mediante reconstrucción cognitiva del evento

Los tratamientos específicos basados en procedimientos cognitivo conductual puedan ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático de un trauma, pueden ser los entrenamientos de relajación, respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva y un buen sistema de apoyo social. También pueden ayudar a proteger contra este trastorno las técnicas de desensibilización y retroceso de los movimientos de los ojos, que facilita los recuerdos traumáticos mediante la reconstrucción cognitiva del evento asociada a la inducción del paciente.

La exposición controlada y progresiva a situaciones temidas normalmente la imaginación en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos pero después permite al paciente tener una experiencia correcta en ausencia de la consecuencia aversivas.

Las personas con trastorno de estrés postraumático también pueden tener problemas con el consumo de drogas, problemas de salud, la mayoría de estos debe de ensayarse con la terapia de desensibilización y los antidepresivos, como los inhibidores selectivos

de la recaptación de la serotonina (ISRS), los ansiolíticos y somníferos pueden ser efectivos para tratar el estrés traumático;

1.1.11 Estrés

Friborg et. Al (2007), explican que el estrés Proviene del latín, *astringere*, que significa apretar u oprimir. El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que le hace sentir a una persona frustrado(a), furioso o ansioso; es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. Es una sensación normal que en bajas dosis puede ayudar y no afecta a todo mundo, de la misma manera muchas personas sienten los siguientes síntomas que a continuación se detallan:

A. Síntomas del estrés:

Según los teóricos manifiestan que las personas que sufren de estrés experimentan dolor abdominal, dolores de cabeza, tensión muscular, dificultad para concentrarse, sentirse cansado, la mayoría de veces pierden la cordura. Con mayor frecuencia, tienen problemas sexuales, ocasiona pesadillas y problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido, aumento y disminución de peso, tensión de la mente entre otros.

Entre las características del estrés presentan frecuencia cardíaca más rápida de lo normal, latidos cardíacos saltones, respiración rápida entre cortada, sudoración, temblores, mareos, heces sueltas, necesidad frecuente de orinar, boca seca, problemas para degluir, comer rápido, dificultad para respirar, sensación de náuseas, dilatación de las pupilas, sudoración excesiva, aumento de la presión arterial y entre otros.

B. Causas del estrés:

Empezar en un nuevo trabajo o colegio, mudarse a una nueva casa, casarse, problemas con el conyugue, estar embarazada, romper con alguien por sentimientos de pasión y tristeza, por enfermedad, fármacos mal administrados, consumo de drogas y entre otros.

C. Tratamiento del estrés:

Desde el enfoque biomédico y técnicas cognitivas conductuales combinado, dará mejor resultado al tratamiento del paciente; desde el punto de vista médico. Para el estrés en la prescripción de tranquilizantes o ansiolíticos especialmente las benzodiazepinas y para una mejor sustitución de este mal es ingerir o administrar multivitaminas y minerales que inciden directamente en las respuestas fisiológicas y neurológicas del paciente.

La Psicoterapia es un tratamiento por el cual un profesional capacitado “Psicoterapeuta” emplea técnicas psicológicas para ayudar a la persona a superar las dificultades y resolver problemas cotidianos, generando un crecimiento personal agradable; la meta de la Psicoterapia es producir un cambio en la persona llamada cliente o paciente mediante conversaciones e interacciones con el terapeuta. Las técnicas cognitivo-conductual como las técnicas de autocontrol, la inoculación al estrés, la desensibilización encubierta, entre otros.

1.1.12 Ansiedad Generalizada

Krauss, Susan y Halgin (2004), afirman que es generada por el estrés, se manifiesta con mayor incidencia en mujeres con baja preparación académica, el rendimiento es deficiente puesto que las personas presentan diversas preocupaciones poco realistas que se extienden a varias esferas de la vida; se desencadena por varios factores negativos tales como el bajo status de empleo que no favorece un buen ingreso económico por concebir matrimonio antes de tiempo. Pueden ser causas de trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación es muy visible y fácilmente la persona entra en un cuadro preocupante y depresivo es considerado como un círculo vicioso que se alimenta de sí mismo y es más común en mujeres de 55 a 60 años.

Las personas corren el riesgo de presentar mayor vulnerabilidad, de sufrir trastorno de ansiedad provocados por los factores neuroquímicos y neuroendocrinos que hacen la función de neurotransmisores como la adrenalina, dopamina, serotonina entre otros;

que generan anomalías biológicas. Algunos criterios de la ansiedad generalizada se asignan a personas que experimentan ansiedad y mucha preocupación respecto a diferentes actividades la persona se mortifica conforme las cosas continúan saliendo mal, son menos eficientes en las tareas diarias.

A. Síntomas:

Depresión, alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, facilidad para fatigarse, irritabilidad, incapacidad para controlar sus sentimientos, falta de confianza.

B. Tratamiento:

Terapia cognitivo conductual, ejercicios de relajación y respiración, También existen curas adecuadas en base a plantas medicinales, baños de inmersión aceites entre otros que sirven como relajantes y reductivos al estrés que a continuación se detallan.

- **Aromaterapia:**

Es una técnica oriental muy antigua, cuyo efecto es relajar a la persona, que consiste en utilizar aceites de hierbas y otras plantas aromáticas que aplicadas en el cuerpo, logran la relajación del cuerpo.

La aromaterapia forma parte de muchos de los tratamientos de masajes relajantes y reductivos que últimamente se ofrecen, las esencias aromáticas sirven para diferentes problemas tensionales, emocionales, migrañas, tensión premenstrual, dolor muscular, trastornos cutáneos, fatiga, insomnio y estrés entre otros.

Esta técnica, basa la eficacia en dos mecanismos básicos: El sentido del olfato, la capacidad absorbente de la piel y el baño de inmersión caliente; los terapeutas afirman que la inhalación de determinadas fragancias hace que el cerebro libere productos químicos que combaten el estrés y la fatiga. También creen que algunos aceites ejercen un efecto medicinal tras ser absorbidos por la piel y que el baño de inmersión con gotas de aceite ocasiona somnolencia que produce un estimulante tonificador.

- **Abrazo terapia:**

Parece increíble todo lo que puede curar, compensar, mejorar y prevenir un simple y amoroso abrazo, está comprobado que el contacto físico, mucho más allá del contenido sexual, tiene poderes curativos y amplía el bienestar emocional. Cuando se toca y se abraza con espíritu solidario y alegre, lleva vida a los sentidos y reafirma la confianza en los propios sentimientos de los demás.

También es una forma de expresar lo que se siente más allá de las palabras es el idioma universal de los abrazos, no solo se debe utilizar el lenguaje si no también la sabiduría intuitiva; sin palabras y escuchar con el corazón se percibe el significado más profundo del misterio al que se lleva amor.

Los abrazos, además de hacer sentir bien, se emplean para aliviar el dolor, la depresión y la ansiedad, provocan alteraciones fisiológicas positivas en quien toca y en quien es tocado; acrecienta la voluntad de vivir a los enfermos.

- **Musicoterapia:**

La música influye sobre el ritmo respiratorio, la presión arterial, las contracciones estomacales, y los niveles hormonales; los ritmos cardiacos se aceleran o se ponen más lentos de tal modo que se sincronizan con los ritmos musicales. También se sabe que la música puede alterar los ritmos eléctricos del cerebro como bocinas, los ruidos del martillo, gotas de lluvia o niños riendo o una orquesta sinfónica; la terapia musical sostiene que lo que se escucha puede afectar la salud positiva o negativa pero que el sonido puede ser un gran sanador.

Los terapeutas musicales utilizan el sonido para ayudar con una amplia variedad de problemas médicos, que van desde la enfermedad de Alzheimer hasta el dolor de muelas. Los doctores en medicina conocen acerca del poder del sonido y un profesional de salud mental debe atender al individuo de hecho los profesionales han reconocido las perturbaciones de estas familias y han escrito obras en donde manifiestan a las

personas perturbadas, que no se encuentran solos; los problemas a que se aquejan son similares en millones de personas los cuales tienen solución.

1.2 Niños con Necesidades Educativas Especiales

(Consejo Nacional para la atención de las personas con discapacidad [CONADI] 2008), refiere que las personas con necesidades educativas especiales son los que padecen de deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales que al interactuar con diversas personas pueden impedir la participación plena y efectiva de la comunicación en la sociedad. También las necesidades educativas especiales no están siempre relacionadas con una dificultad de aprendizaje porque el alumno capta y aprende demasiado rápido, como es el caso de los niños superdotados.

1.2.1 Definición

Gil (2007), afirma que la educación especial es un proceso integral flexible y dinámico; la aplicación es personalizada en una atención individualizada al paciente. Que comprende diferentes niveles, modalidades y grados del sistema de enseñanza; se consideran obligatorios y gratuitos encaminados a conseguir la integración social del minusválido.

La Integración escolar del niño con necesidades educativas especiales en el proceso de enseñanza aprendizaje debe ser involucradas (os) entre los estudiantes regulares; sin problemas los cuales asistirán a las escuelas públicas o privadas y adaptarlos al salón de clases o a un nivel adecuado de acuerdo a las edades sin distinción de sexo, religión raza y color donde todos deberán recibir los apoyos psicopedagógicos.

Adecuaciones curriculares (2011), refiere que cuando un alumno con necesidades educativas especiales presenta mayores dificultades en el proceso enseñanza aprendizaje en el área curricular es el encargado de evaluar a la persona en base a los contenidos, áreas, indicadores de logro adaptado a las necesidades educativas

especiales de acuerdo al grado, sexo y edad: que por causas internas de dificultades o carencias en el entorno socio-familiar o por una historia de aprendizaje desajustado por el alumno. Las competencias no pueden sufrir cambios ya que estas constituyen grandes propósitos al niño e incentivando al grado inmediato superior.

En la actualidad las tendencias internacionales hablan de un concepto más amplio en cuanto a la educación inclusiva, el cual se refiere al conjunto de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todos los niños y niñas sin discriminación. Es importante señalar que en el ámbito educativo los padres promuevan que los hijos con habilidades diferentes reciban una educación, de acuerdo a las necesidades educativas especiales; esta educación puede darse en un centro de educación especial bien en el sistema de educación regular a través de la integración escolar.

Barbaranne (2006), refiere que la relación de la madre con el hijo de necesidades educativas especiales es de vital importancia. Las relaciones de padres e hijos es la base de la crianza e indispensable para el niño (a) con habilidades diferentes y es proporcionada por los padres, quienes tienen la necesidad y obligación de amar y proteger a los hijos

Para que los padres puedan ayudar a los hijos deben sacrificarse a efecto que los programas cumplan con el tratamiento de rehabilitación para que esto sea más efectivo. Los bebés pasan por un largo período infantil en el que se desarrollan y aprenden durante la infancia, lo que depende de los adultos, que los niños y niñas puedan superar algunas limitaciones de frustración de acuerdo a la dificultad que presentan.

1.2.2 Educación de los Niños con Capacidades Diferentes

(La individual Withdisabilities education act IDEA1997), refiere que cada niño debe diseñarse un programa individualizado con la participación de los padres. Los niños deben ser educados “en un ambiente menos restrictiva” Apropiado para las necesidades e incluidos en los programas de inclusión con capacidades diferentes y resume cuatro aspectos:

- ✓ Leyes que norman la educación especial,
- ✓ Aceptación de la diferencia en todas las manifestaciones, con disminución de los prejuicios sociales,
- ✓ Atención a las personas “minusválidos” por equipos multiprofesionales,
- ✓ Educación pública gratuita y apropiada para todos los niños con habilidades diferentes que les da el derecho a tener una vida normal, tener experiencias que favorezcan el desarrollo de una personalidad propia, a formar parte de una sociedad que le proporcione una forma de empleo, a una protección económica por parte del estado.

Narvarte (2007), explica que la diversidad y las necesidades educativas especiales en niños tienen un punto de partida distinto y diferentes metas de llegada en el contexto educativo; porque el niño con perturbaciones requiere de una adecuada asistencia personalizada puesto que con ellos se emplean métodos y estrategias diversas para una integración escolar apropiada. Como manifiesta la lectora en el concepto “Construir la escuela desde la diversidad y para la igualdad”

El mayor problema en las escuelas es como detectar las necesidades especiales del niño en el contexto áulico ¿dónde, cómo, y cuándo? se trataran los diagnósticos; en los casos de discapacidad cognitiva, psíquica a veces es tardía y compleja en detectar. Mientras que las discapacidades que generan dificultades de aprendizaje son más visibles en el aula como: Las discapacidades físicas, sensoriales y de aprendizaje

1.2.3 Tipos de Discapacidad

- Intelectual
- Síndrome De Down
- Problemas de aprendizaje
- Problema de lenguaje
- Visual
- Auditiva
- Física

1.2.4 Discapacidad Intelectual

Alonso y Gallego (2003), explican que mediante un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media con limitaciones de discapacidad intelectual, se manifiesta por una falta de sincronía, retraso o dificultad según la edad, para adquirir determinadas conductas básicas como: expresión y comprensión verbal, desarrollo físico y motor (autonomía motriz); determinados comportamientos sociales (lenguaje y hábitos sociales), (autonomía personal), control de esfínteres, alimentación, aseo personal, vestido, entre otras.

Gómez (2002), manifiesta que es una de las causas más frecuentes del fracaso escolar porque existe una alteración en el sistema nervioso central y existen diferentes niveles y áreas en la discapacidad intelectual

Discapacidad intelectual leve: El cociente intelectual oscila entre 50 a 70 % en el lenguaje oral, lo adquieren más tarde que el resto de los niños; pero consiguen la capacidad de expresarse y de mantener una conversación. Logran una adecuada autonomía personal en la locomoción, independencia, alimentación, aseo personal y el control de esfínteres, En las actividades escolares suelen presentar problemas y dificultades de aprendizaje, la adaptación a la vida social y laboral suelen presentar dificultades emocionales sociales y laborales

Discapacidad intelectual moderado: El cociente intelectual oscila entre 40 a 55 % en el lenguaje oral, manifiestan una capacidad limitada para el uso del lenguaje expresivo y comprensivo, aprenden a hablar tardíamente y con notables dificultades. En la autonomía personal tienen limitaciones para lograr pautas de cuidado personal aseo, vestido y alimentación; en las actividades escolares necesitan adaptaciones muy significativas de los programas escolares, precisan ayuda y supervisión constante.

Discapacidad intelectual grave: el cociente intelectual oscila entre 25–40 %, en el lenguaje oral tienen graves dificultades para el uso el lenguaje comprensivo y expresivo, emplean un lenguaje muy limitado. En el área de autonomía personal, no consiguen autonomía en locomoción, independencia de movimientos, comida, aseo personal ni vestido; las actividades escolares suelen presentar graves limitaciones en el aprendizaje por lo que es recomendable que reciban educación especial. En la adaptación a la vida social y laboral en la edad adulta, logran una reducida autonomía.

Intelectual Profunda: el cociente intelectual es inferior a 20-25 % el lenguaje oral está limitado al empleo de formas simples de comunicación no verbal y tienen dificultades para comprender órdenes sencillas. En el área de autonomía personal presentan dificultades motoras graves que les impiden la autonomía personal mínima, en todos los casos necesitan cuidados y atención en las actividades escolares debido a las graves limitaciones y en todos los casos necesitan cuidados y atención a lo largo de toda la vida.

Kasdin (1995), define que los trastornos graves de la conducta es un patrón de comportamiento persistente a lo largo del tiempo, que afecta los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de quienes la padecen e implica la presencia de conductas inadecuadas; dificulta el funcionamiento diario de la persona en el ámbito familiar, escolar y social. Llegan a ser vistos con frecuencia como inmanejables por las personas que los rodean.

Los trastornos graves de la conducta y del comportamiento, se han convertido en situaciones más preocupantes para los padres de los niños que presentan cuadros conductuales graves que necesitan de atención apoyo médico y psicopedagógico; como los trastornos de déficit de atención con hiperactividad, alteraciones conductuales secundarios entre otros.

- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA):**

(Asociación Americana de Psiquiatría [APA] 2005), explica que las manifestaciones del TDAH en la población en niños y adolescentes es casi el 15 % de la población con patrón de comportamiento inadaptado de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia; cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivo–conductual, falta de atención, hiperactividad e impulsividad. EL DSM-IV (2005), refiere que no se conoce la causa exacta del porque algunas personas desarrollan el (TDAH), según el diagnóstico de salud mental insinuó que existe un córtex cerebral pre frontal que controla la atención, el comportamiento y el juicio; aunque en la actualidad existen factores genéticos, ambientales entre otros que causan estos problemas

A. Causas de los Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDHA):

- **Factores ambientales,**

- La Familia,
- La escuela,
- La religión,

- **Factores prenatales y perinatales:**

Enfermedades de transmisión sexual de la madre (Sífilis, gonorrea, virus del VIH),

Exposición intrauterina al plomo y cinc,

Enfermedades crónicas diabetes, cáncer entre otros,

Consumo de droga,

Infección del sistema nervioso central, reducción de flujo sanguíneo,

Traumatismo craneoencefálico,

Mal formaciones congénitas,

Parálisis cerebral.

- **Factores posnatales:**

Bajo peso al nacer,

Falta de oxígeno al nacer (hipoxia),

Desnutrición, Afecciones cráneo cefálicas entre otros.

B. Síntomas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad(TDAH):

Dificultad para organizar establecer tareas y planes durante un periodo de tiempo,

Poca atención a los detalles,

Tendencias a perder objetos,

Se distrae fácilmente, dificultad para mantener la atención,

Evita actividades que requieren esfuerzo mental.

C. Tratamiento Psicopedagógico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH):

Debe realizarse de manera individualizada, teniendo en cuenta al paciente y familia, el objeto de este tratamiento es mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la disminución de síntomas y complicaciones. Proporcionar terapia conductual que aumenta la autoestima, porque genera positivamente la atención, estímulo y respuesta, recompensa privilegios con el fin de animar al niño a comportarse bien; cuando el comportamiento no es deseado se aplica castigo. Se reduce la atención al niño y este aprende gradualmente que un buen comportamiento reduce el conflicto y hace la vida mucho más agradable.

1.2.5 Síndrome de Down

Bittles et. Al (2007), manifiesta que el termino Trisomía, es utilizado para describir tres cromosomas en lugar, al par usual de cromosomas que las personas normales tienen, es decir que el síndrome de Down es un trastorno que implica una combinación de defectos congénitos con cierto grado de retardo mental, el aspecto físico es una de las

características; los defectos cardiacos, la deficiencia visual y auditiva presentan serios problemas de salud. El síndrome de Down es uno de los defectos genéticos congénitos más comunes y afecta aproximadamente a de 800 a 1000 niños.

Roizen y Patterson (2003), explican que normalmente en la reproducción, del ovulo y el espermatozoide empiezan a tener usualmente 46 cromosomas; que sufren una pequeña división celular donde los 46 cromosomas se dividen en dos partes iguales, es decir en 23 cromosomas cada uno. Cuando el espermatozoide posee 23 cromosomas y el ovulo también posee lo mismo, el niño normal poseerá los 46 cromosomas, obtenidos, la mitad es del padre y mitad de la madre.

A. Causas más frecuentes en Síndrome de Down:

La Fundación Carol (2008), refiere que no existe tratamiento para el síndrome de DOWN salvo a la integración a la educación; sin embargo la guía práctica clínica en niños y adolescentes del ministerio de salud refiere que cuando mayor sea la madre, mayor es el riesgo de obtener un hijo Down, los trastornos heterogéneos obedece a un patrón hereditario desequilibrado de neurotransmisores

Cuando un niño hereda un cromosoma extra en el par número 21, teniendo un total de 47, provoca deficiencias de retardo mental, físicas cognitivas; cuando existe aumento de abuso sexual en las mujeres con síndrome de Down, por lo general pueden quedar embarazadas y existe un aumento de riesgo de tener hijos con síndrome de Down y otros tipos de maltrato en hombres y mujeres.

Características del síndrome de Down: Aproximadamente la mitad de los niños que nacen con síndrome de Down tienen problemas visuales o auditivos, las deficiencias auditivas puede obedecer a la acumulación de líquido en el oído interno o a la existencia de problemas estructurales en el oído entre otros.

Los problemas visuales incluyen la ambliopía (ojo vago), la miopía o la hipermetropía, cataratas; así también los niños presentan cuadros con distintas anomalías que

abarcen varios órganos y sistemas; en los hombres corren el riesgo de infertilidad, el síndrome de Down afecta a las capacidades cognitivas de los niños y niñas. Presentan retraso mental con diferentes grados en el cociente intelectual, de todos modos los niños con síndrome de Down pueden aprender y aprenden y son capaces de desarrollar muchas habilidades y destrezas.

B. Tratamiento del síndrome de Down

Es preciso llevar regularmente a los niños con síndrome de Down al audiólogo y al oftalmólogo a revisiones periódicas para poder detectar y corregir cualquier problema antes que afecte las habilidades lingüísticas de aprendizaje. La formación conductual puede ayudar a las personas con síndrome de Dow a hacer frente a la frustración, el enojo y el comportamiento compulsivo y suele presentarse rutinariamente.

Los padres y cuidadores deben aprender a ayudar a la persona con síndrome de Down, afrontar la frustración y al mismo tiempo a estimular la independencia. En la mayoría de las comunidades desconocen un programa para rehabilitar al niño Down. Sin embargo en otras ciudades se ofrece educación y capacitación especial a los padres para que ayuden a los niños con retraso en el desarrollo mental. La logopedia puede ayudar a mejorar las destrezas lingüísticas, como la fisioterapia de enseñar destrezas de motricidad fina y gruesa; la terapia ocupacional puede ayudar a enseñar la realización de los alimentos, oficios y otras tareas e incluir a los niños en las escuelas regulares de educación especial.

1.2.6 Problemas de Aprendizaje

La Política y Normativa de Acceso a la Educación para la Población con Necesidades Educativas Especiales (2003), afirma que los problemas de aprendizaje son un trastorno que afecta la capacidad para comprender lo que ve, oye y articula o para conectar información con las distintas partes del cerebro; una dificultad de aprendizaje no implica necesariamente falta de inteligencia si no también pueden intervenir factores ambientales que limitan en la enseñanza aprendizaje, estas limitaciones pueden

manifestarse de distintas maneras, como: problemas en el lenguaje oral o escrito, coordinación e interpretación, autocontrol o atención y entre otros.

García y Arce (2003), establecen que las personas con problemas de aprendizaje son una discapacidad muchas veces difícil de identificar a simple vista, las personas con este problema o tienen discapacidades evidentes y la mayoría se comporta como el resto de la población (en actitudes, conductas, del desarrollo). El problema se hace más evidente cuando ingresan a la escuela la dificultad muchas veces no comprendida, ni por los padres ni por los maestros; y los niños de no recibir tratamiento adecuado, pueden verse sometidos a los siguientes problemas.

Retraso en la formación personal, la carencia de leer y escribir los hace incapaces de funcionar normalmente entre la cultura a la que pertenece, no puede obtener la posesión de un título que le permita el ejercicio de una profesión. La inadaptación del niño al no poder integrarse a los grupos en los que se desenvuelve los sentimientos de frustración los hace sentirse incapaz de alcanzar a los compañeros en el rendimiento escolar y falta de independencia al llegar a cierta edad.

La Política normativa especifican otras dificultades académicas que tienen relación con los grafismos, tales como: los problemas de desorganización espacial y temporal, la dislexia, la disortografía, la discalculia entre otros, es decir se evidencian desde que el alumno inicia el proceso de enseñanza de la escritura que presentan dificultades al escribir; la técnica de la enseñanza de la escritura señala tres caracteres fundamentales.

- ✓ Físico: Aspecto puramente mecánico en donde intervienen más de 500 músculos del cuerpo,
- ✓ Psicofisiológico: Relaciona y conecta el trabajo exterior, el material y físico de la escritura con el que realiza la mente para controlarla,

- ✓ Psicológico: Implica el poder ordenar las ideas y construir el lenguaje necesario para transmitirlos Y se clasifican del grafismo: Digrafía motriz, agrafia y di ortografía.

A. Causas de los problemas de aprendizaje:

- ✓ Las disfunciones neurobiológicas han sido consideradas como causas biológicas significativas de las inhabilidades para aprender,
- ✓ Dificultad del sistema nervioso que afecta la captación, elaboración y comunicación de la información,
- ✓ Por factores genéticos de los cromosomas recesivos en deseabilidades de la lectura,
- ✓ Por madres y padres mayores de edad,
- ✓ Factores prenatales, perinatales y posnatales congénitas,
- ✓ Los de orden psicógeno o trastornos emocionales tales como las complicaciones del nacimiento en prematuros, el uso continuo del alcohol el cigarrillo por parte de la madre; exposición ante altos niveles de plomo de zinc, privación de oxígeno, disponibilidad inadecuada del neurotransmisor, traumas por accidentes son causantes del déficit de atención con hiperactividad.

B. Síntomas de los problemas de aprendizaje:

Rowland (2002), refiere que la falta de atención persistente, en la distracción e impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y una actividad excesiva en el momento y lugar equivocados como en el salón de clases. Barkley (1998), refiere que hay más probabilidad de diagnosticar el déficit de atención en niños que en las niñas.

El trastorno de (TDAH), tiene dos síntomas: algunos niños no atienden pero no son hiperactivos mientras que los otros son lo contrario sin embargo el 85 % presentan conductas iguales, los síntomas tienden a disminuir conforme la edad; el TDHA a menudo persiste en la edad de la niñez y adolescencia. Si esta no se atiende en un tiempo determinado da lugar a lesiones excesivas, problemas académicos, conducta antisocial, abuso de drogas y ansiedad.

Existe hiperactividad en el niño cuando este presenta una actividad demasiado aumentada, también son los alumnos que no pueden permanecer sentados por más de 5 minutos en una misma actividad, se distraen fácilmente, se suben a todos los muebles de la clase, corren, presentan inquietud y por lo general el resto de la clase desvía la atención. Sin embargo la creencia de los niños con TDAH que han sufrido daño cerebral, ha sido desacreditada por los estudios de imagen en otología cerebral. La investigación no ha podido corroborar algún vínculo entre el TDAH y los aditivos alimenticios como los colores, sabores artificiales y el sustituto del azúcar.

- **Dificultades en el aprendizaje:**

La Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica de Educación y Discapacidad (2006), plantea otras dificultades de trastorno en el aprendizaje escolar en las áreas de lectura o escritura y cálculo matemático; específicamente la dislexia se refiere a los problemas que se pueden presentar en la escritura, cuando el alumno omite, cambia, e inserta letras sustituye unas por otras, comete errores en la separación y unión de palabras tiene problemas en la digrafía, agrafía, ortografía entre otros. Cuando lee sin pausa alguna, engloba síntomas de inmadurez neurológica y factores emocionales, así como incapacidad o disminución de la potencialidad para la lecto-escritura, algunos de los errores usuales son sustitución, omisión, disminución, alteración (SODA)

Ongallo, Prieto, Rueda, Angulo, Fernández, García y Jiménez (2007), explican que el déficit de atención. y/o comportamiento asociado a las dificultades de aprendizaje, consiste en la falta de atención a las tareas, la cual limita seriamente las posibilidades de aprender correctamente puede ser con o sin hiperactividad y tienen serios problemas.

Por ejemplo los problemas de desorganización espacial, temporal y de lateralidad se caracterizan por la dificultad que tienen algunos alumnos para manejar los conceptos básicos tales como: el tiempo y el espacio, cuando se les dificulta decir qué está arriba y abajo o qué pasó antes y después; estas manifestaciones encierra una serie de trastornos globalizados que genera la dislexia.

De las dificultades de aprendizaje de lectura, expresión escrita y cálculo matemático, siendo este inferior a lo esperado, con relación a la edad. Interfieren significativamente en el rendimiento académico o en las actividades de la vida cotidiana que requieren de la lectura o escritura y cálculo matemático

De la discalculia es la dificultad de interpretar o traducir los símbolos aritméticos, no se comprende la relación entre secuencias y conceptos, no puede operar no aprende las tablas y los símbolos numéricos; se cometen errores usuales en la aritmética tales como: Falta de concepto numérico, incapacidad de realizar cálculos mentales y dificultad para manejar unidades, decenas, centenas. Las dificultades para establecer las operaciones en los problemas aritméticos, para comprender relaciones numéricas, para encontrar el número que tiene más o menos, el número que viene después o antes de otro, disponer los números en orden ascendente o descendente, operar en orden inverso, incapacidad de realizar cálculos mentales y para reagrupar o compensar ordenes en la suma y en la resta.

• Superdotación:

(Manual de atención a las necesidades educativas especiales en el aula [MANEE] 2007), expresa que la superdotación se da en personas con una inteligencia significativamente superior a lo normal, cuyo cociente intelectual se ubica arriba de los 130 puntos. La superdotación no es una discapacidad pero, puede afectar la adaptación del niño a la escuela, ya que al aprender rápidamente, necesita de un currículo enriquecedor que les permita obtener más información de la que adquieren los compañeros. Las personas superdotadas también son llamadas: excepcionales, talentosos o brillantes.

Además pueden demostrar la capacidad en una o en varias áreas: capacidad intelectual general, aptitud académica específica, pensamiento creativo o productivo, capacidad de liderazgo, artes y capacidad motriz; los niños talentosos tienen una habilidad excepcional para destacar en un campo concreto del saber, del deporte o del arte, matemáticas, danza, música, fútbol entre otros.

Entre las causas principales de la superdotación se relacionan con la herencia o transmisión de genes, pero también influye el ambiente social y emocional en el que se desenvuelve un niño para demostrar las capacidades excepcionales.

1.2.7 Problemas de Lenguaje

Gallego y gallego (2002), manifiesta que los problemas de lenguaje se caracterizan por la dificultad para adquirir y usar el lenguaje hablado, escrito o leído. En los niños suelen ser debidos a problemas congénitos o infecciones, en otros casos el lenguaje madura más tarde en algunos niños produciéndose un retraso en el lenguaje; en otras ocasiones niños que son sometidos a abusos o maltrato desarrollan problemas de lenguaje.

Un entorno familiar armonioso, sin estrés favorece un desarrollo normal del lenguaje; mientras que en los adultos suelen deberse a condiciones cerebrales como las embolias cerebrales, hemorragias cerebrales, tumores cerebrales entre otros.

Gisbert (2004), opina que los trastornos del lenguaje son “cualquier alteración de la voz, de la palabra y del lenguaje” que por la importancia, requiere rehabilitación específica (logopedia) en un centro audio-foniatrico o centro de educación especial; en algunos casos las partes del lenguaje maduran más tarde reproduciéndose un retraso.

A. Causas de problemas de lenguaje:

Los niños que tienen algún grado de deficiencia auditiva, a veces debido a defectos congénitos o infecciones crónicas en el oído medio, no pueden oír lo suficiente para adquirir las palabras y sonidos de la lengua; en algunos casos las partes responsables del lenguaje maduran más tarde produciéndose un retraso en el lenguaje. En los adultos, los problemas del lenguaje aparecen cuando ocurre un daño cerebral a consecuencia de un trauma cerebral o enfermedad.

B. Síntomas de los problemas del lenguaje:

- ✓ Dificultad para hablar y comprender el lenguaje hablado,
- ✓ Gramática pobre y vocabulario limitado,
- ✓ Dificultad en leer y escribir,
- ✓ Emisión de ruidos.

Treffert y Wallace (2002), manifiesta que las capacidades eruditas no se desarrollan mediante el aprendizaje de memoria o práctica, reafirma que las capacidades eruditas surgen espontáneamente; incluso los eruditos con capacidades lingüísticas no pueden explicar las propias valentías y hazañas que practican. Parece ser que conocen patrones implícitos y relaciones que escapan a otros. Además el daño de ciertas partes del cerebro los ha llevado a un exceso de desarrollo compensatorio de otras partes del cerebro. Según los teóricos cuando el daño se ha efectuado en el hemisferio izquierdo, esta se desencadena hacia el hemisferio derecho para el buen funcionamiento compensatorio.

Bonnel et. Al (2003), describe algunos casos de eruditos asombrosos autistas son individuos con deficiencias intelectuales que manifiestan capacidades cognitivas o artísticas asombrosas y específicas alrededor del uno por ciento. Al presentar las capacidades eruditas estas pueden tomar muchas formas como prodigios de memoria, es decir el día de la semana de cualquier fecha futura o pasada, identificar números primos, dibujar y tocar instrumentos musicales.

Las capacidades de erudición puede ser el fenómeno más misterioso de todos en la neurociencia, de algunos casos de eruditos asombrosos Zoghbi (2003), explica que el autismo está desencadenado por varios genes que interactúan con el ambiente, aunque esta alta correlación demuestra que el autismo tiene una base genética aunque por otro lado indica que no es totalmente genético y si lo fuera la tasa de concordancia sería el 100 % en individuos con genes idénticos.

Machado y Muller (2003), refieren que el daño cerebral se ha observado más en el cerebelo y partes relacionado con el encéfalo, pero generalmente tiende a estar extendido por todo el encéfalo.

Bruzzo, halperin y Lanci (2010), describen como integrar necesidades educativas especiales e inclusión escolar, reconociendo las capacidades y las necesidades de los niños con habilidades diferentes, implica educar a los niños con algún tipo de impedimento, según las habilidades y capacidades de desarrollo que presentan por completo; el potencial y la propia autonomía educativa refiere las necesidades especiales relacionadas con la comunicación.

Gil y E. (2007), enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales refieren que las teorías Psicoeducativas en alumnos con graves alteraciones en la comunicación, como los trastornos autista y psicóticos han ido evolucionando paulatinamente, acorde con las corrientes psicopedagógicas. En la actualidad existen diferentes modelos de intervención de tratamiento dependiendo los tipos de trastornos de las cuales hay, individual y en grupo para intervención de los niños con trastornos profundos del desarrollo del lenguaje.

En la perspectiva psicoanalítica se presenta una causa primaria del trastorno como una alteración emocional, en que el autismo es una forma de adaptación al entorno más inmediato a la persona; que no son más que factores ambientales los que provocan el trastorno y que sobre estos trastornos es necesario actuar con el fin de reconstruir los posibles daños emocionales.

El fracaso de los tratamientos psicoanalíticos y la falta de colaboración de los padres es otra de las causas que provoca delimitaciones en la intervención psicoeducativa que origina problemas en el niño tales como: alteraciones sensoriales y perceptivas, problemas conductuales e incapacidad de analizar situaciones objetivas racionales y socialmente alteraciones comunicativas

De los modelos de intervención y/o técnicas de modificación de conducta a través de programas estructurados dio conocer que el niño autista puede ser enseñado y adaptado a la adquisición de habilidades específicas de la sistematización a la enseñanza; a efecto de obtener habilidades en el lenguaje y el tratamiento de problemas conductuales que interfieren en el proceso enseñanza aprendizaje

1.2.8 Discapacidad Visual

Portillo Y Larumbe (2004), explican que las deficiencias visuales, son los trastornos de las funciones visuales que provocan dificultades en el proceso de percepción de los objetos del mundo circundante; además puede atribuirse a malformaciones y mal funcionamiento del ojo. La mayoría de los casos de discapacidad visual observados en niños de edad escolar son consecuencias de hechos ocurridos antes, durante o después del nacimiento que generan grave baja visión.

A. Causas de la discapacidad visual:

Por enfermedades de la madre durante el embarazo, accidentes, defectos de refracción, meningitis o daño cerebral severo, infecciones severas, factores hereditarios, puede originar de una lesión del nervio óptico, falta de vitamina A, por enfermedades transmisibles y puede atribuirse a malformaciones y mal funcionamiento del ojo de las cuales puede originar cataratas, retinosis pigmentaria, toxoplasmosis, retinopatía, retinoblastoma, atrofia del nervio óptico albinismo, estrabismo entre otros.

B. Tipos de discapacidad visual:

- ✓ Ceguera: Carencia o sólo percepción de luz, imposibilidad de realizar tareas visuales,
- ✓ Discapacidad visual moderada posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas especiales e iluminación adecuada, similares a las que utilizan las personas de visión normal,

- ✓ Discapacidad visual profunda: Dificultad para realizar tareas visuales gruesas. Imposibilidad de realizar tareas que requieren visión de detalle,
- ✓ Discapacidad visual severa: Imposibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, modificaciones, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas personales entre otros.

C. Rehabilitación:

La unión latinoamericana de ciegos (2010), acordaron que la rehabilitación de las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial e intelectual psíquico y social; de manera que cuenten con medios para modificar la propia vida y ser más independientes.

La rehabilitación se centra en las actitudes del niño como sujeto autor o protagonista del propio proceso, los profesionales multidisciplinarios y los programas en educación son medios por el cual darán una atención adecuada para la rehabilitación integral al niño ante las desventajas de toda naturaleza y o limitaciones para el desempeño de los roles que les toca afrontar.

1.2.9 Discapacidad Auditiva

Gascon y Asensio (2004), definen la discapacidad auditiva como la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis). Es el impedimento estructural o funcional del órgano del sentido del oído que impide el desarrollo del pensamiento, el crecimiento interno, la posibilidad del desarrollo social afectivo e intelectualidad; e impide codificar y decodificar la realidad que lo circunda, con la consecuencia de no poder articular palabras básicas. Una persona incapaz para escuchar puede ser consecuencias de algún accidente traumático, hereditario y por enfermedad.

Se puede clasificar dependiendo en donde se localiza la lesión, pueden ser conductivas, neurosensoriales y mixtas; de acuerdo al grado de la pérdida auditiva se dividen en leve, moderada y severa.

A. Clasificación de discapacidad auditiva:

La clasificación que presenta el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala. El Hospital Dr. Rodolfo Robles V. Departamento de Otorlogía fue tomado del “Reporte del Grupo de Trabajo Informal en prevención de sordera” organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991, manifiesta que se puede mencionar diversos criterios al momento de clasificar las diferentes tipologías de pérdida auditiva según las causas, el grado de pérdida auditiva, la localización de la lesión, el comienzo de la sordera y se clasifica en leve, moderada, severa y profunda:

- ✓ Pérdida auditiva leve: Tiene la capacidad para repetir palabras que se le dicen a un metro de distancia, Podría necesitar amplificación. La pérdida en decibeles es de 26 a 40 dB.
- ✓ Pérdida auditiva moderada: Tiene la capacidad para escuchar y repetir palabras que se le dicen recio y a un metro de distancia. Es recomendable que utilice amplificador. La pérdida en decibeles es de 41 a 60 dB
- ✓ Pérdida auditiva severa: Tiene la capacidad de escuchar algunas palabras que se le gritan en el oído. Necesita utilizar amplificador, requiere de aprendizaje de lectura labio facial y lenguaje de señas. La pérdida en decibeles (DB) es de 61 a 80.
- ✓ Pérdida auditiva profunda: Es incapaz de oír y entender, aun cuando se le grite en el oído el amplificador puede ayudarlo a entender algunas palabras, por medio de las terapias de lenguaje, lo cual necesita rehabilitarse en educación especial. La pérdida en decibeles es de 81 dB o más.

B. Causas de pérdida auditiva

- ✓ Asfixia o hipoxia Neonatal: Falta de oxígeno en los primeros segundos o minutos del nacimiento,
- ✓ Exceso de dióxido de carbono en la sangre y tejidos más frecuentemente en niños prematuros produce pérdida neurosensorial,
- ✓ Meningitis bacteriana producida por H. Influenza, adquirida por un líquido amniótico infectado, que se da en las formas viral y bacteriana; puede producir sordera de aparición tardía,
- ✓ Infecciones perinatales como la sífilis, rubeola y el herpes,
- ✓ El uso excesivo de antibióticos,
- ✓ Infección en el oído, viruela, meningitis, encefalitis, fiebres elevadas entre otros.

C. Características clínicas y educativas:

Para comprobar el grado de pérdida auditiva de una persona, se le hace una prueba de audiometría, de manera que una persona con sordera puede tener problemas en la percepción correcta de la intensidad dB (decibelios) o de la frecuencia Hz (hertzios) de sonidos relacionados con el lenguaje oral, y es frecuente que se den resultados diferentes para cada oído.

Cuando un niño presenta una pérdida de la capacidad auditiva superior a los 90 dB necesita un método educativo específico para personas sordas, lo más recomendado es comunicación total, lenguaje de señas, lectura labio focal y audífono

1.2.10 Discapacidad Física

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2004, refiere que la discapacidad física se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción (falta o deterioro de uno o varios miembros del cuerpo) puede ser: Brazos o piernas, mutilación de miembros superiores e inferiores. Se clasifican en poliomielitis, distrofia muscular, espina bífida, paraplejía, cuadriplejía y parálisis cerebral entre otros

Recomendaciones para Niños con necesidades educativas especiales

Todos los niños con necesidades educativas especiales puede llevar una vida exitosa en el hogar y en la escuela, el ambiente debe ser de mucha paz y tranquilidad ya que la ansiedad y el estrés tienden a exasperar a los niños con necesidades educativas especiales; los padres como los educadores y cuidadores necesitan mostrar estabilidad emocional en todo momento; deben proveerle mucha estructura y consistencia. El niño necesita reglas claras y un horario estricto. Porque el elemento sorpresa lo llena de ansiedad. Por ejemplo: 6:30 despertar 6:45 desayunar 7:00 partir hacia la escuela, 12:45 almorzar, 14:00 siesta, 15:30 deberes o estudio/... 20:00 dormirá de un sueño reparador entre ocho a diez horas de sueño interrumpido.

En cuanto a la dieta alimenticia es sumamente importante, pues se ha descubierto que ciertos alimentos elevan los niveles de ansiedad y afectan la concentración del niño tales como el azúcar (golosinas, dulces), harina blanca, jugos con sabores artificiales, sodas, leche entera de vaca, cereales azucarados; incluir las siguientes dietas: Pan integral, mantequilla de maní, leche de soya, yogurt, mucha agua.

Una buena rutina nocturna incluye un baño tibio antes de dormir, le ayudará al niño (a) a establecer un sueño reparador, durante el día se exaspera, hay que proporcionar masajes suaves en la sien, en el cuero cabelludo y en los hombros ayuda que se relaje.

En la casa proporcionar un rincón de aprendizaje de juegos educativos, regular la cantidad de horas que pasa frente al televisor las imágenes excitantes sólo sirven para exasperarlo y contribuyen muy poco al desarrollo integral; para que el niño se relaje es necesario sacarlo a recrear y caminar cada tarde al campo de la comunidad, llevarlo a nadar por lo menos dos veces a la semana dichos ejercicios le ayudaran en el desarrollo de proceso de crecimiento corporal y cognitivo

En la escuela, los ambientes deben estar pintadas con colores pasteles para relajar al niño, Él debe estar sentado en las primeras filas y cerca de la maestra, el necesita sentirse aceptado dentro del grupo para que los niveles de ansiedad no se disparen; se

necesita mucha paciencia por parte de los maestros en caso que el niño demuestre alguna conducta inaceptable. El docente debe de transmitir normas de conducta, tener ocupado al niño en actividades escolares, evitar el exceso de juguetes y afiches, de ser posible no regañarlo o humillarlo públicamente.

En la mayoría de los casos, el niño con habilidades diferentes requerirá de tiempo adicional para completar las asignaciones. Durante los recreos se debe evitar que el niño corra y se agite porque puede perder el control, felicitarlo por los pequeños logros; sobre todo los maestros deben entender que el niño tiene necesidades especiales y que en realidad está haciendo todo lo que pueda para controlarse.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de las madres de familia con niveles de ansiedad se quejan por no saber leer y escribir, son trabajadoras domésticas, la mayoría trabaja en el campo o en las fincas aledañas al municipio, algunas son profesionales solteras y viudas; también manifestaron tener problemas económicos, de salud, infidelidad en la pareja, alcoholismo, agresión, e inmigración entre otros; algunas tienen hijos con problemas de discapacidad y que desconocen cómo atenderlos; lo que se puede creer que los problemas antes mencionados son las causantes del padecimiento de trastornos de ansiedad que manifiestan las madres de familia con hijos de necesidades educativas especiales, de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo, Suchitepéquez

Al entrevistarlas, manifestaron diferentes problemas personales: Que no les da tiempo atender a los hijos, que por exceso de trabajos se sienten irresponsables de las actuaciones de los hijos, por incomprensiones con los esposos, creen que los problemas se genera en casa, obviamente se mantienen molestas. Generados los problemas, hubo necesidad de evaluar a las madres con niveles de ansiedad específicamente con el cuestionario STAI 82 inventario auto evaluativo, que trata conceptos claves entre los contenidos psicológicos que está presente en los comportamientos psicopatológicos humanos; de esa cuenta el 31% presentaron ansiedad estado y el 22% ansiedad rasgo; lo que aduce que el primero es emocionalmente transitoria episódica que no tiene mayor consecuencia está caracterizada por sentimientos negativos asociados de la activación del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad rasgo afectó a diez madres con niveles de ansiedad, se caracteriza por una predisposición más general a percibir situaciones como potencialmente peligrosas con el riesgo de que esta perdure en un tiempo indefinido si no se le da tratamiento psicológico, puede traer mayores consecuencias.

Ciertamente las causas y efectos antes mencionados han determinado que las madres de familia tarde o temprano tienen que afrontar determinadas reacciones de aprensión, tensión amenazas de miedo, culpabilidad, insomnio distracción y falta de autoestima; a ello se suma la interrogante: ¿Qué nivel de ansiedad manifiestan las madres de hijos con necesidades educativas especiales.

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Determinar el nivel de ansiedad que manifiestan las madres de niños con necesidades educativas especiales.

2.1.2 Específicos

- ✓ Identificar las causas más comunes de las deficiencias de las niñas y (os) con necesidades educativas especiales que provocan ansiedad en las madres.
- ✓ Coadyuvar en la atención psicoterapéutica a las madres de familia a efecto de minimizar la ansiedad que les genera problemas psicológicos.
- ✓ Proponer algunas alternativas de solución a los problemas, que presentan las madres de familia que tienen niños con necesidades educativas especiales.

2.2 Hipótesis

H1. La ansiedad de las madres incide en gran medida en los niños con necesidades educativas especiales.

H2. La ansiedad de las madres, no incide en gran medida en los niños con necesidades educativas especiales.

2.3 Variables de Investigación

- Ansiedad en madres.
- Niños con necesidades educativas especiales.

2.4 Definición de Variables

2.4.1 Definición Conceptual

• Nivel de ansiedad en madres:

Kimbril (2007), describe que las madres de familia suelen experimentar aprehensión, incomodidad, preocupación desesperación, por un tiempo indefinido; según las experiencias afectan grandemente a las personas de volverse hipervigilantes y muy alertas con la posibilidad de sentir amenazas y que algo terrible les podrá suceder. Además de experimentar intensas preocupaciones irracionales, se sienten incapaces de solucionar cualquier tipo de problemas que terminan en el deterioro de las relaciones intrafamiliares. Una madre de familia puede sufrir alto grado de ansiedad por conflictos que se pueden dar en la pareja, puesto que puede romper el vínculo matrimonial que provoca desacuerdos por la disciplina requerida para la educación de los hijos.

También describe el autor que la ansiedad consiste en un peligro interno en el sistema nervioso de una persona por los impulsos y sentimientos irracionales que este inconscientemente pueda mantener en la conciencia, que amenaza con irrumpir en el cuerpo de la persona que experimenta sentimientos de muerte, ataques físicos, que el médico no es capaz de hallar un diagnóstico concreto, puesto que este constituye un trastorno de ansiedad.

- **Niños con necesidades educativas especiales:**

Marchessi (2003), afirma que la identificación de niños con necesidades educativas especiales, debe de llevar un complejo proceso que implica la toma de decisiones previas a diagnosticar a un niño con necesidades educativas especiales (Deficiencias físicas, sensoriales e intelectuales), por personas especialistas que atiendan, observan y examinan el proceso de desarrollo del niño en los aspectos cognitivos, afectivos y motrices; además del entorno familiar, social y educativo.

2.4.2 Definición Operacional

La variable del nivel de ansiedad en madres se medirá a través del inventario auto evaluativo STAI-82 de ansiedad que comprobará ansiedad estado (SE) y ansiedad rasgo (SR) que presentarán las madres con hijos de necesidades educativas especiales; en la Escuela de Educación Especial de los niños del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez.

2.5 Alcances y Límites

La presente investigación se trabajó con cuarenta y cinco madres de familia de cincuenta madres lo cual es la población del universo, asisten a dejar a los hijos en la escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo, Suchitepéquez. Los alumnos cursan los grados de primero a sexto de primaria que oscilan entre las edades de 9 a 21 años; la mayoría de las madres de familia trabajan en el campo pero que son remunerados con bajo salario y que presentan problemas de salud entre otros generando trastornos de ansiedad.

2.6 Aporte

Aporte de la investigación es dar aliento, apoyo emocional a las madres de familia que presentaron problemas de ansiedad, orientarlas por medio de los tratamientos adecuados, tratar de minimizar el nivel de ansiedad proporcionando una atención

adecuada por medio de las técnicas cognitivas-conductuales a efecto de cambiar las ideas irracionales por las racionales, las desagradables por las agradables, la desconfianza por la confianza entre otros.

Lograr que las madres de familia acepten la realidad de los hijos a efecto de integrarse a un ambiente familiar donde el niño también se sienta aceptado, valorado, querido y que le guarden las consideraciones necesarias a efecto que este se integre en un ambiente feliz.

También se sumaran al aporte las sesiones terapéuticas recibidas por parte de las madres de familia que coadyuvarán en la atención y aceptación de los hijos con habilidades diferentes; recomendando a cada una de ellas, llevar el mensaje a los demás miembros de la familia en concientizar y aceptar a los niños con habilidades diferentes.

Orientar a las madres de familia a conseguir ayuda psicológica en instituciones que las puedan ayudar en un futuro cercano, a efecto de controlar los trastornos de ansiedad que les ha venido perjudicando y con el fin de llevar un tratamiento adecuado a los problemas.

Proponer a los futuros estudiantes de Psicología, dar talleres, capacitaciones, conferencias entre otros a las personas que sufren de ansiedad por diferentes motivos; sobre todo las consecuencias negativas que genera este problema.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

En cuanto a los sujetos de investigación del universo de 50 madres se tomó una muestra de 45 madres de familia que oscilan entre las edades de dieciocho a treinta y cinco años de edad provenientes de familias del área rural que pertenecen a la cabecera municipal y municipios aledaños; pertenecientes a la etnia ki'ché. La mayoría profesan la religión católica y evangélica llevan a los hijos con necesidades educativas especiales a la escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo, Suchitepéquez.

3.2 Instrumentos

Se utilizó el test de ansiedad (Ae), que evalúa el nivel de ansiedad, estado y rasgo destinado para medir específica y objetivamente la fuerza de motivaciones de las madres de familia con hijos de necesidades educativas especiales. Las aplicaciones del instrumento permiten obtener los rasgos motivacionales que se descubren a través de la investigación analítica descriptiva. Estos rasgos se estructuran a dos niveles de organización: un componente no consciente de la motivación (rasgos no integrados) y un componente deliberado y consciente (escalas integradas) de autoevaluación.

El instrumento consta de dos escalas distintas ansiedad rasgo y ansiedad estado cada uno con veinte elementos por cuatro alternativas con una duración de más o menos veinte minutos; normalmente las escalas de ansiedad y rasgo califican en el grado de: 0 a 49 baja ansiedad, de 50 a 69 media ansiedad normal y de 70 en adelante alta ansiedad.

3.3 Procedimiento

- **Elaboración de tres sumarios:**
Estaba formado por tres temas, de los cuales se seleccionó Nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales, como tema de investigación.
- **Investigación de antecedentes:**
Tanto nacionales como internacionales, para respaldar con estudios anteriores.
- **Desarrollo del marco teórico a través de la investigación bibliográfica.**
Es la que respalda las variables determinadas, mediante un enfoque científico.
- **Planteamiento del problema:**
Como enfoque general de la pregunta a investigar, es el centro del tema en cuestión.
- **Elección y descripción de método con relación al tipo de estudio que se realizará:**
Según la metodología y diseño estadístico que se adecúa a la investigación
- **Resultados:**
Se obtienen como consecuencia del instrumento administrado y donde se verifica el cumplimiento de los objetivos.
- **Discusión de resultados:**
Se interpretaron los resultados obtenidos, uniendo a los conocimientos investigados en estudios anteriores

- Conclusiones:
Se obtienen como consecuencia de los resultados obtenidos, mediante la comparación del trabajo de campo y las fuentes empleadas en el marco teórico.
- Recomendaciones:
Son lineamientos que se establecen para dar solución a los diferentes aspectos que presentan las conclusiones.
- Referencias bibliográficas:
Se realizó mediante la recopilación de fuentes que apoyan y dan validez a la investigación.

3.4 Diseño

Achaerandio (2009), define la investigación descriptiva como aquella que estudia, interpreta y refiere los fenómenos, relaciones, correlaciones estructuras variables independientes y dependientes; abarca todo tipo de recogida científica de datos con el ordenamiento de tabulación, interpretaciones y evaluaciones de estos. La evaluación de lo que es, se entiende en un sentido mucho más complejo, que una simple descripción ingenua de los datos que aparecen.

La investigación descriptiva examina sistemática y analiza la conducta humana personal y social en condiciones naturales y en ámbitos sociales, económicos, políticos y religiosos. Así en la familia, la comunidad, sistema educativo y el trabajo, entre otros. Busca la resolución de algún problema o se emplea para alcanzar una meta del conocimiento, suele comenzar con el estudio y el análisis de la situación presente.

También se necesita alcanzar: metas, objetivos finales e intermedios para alertar sobre medios o vías que se requieren y comprobar esas metas u objetivos. El diseño *expost-factum* la comprobación de grupos estadísticos se hace después de la ocurrencia controlada. Es decir, que se analiza lo sucedido, no se manipulan variables porque ya

acontecieron manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipuladas. Se estudia la influencia de una o varias variables independientes, el investigador no puede controlar ni manipular las variables independientes ni asignar aleatoriamente a los grupos, los sujetos o los tratamientos.

3.5 Metodología Estadística

Achaerandio (2009), establece que para la comprobación de la hipótesis, debido al tipo de investigación, se debe establecer una estadística de la información obtenida, con el fin de evidenciar la asociación o no, entre las variables de estudio. Oliva (2005), indica que; para hallar los resultados se aplica significación y fiabilidad de la media aritmética y método de proporciones.

Este método estadístico de proporciones, se utiliza para validar cualquier estudio particular, principalmente si está diseñado por el investigador, se aplica a encuestas, boletas de opinión, pruebas subjetivas, cuestionarios o pruebas que no estén estandarizadas, sigue lo procedimientos de una investigación científica.

Tiene dos formas de aplicación: cuando son menos de 5 preguntas se utiliza la forma simple. Cuando la prueba tiene más de 8 ítems o preguntas hasta un número ilimitado, se utiliza la forma compuesta, lo cual todo se resume en un cuadro, en el cual se consigna solo la respuesta y no lleva el procedimiento.

En la parte estadística se ha de trasladar todo a una forma numérica. (Pregunta cerrada). Este método de proporciones se desarrolla en dos etapas:

Significación de la media aritmética

- Nivel de confianza = 99% z 2.58

- Error típico de la media aritmética

$$\delta X = \frac{\delta}{\sqrt{N - 1}}$$

Hallar la razón crítica de la media aritmética

$$R_c = \frac{\bar{x}}{\delta \bar{x}}$$

$R_c = \geq 2.58 =$ Significativo

Fiabilidad

- Nivel de confianza = 99% z 2.58

- Error típico de la media aritmética

$$\delta X = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}}$$

- Establecer el intervalo confidencial:

$$\bar{X} + \varepsilon = (li) = \text{Fiable}$$

$$\bar{X} - \varepsilon = (ls) = \text{Fiable}$$

Significación y fiabilidad

- Adoptar el nivel de confianza al 5% (1.96)

- Encontrar el error típico de la $\sigma_p = \sqrt{\frac{p \cdot q}{N}}$ proporción

- Hallar el error muestral $E = 95\% (1.96) \times \sigma_p$

- Encontrar la razón crítica Intervalo $R_c = \frac{P}{\sigma_p}$ confidencial
I. C = p + E
I. C = p - E

- Comparar la razón crítica con su nivel de confianza

Si $RC > 1.96$ entonces es significativa

Si $RC < 1.96$ entonces no es significativa

IV. RESULTADOS

Los cuadros siguientes presentan los resultados obtenidos en la investigación del nivel de ansiedad estado y rasgo con una muestra de cuarenta y cinco madres que oscilan entre las edades de 18 a 35 años, lo cual se trabajó con un nivel de confianza del 99% aplicado al inventario auto evaluativo ansiedad STAI 82. El objetivo del trabajo de campo es determinar el nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales en la escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo, Suchitepéquez.

Resumen estadístico de la ansiedad

Nivel ansiedad	N.	\bar{X}	δ	$\delta \bar{X}$	ϵ	Li	Ls	RC	Sig
Estado	45	50	22.12	4.02	10.37	39.63	60.37	12.44	si
Rasgo	45	50	26.47	4	10.32	29.68	50.32	10	si

Ansiedad estado

No.	Nivel	F	%	P	Q	δP	Σ	Li	Ls	RC	Sig	Fiab
1	Alto	14	31	0.31	0.69	0.07	0.18	0.13	0.49	4.50	Si	Si
2	Normal	13	29	0.29	0.71	0.07	0.18	0.11	0.47	4.29	Si	Si
3	Bajo	18	40	0.40	0.60	0.07	0.18	0.22	0.58	5.48	Si	Si
Total		45	100									

Ansiedad rasgo

No.	Nivel	F	%	P	Q	δP	Σ	Li	Ls	RC	Sig	Fiab
1	Alto	10	22	0.22	0.78	0.06	0.30	.08	.52	3.67	si	Si
2	Normal	16	36	0.36	0.64	0.07	0.40	.04	.76	5.14	si	Si
3	Bajo	19	42	0.42	0.58	0.07	0.35	.07	.77	6.00	si	Si
Total		45	100									

Fuente de trabajo de campo. Ver anexo (1)

De acuerdo al proceso estadístico y en cuanto a resultados se sitúan las personas en un parámetro de nivel de ansiedad alto, bajo y normal en dos modalidades. Como se

hace notar en los cuadros ansiedad estado y rasgo, de las cuales no infieren un alto porcentaje de ansiedad en la vida cotidiana de las madres de niños con necesidades educativas especiales, de la Escuela de Educación Especial, del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

Al identificar los niveles de ansiedad en las madres de familia en la investigación realizada se constató una situación adversa de lo que se creía, puesto que las madres no presentan alto porcentaje de ansiedad, que existe un desequilibrio sí, pero no en totalidad por los niños de necesidades educativas especiales, específicamente en la enseñanza aprendizaje, la mayor parte de madres se quejan que no cuentan con hijos profesionales para que las apoyen en la problemática de los niños. Además tienen problemas de salud, desintegración familiar, laboral, económica entre otros. Como consecuencia de los problemas, se logró determinar que la ansiedad alta fue menor a comparación de los porcentajes normal y bajo lo que aduce que las madres no manejan niveles altos de ansiedad; según la evaluación se comprobó bajo el porcentaje de ansiedad que afectó a 24 personas que necesitan tratamiento terapéutico.

Al verificar los resultados de ansiedad, las madres de familia de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez; de las 50 sujetos de la población del universo. Se tomó una muestra de 45 madres, lo cual se estableció que 14 mantienen un nivel alto de ansiedad estado (SE) el cual representa a un 31% de la población, según la razón crítica de confiabilidad es el 4.50 que difiere un 0.98 con el nivel bajo; por lo que se considera que el 69% mantienen niveles de ansiedad aceptable.

En cuanto a la ansiedad rasgo (SR) se estableció que 10 madres presentan un nivel de ansiedad alta, representa a un 22% de la población con una (RC) de 3.67 que difiere un 2% con el nivel bajo; al verificar el número de sujetos, se estableció que 35 madres que equivale a 78% mantienen niveles aceptables de ansiedad, mientras que 10 madres constituyen el 22% manifiestan un nivel alto que aminora la población. Por lo que se verificó que ambas ansiedades presentaron niveles medios.

Al establecer el estudio del nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales, se determina que los resultados de las dos modalidades en la

totalidad son las siguientes: alto 41%, normal 29% y el bajo 37%; lo que aduce que las madres no manejan niveles altos de ansiedad. Por lo que se cumple la hipótesis nula (Ho.) Que dice: La ansiedad de las madres no incide en gran medida en los niños con necesidades educativas especiales.

Los resultados obtenidos en el trabajo de campo se establecieron mediante la aplicación del inventario auto evaluativo STAI - 82. Considerado como un instrumento útil para estudiar la ansiedad mediante la evaluación de dos conceptos independientes de la misma, ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Riquelme y N. Seis dedos C. (2011), manifiestan que la teoría de ansiedad rasgo y estado. "Es un estado emocional inmediato modificable en el campo" caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión aprensión nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones junto a cambios fisiológicos.

Ansiedad rasgo: Es caracterizado como un trastorno de la personalidad que perdura en el tiempo y que se manifiesta o se mantiene en una variedad de diferencias individuales relativamente estable contrariamente a la ansiedad estado. Las personas con alto grado de ansiedad rasgo perciben mayor riesgo de situaciones amenazantes y están predispuestos a sufrir ansiedad estado.

Ansiedad estado: Según Riquelme y N. Seis dedos. C (2011), define ansiedad estado como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión aprensión, e hiperactividad del sistema nervioso autónomo; son apreciadas e intensas molestias, por tanto si una persona no puede evitar el estrés pondrá en marcha las técnicas de afrontamiento para afrontar la situación amenazante.

El Instituto de Ciencias y Estudios Superiores (2000), en el artículo ansiedad de las madres, estableció que la ansiedad de las madres de niños especiales al momento de recibir la noticia que iban a ser madres de niños con necesidades educativas especiales y con el fin de disminuir la ansiedad. Se inició la rehabilitación con una hipótesis que

dice: El inicio de la rehabilitación de un hijo especial disminuye el nivel de ansiedad de las madres”

En este caso se puede exteriorizar que el análisis que se efectuó con las madres de niños con necesidades educativas especiales la hipótesis anterior; podría ser similar al estudio de campo que se efectuó en la Escuela de Educación Especial de Niños del municipio de Pueblo Nuevo, Suchitepéquez.

Se observó también que las madres del referido establecimiento educativo presentan diferentes características y actitudes del trastorno de ansiedad específicamente el estado de ánimo en cuanto a baja auto estima, aislamiento, nerviosismo, inseguras de sí mismas entre otros posibles problemas que presentan; sin embargo durante el trabajo de campo a través de capacitaciones se reflexionó y se concientizó a las madres de familia en la atención y aceptación de los hijos con necesidades educativas especiales.

Ricciardi (2004), explica que los síntomas de ansiedad son trastornos psiquiátricos y médicos por lo general la ansiedad tiene una función muy importante en la supervivencia junto con el miedo, ira, tristeza o felicidad; suele reservarse más para síntomas críticos y de ansiedad para síntomas más permanentes de la crisis de angustia.

La ansiedad es una situación provocada que no persiste más allá del evento generador es como un estado que se refiere a un episodio agudo y auto limitado; en este caso algunas de las madres de familia presentaron crisis pero que fueron pasajeras, de las cuales no sobrepasaron los límites como para creerse que era un trastorno psiquiátrico.

Espada (2009), refiere que si se cumplen los trastornos de ansiedad esta permanece activa pero si no permaneciera este permanece ausente, hasta el grado y proporción en que se dan los síntomas que determina el cuadro clínico. El diagnóstico de angustia

se hace cuando las crisis de angustia son recurrentes y cuando ha pasado un mes desde el primer ataque y si el individuo se siente aprehensivo y preocupado con la posibilidad de que las crisis recurran nuevamente. La mayoría de los trastornos de angustia se desarrollan en personas de 20 a 30 años, en algunos casos en niños y adolescentes que han experimentado problemas familiares y factores ambientales; según estudios la crisis de angustia es diagnosticada más en mujeres que en hombres.

En el caso de las madres con niveles de ansiedad del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez se pudo observar, que en algunos casos las características antes mencionados aplican a los posibles problemas o emociones que presentan las madres de familia, causadas por los hijos, conyugues y otros familiares.

Rachman y Silva (2004), argumentan que el trastorno de la crisis de angustia en las personas experimentan periodos de miedo intenso y de incomodidad física, en los que se sienten abrumados y aterrados por diversas sensaciones corporales que los hacen perder la razón; esta crisis que dura un periodo de diez minutos y se dividen en dos tipos:

Crisis de angustia inesperada que surge de la nada, es decir que no existe un estímulo situacional que las dispare en el individuo, crisis de angustia situacional es el tipo de angustia que se anticipa o se confronta una situación particular o inmediatamente de haber sido expuesto a un estímulo específico del ambiente, por ejemplo: Cuando una persona le falta el aire, se ruboriza ante la crisis y desencadena actuaciones sociales y públicas o cuando una persona escucha la sirena de una ambulancia empieza a experimentar los síntomas de una crisis llamada crisis de angustia situacional.

Para evaluar la situación de un individuo que sufre crisis de angustia el profesional clínico debe considerar que la persona que este padeciendo diversas enfermedades pulmonares cardiovasculares, digestivas urinarias, entre otros puede causar reacciones de ansiedad. En este contexto la mayor parte de personas específicamente en las madres experimentan la crisis de angustia situacional por posibles emociones causadas por familiares o por el medio que los rodea.

Sin embargo esta angustia ha venido generando problemas, que en el futuro repercute en las personas, los cuales encontraran dificultades en la vida o en los labores rutinarios; es el caso de algunas madres de familia con hijos de necesidades educativas especiales.

Landívar (2011) en el artículo. No dejes que la ansiedad se convierta en una bomba de tiempo, explica que la ansiedad se asocia con el estrés como respuesta fisiológica normal automática que ayuda en la supervivencia al prevenirlos frente a un peligro. Lo que se atribuye en el artículo anterior se asocia a las madres con niños de necesidades educativas de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez con la diferencia que las madres presentan situaciones diferentes, pero que los síntomas y características son similares a los problemas de ansiedad según la categoría.

Landívar manifiesta también que la ansiedad no sólo ataca a los adultos sino también en niños por causas orgánicas, genéticas y ambientales; las causas de la ansiedad suele darse por mucho consumo de drogas, experiencias negativas, falta de vitaminas y sobre protección a los hijos; refiere también que los síntomas físicos pueden agravarse hasta provocar un malestar significativo en el deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales.

Ante esta problemática las madres de familia del referido establecimiento manifestaron estrés asociado a la ansiedad por algunas experiencias negativas como las enfermedades de los hijos, problemas conyugales, la falta de recursos económicos entre otros y que las consecuencias traerán serios problemas si no se les proporciona de inmediato una adecuada atención psicológica a efecto de disminuir los problemas. Kimbrel (2007), establece que el trastorno de la ansiedad en un momento dado lo experimentan las personas, ya sea en sensación de aprensión o tensión en relación a situaciones estresantes. No hay nada malo en este tipo de ansiedad si no se trata de un tipo de reacción normal al estrés, que suele ayudar, en lugar de perjudicar el funcionamiento cotidiano. Sin embargo, algunas personas experimentan ansiedad en

situaciones en las que no hay razón o causa externa para sentir este tipo de angustia; lo cual se le considera problema psicológico.

La ansiedad se refiere a un estado, en el que un individuo se muestre aprehensivo, tenso, incomodo en exceso acerca de la posibilidad de que algo terrible le va a suceder. La ansiedad tiene componentes afectivos y cognitivos, como cuando una persona está ansiosa se vuelve hipervigilante y desconfiado que no tiene el poder para cambiarlo; es una persona muy alerta respecto la posibilidad de algún peligro o amenaza.

La ansiedad se manifiesta en fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel intenso que interfiere con la habilidad del funcionamiento en la vida diaria; las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos de ansiedad tan fuertes que los hacen incapaces de funcionar en la vida, dificulta disfrutar de muchas situaciones en beneficio propio como salir de casa, gozar un fin de semana fuera, realizar tareas comunes nadar, danzar correr entre otros.

En este caso varias madres de familia presentaron similares problemas a los problemas anteriores de ansiedad. La mayoría de las madres refieren que los hijos no colaboran en el aprendizaje y que ellas se sienten incapaces porque no saben leer y escribir para ayudar a los hijos en la problemática educativa. Argumentaron también que tienen problemas conyugales, económicos, infidelidad, agresión entre otros; en algunas madres se observó la inquietud, preocupación, desinterés, baja auto estima, dificultad para toma de decisiones, alteraciones y apresuramiento en recoger a los hijos en la escuela, con la excusa que tienen muchas actividades que cumplir; demostrando evadir las intervenciones de ayuda psicológica.

Hernández (2003), establece que las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y las clasifica así:

Físicas: Taquicardia, palpitaciones, opresión, en el pecho, faltas de aire, temblores sudoración, molestias digestivas, vómitos, náuseas, tensión y rigidez muscular,

cansancio, hormigueo, sensación de mareo, e inestabilidad alteraciones del sueño, alteración o disminución dl sexo y la alimentación

Psicológicas: Inquietud, agobio, sensación de amenaza, peligro, inseguridad, sensación de agudeza de sentimientos vacíos, de extrañeza, de despersonalización, temor, celos sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, tendencia suicida y temor a la muerte.

De conducta: Estado de alerta, hipervigilancia, bloqueos, torpeza, dificultad para actuar, impulsividad, para actuar, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo; todas estas emociones vienen acompañados de cambios en la agresividad corporal y el lenguaje, posturas cerradas, movimientos torpes de los miembros superiores e inferiores, cambios de voz, expresión facial de asombro, dudas y crispación entre otros.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades en la concentración, atención y memoria, aumento de los descuidos, preocupación excesiva negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y sensaciones, tendencias a recordar situaciones desagradables, sensación de confusión, sobrevalorar pequeños detalles, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultad para iniciar o seguir una conversación, en unos casos y verborrea en otros, bloqueos a la hora de preguntas, quedarse en blanco, dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Para finalizar se establece que la ansiedad no se presentó en porcentajes altos, debido que las madres combinan el rol de madre con otras actividades laborales que tienen como finalidad, sustentar participativamente en el sostenimiento del hogar y ello las hace menos vulnerables a las dificultades de los hijos. En consecuencia se logra determinar que se cumple la hipótesis nula que indica la ansiedad de las madres no incide en gran medida en niños con necesidades educativas especiales,

VI. CONCLUSIONES

1. La ansiedad alta fue menor con relación a los porcentajes normal y bajo, lo que indica que las madres no manifiestan niveles altos de ansiedad.
2. El intercambio de actividades laborales como cotidianas, permiten sustituir la problemática de los hijos por el bienestar de las madres.
3. La aceptación de la madre que debe conducir ayudar al niño con necesidades educativas especiales hará que la problemática sea mínima.
4. El control emocional de las madres y la superación del problema, ayuda a que la atención del niño con necesidades educativas especiales sea de calidad.
5. Posterior a la investigación se establecen los resultados de ansiedad estado y rasgo en alto el 24%, normal el 29% y bajo 37% lo que apoya la hipótesis nula que dice: La ansiedad de las madres no inciden en los niños con necesidades educativas especiales.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda charlas, conferencias, capacitaciones para el % de madres que aunque mínimo, si presentan cierto grado de ansiedad.
2. Que las madres continúen con la rutina laboral pero sin descuidar el tiempo de atención al niño con necesidades educativas especiales.
3. Concientizar a las madres de familia que la atención de calidad hacia el niño con necesidades educativas especiales, ayudara al proceso de enseñanza aprendizaje.
4. La paciencia el afecto y el control de emociones permitirá que el lazo afectivo de madres a hijos conduzca a un buen proceso de rehabilitación.
5. Se recomienda la implementación de una propuesta que ayude al tratamiento tanto de las madres como de los niños para minimizar la problemática.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achaerandio. (2009). Elementos de muestreo, ediciones McGraw-Hill interamericano S.A. México.

Alonso, C. y Gallego D. (2003). Infopolis. Resumen del libro Alonso, C.; Gallego, D.; Honey, P. (1994). "Los Estilos de Aprendizaje: Procedimientos de Diagnóstico y Mejora".

Bilbao: Ediciones Mensajero

ASCATED (2004). Educación inclusiva. Guatemala.

Asociación Americana de Psiquiatría ([APA] 2005). En el artículo. Trastorno por Déficit De Atención e Hiperactividad Disponible en: <http://www.asmi.es>.

Barbaranne J. (2006). Un niño Especial en la familia, Editorial Tillas. México.

Bittles et. Al (2007), Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México.

Bonnel et. Al (2003). Biopsicología 6ta. Edición Pearson Educación, S.A., Madrid España 2007.

Botella, Baños, Perpiña (2003). Fobia Social: Avances en la Psicopatología La Evaluación y el Tratamiento Psicológico Del Trastorno de Ansiedad Social PaidosIberica Ediciones S A.

Bruzzo, Halperin y Lanci (2010). Integración en la escuela: educación especial **editorial:** Círculo Latino Australia.

Calvo y Martínez (2003). Técnicas y procedimientos para realizar adaptaciones Curriculares. Madrid: Escuela Española.

Chinchilla, Correas. Quintero et. Al. (2003), Manual de urgencias psiquiátricas. EditMasson. Edición 2003.

Clark (2007). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

De la Peña (2003). "La Pérdida Auditiva" Manuscrito inédito Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Elcano y Larumbe (2004). Necesidades Educativas Asociadas a la Discapacidad visual. España.

Espada (2009). La agorafobia mente y cerebro (3era. Edición). Editorial Interamericana S.A. México DF.

Feldman R. (2010). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Fingelkurts y Kallio (2007). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Fisher (2006), Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Friborg et. Al (2007). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México

Fuller (2006). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición

Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Gallego y gallego (2002). Manual de logopedia escolar. Málaga. Ediciones Aljibe.

García (2003). Atención educativa de niños y niñas de 0 a 6 años con Discapacidad motora. México.

García y Arce (2003). Problemas de aprendizaje. Editorial piedra santa Guatemala.

Gascón A. y Asensio J. (2004). Historia de la Educación de los sordos en España y Su influencia en Europa y América. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces, Colección "Por más señas".

Gil (2007). Enciclopedia Psicopedagógica de Necesidades Educativas Especiales Volumen II Puebla México.

Gisbert (2004). Educación especial. Editorial cincel. España.

Golden (2006). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México

Gómez (2002). En el folleto La educación especial. Editorial fondo de la cultura Económica. México.

Gross y Gen (2004). Biopsicología 6ta. Edición Pearson Educación, S.A., Madrid España 2007.

Hammond (2007). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Herrán et. Al (2006) Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va.

Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México.

Hernández A (2003). La ansiedad y sus trastornos. La manual moderna Primera edición México

Kimbrel (2007) Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Knight y Meyer (2007), Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Krauss, Susan y Halgin (2003). Psicología de la Anormalidad 4ta. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México

Lohr, S. (2002). En estudio y análisis (2da. Ed.) Ed. Cengage Learning. Mexico.

Lluch, M. Novel, G. y Ortiz, A. La Ansiedad y el Estrés como: Componentes básicos del enfermar. En: Novel, G. Lluch, M, y López, D. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. España: Ed. Masson; 2005 p. 165 –173

Machado y Muller et. Al (2003), Biopsicología 6ta. Edición Pearson Educación, S.A. Madrid España 2007

Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM] (2003). Psicología De La Anormalidad (4ta edición) Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V. México.

Manual de guías curriculares para estudiantes con necesidades educativas especiales (Primera edición) MINEDUC. Guatemala 2011

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2004. Segundo módulo de Capacitación. Conocer y saber para atender. Unidades 2 y 3. Clasificación de la Discapacidad, terminología básica de la discapacidad. Guatemala.

Montenegro, G. (2010). En el sitio web, en el artículo, templanza es tener autocontrol.

Narvarte E. (2007). Enciclopedia Psicopedagógica de necesidades educativas especiales.

Oliva. (2005). Folleto estadístico para la elaboración de tesis. 1ra. ed. Ed. Cifuentes. Quetzaltenango, Guatemala

Papalia, OldsFeldman (2005).Desarrollo humano 9na. Edición. México

Pillay (2007). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México.

Pinel J. (2007).Biopsicología 6ta. Edición. Madrid España

Política y Normativa de Acceso a la Educación para la Población con Necesidades Educativas Especiales (2003). MINEDUC. Guatemala.

Portillo Y Larumbe (2004).Manual de discapacidades, disponible en: www.mineduc.gob.gt.

Rachman y Silva (2004). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México.

Ricciardi, A. (2004). Fundamentos de Psiquiatría Clínica 2da. Edición. Editorial El Sevier España.

Riquelme y N. seis dedos Cubero (2011) 8va. Edición Madrid España

Roizen y Patterson (2003), Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México.

Rowland (2002). The epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder: a public Health view. Mental Retardation and developmental disabilities research reviews

Rubichi (2005), Psicología con aplicaciones en países de habla hispana 8va. Edición Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. De C.V México.

Ruiz, Sancho AM y Lago Pita B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en La adolescencia.Pags.265-260.

Solís R.1: (2002). Personas con discapacidad y condiciones de exclusión en Guatemala, oficina de derechos humanos del arzobispado de Guatemala 2005.

Sosa, M. (2010). En la revista psicología y vida, en el artículo, una mejor nutrición hoy. <http://www.revistapsicologiayvida.com> 13_15.html.

Treffert y Wallace (2002).Biopsicología 6ta. Edición Pearson Educación, S.A.,Madrid España 2007.

Toro, R. (2000). Fundamentos de medicina, psiquiatría. (4ta ed.) Editorial CIB Colombia.

Zelaya, Beatriz y Arce (2003). Problemas de Aprendizaje. Editorial Piedra Santa Guatemala.

Zoghbi (2003). Biopsicología 6ta. Edición Pearson Educación, S.A., Madrid España 2007.

IX. ANEXOS

Anexo I

Método estadístico

Ansiedad estado
Valores agrupados

01	01	08	08	11	15	20	20	24
26	29	29	34	34	34	39	41	43
43	43	43	48	48	48	48	52	53
53	53	65	67	72	75	75	76	77
77	79	79	85	86	87	91	97	98

$$A = \frac{X_s - X_{i+1}}{10} = \frac{98 - 1 + 1}{10} = 9.8 = 10$$

x	F	fa	xm	Σf.XM	Li	Ls	fd	Σf.d'	Σf.d ²
0.1-10	4	4	5.5	22	0.05	10.5	44.5	178	7921
11-20	4	8	15.5	62	10.5	20.5	34.5	138	4761
21-30	4	12	25.5	102	20.5	30.5	24.5	98	2401
31-40	4	16	35.5	142	30.5	40.5	14.5	58	841
41-50	9	25	45.5	409.5	40.5	50.5	4.5	40.5	182.25
51-60	4	29	55.5	222	50.5	60.5	5.5	22	121
61-70	2	31	65.5	131	60.5	70.5	15.5	31	480.5
71-80	8	39	75.5	604	70.5	80.5	25.5	204	5202
81-90	3	42	85.5	256.5	80.5	90.5	35.5	106.5	3780.75
91-100	3	45	95.5	286.5	90.5	100.5	45.5	136.5	6210.75
Total	45			2237.5				1012.5	31901.25

Medidas de tendencia central

$$\bar{X} = \frac{\sum f.xm}{N} = \frac{2237.5}{45} = \frac{49.72}{1} = 50$$

$$Md = \frac{N}{2} = \frac{45}{2} = 22.50 \quad \mathbf{Md=8}$$

Medidas de dispersión y variabilidad

$$\text{Media} = dm = \frac{\sum f.d^{1/2}}{N} = \frac{1012.5}{45} = 22.48$$

$$\delta = \frac{\sqrt{\sum f.d^{3/2}}}{N} = \frac{\sqrt{31901.25}}{45} = \frac{178.91}{7} = 26.12$$

Significación de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC) 99% Z= 2.58
- Error típico de las medias

$$\delta \bar{X} = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26.62}{\sqrt{45-1}} = \frac{26.62}{6.63} = 4.02$$

- Razón Crítica

$$Rc = \frac{\bar{X}}{\delta \bar{X}} = \frac{50}{4.02} = 12.44 \text{ R//}$$

- Comparación

RC > < Nivel de confianza = 12.44 > 2.58

Es significativa

Fiabilidad de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC) 99% Z=2.58

$$|\delta \bar{X}| = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26.62}{\sqrt{45-1}} = \frac{26.62}{6.63} = 4.02$$

- Error muestral:

$$\begin{aligned} \varepsilon &= \text{N.C.} \cdot \delta \bar{d} \\ &= 2.58 \cdot 4.02 \\ &= \mathbf{10.37 \text{ R//}} \end{aligned}$$

- Intervalo confidencial:

$$\begin{aligned} \text{I.C.} &= d \pm \varepsilon \\ &= 50 - 10.37 = \mathbf{39.63 \text{ R//}} \\ &= \mathbf{50 + 10.37 = 60.37 \text{ R//}} \end{aligned}$$

Ansiedad rasgo
Valores agrupados

01	01	01	07	07	07	09	11	11	14	14	15	15	18
18	21	25	25	29	33	33	33	34	42	42	43	43	45
48	53	54	58	60	62	62	63	66	67	75	77	80	82
85	87	97											

$$A = \frac{X_s - X_{i+1}}{10} = \frac{97 - 1 + 1}{10} = 9.70 = 10$$

X	f	fa	xm	Σf.XM	Li	Ls	fd	Σf.d	Σf.d ²
0.1-10	7	7	5.5	38.5	0.05	10.5	34.5	241.5	8331.75
11-20	8	15	15.5	124	10.5	20.5	24.5	196	4802
21-30	4	19	25.5	102	20.5	30.5	14.5	58	841
31-40	4	23	35.5	142	30.5	40.5	4.5	18	81
41-50	6	29	45.5	273	40.5	50.5	5.5	33	181.5
51-60	4	33	55.5	222	50.5	60.5	15.5	62	961
61-70	5	38	65.5	327.5	60.5	70.5	25.5	127.5	3251.25
71-80	3	41	75.5	226.5	70.5	80.5	35.5	106.5	3780.75
81-90	3	44	85.5	256.5	80.5	90.5	45.5	136.5	6210.75
91-100	1	45	95.5	95.5	90.5	100.5	55.5	55.5	3080.25
TOTAL	45			1807.50				1034.50	31521.25

Medidas de tendencia central

$$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x_m}{N} = \frac{1807.50}{45} = 40.17 = 40$$

$$\frac{Md}{N} = \frac{45}{2} = 22.50 \quad \mathbf{Md=8}$$

Medidas de dispersión y variabilidad

$$\text{Media} = dm = \frac{\sum f \cdot d \cdot \frac{1}{2}}{N} = \frac{1034.50}{45} = \mathbf{23}$$

$$\delta = \frac{\sqrt{\sum f \cdot d^2 \cdot \frac{1}{2}}}{N} = \frac{\sqrt{31521.25}}{45} = \sqrt{700.47} = \mathbf{26.47}$$

Significación de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC) 99% Z= 2.58
- Error típico de las medias

$$\delta \bar{X} = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26.47}{\sqrt{45-1}} = \frac{26.47}{6.63} = \mathbf{3.99 = 4}$$

- Razón Crítica

$$Rc = \frac{\bar{X}}{\delta \bar{X}} = \frac{40}{4} = \mathbf{10 R//}$$

- Comparación: RC = $\bar{X} > Rc = 10 > 2.58$ Es significativa

Fiabilidad de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC) 99% $Z=2.58$
- Error típico de la media aritmética

$$\delta_{\bar{X}} = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26.47}{\sqrt{45-1}} = \frac{26.47}{6.63} = 3.99 = 4$$

- Error muestral: $\varepsilon = N.C. * \delta_{\bar{d}}$
 $= 2.58 * 4$
 $= 10.32 R//$
- Intervalo confidencial: I.C. = $d \pm \varepsilon$
 $= 40 - 10.32 = 29.68 R//$
 $= 40 + 10.32 = 50.32 R//$

Total de ansiedad

Valores agrupados

1	1	1	1	1	7	7	7	8	8
9	11	11	11	14	14	15	15	15	18
18	20	20	21	24	25	25	26	29	29
29	33	33	33	34	34	34	34	39	41
42	42	43	43	43	43	43	43	45	48
48	48	48	48	52	53	53	53	53	54
58	60	62	62	63	65	66	67	67	72
75	75	75	75	76	77	77	77	79	79
80	82	85	85	86	87	87	91	97	98

$$A = \frac{X_s - X_{i+1}}{10} = \frac{98 - 1 + 1}{10} = 9.8 = 10$$

x	f	fa	Xm	Σf.XM	Li	Ls	d'	Σf.d'	Σf.d ²
01-10	11	11	5.5	60.5	0.5	10.5	39.5	434.5	17162.75
11-20	12	23	15.5	186	10.5	20.5	29.5	306	9027
21-30	8	31	25.5	204	20.5	30.5	19.5	156	3042
31-40	8	39	35.5	284	30.5	40.5	9.5	76	722
41-50	15	54	45.5	682.5	40.5	50.5	0.5	7.5	3.75
51-60	08	62	55.5	444	50.5	60.5	10.5	84	882
61-70	07	69	65.5	458.5	60.5	70.5	20.5	143.5	2941.75
71-80	12	81	75.5	906	70.5	80.5	30.5	366	11163
81-90	06	87	85.5	513	80.5	90.5	40.5	243	9841.5
91-100	03	90	95.5	286.5	90.5	100.5	50.5	151.5	7650.75
total	90			4025					62436

Medidas de tendencia central

$$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot xm}{N} = \frac{4025}{90} = 44.72 = 45$$

$$Md = \frac{N}{2} = \frac{90}{2} = 45$$

Medidas de dispersión y variabilidad

$$\text{Media} = Dm = \frac{\sum f \cdot d^{1/2}}{N} = \frac{62436}{90} = \sqrt{694} = 26$$

$$\delta = \frac{\sqrt{\sum f \cdot d^{1/2}}}{N} = \frac{\sqrt{62436}}{90} = 26$$

Significación de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC) 99% Z= 2.58
- Error típico de las medias

$$\delta \bar{X} = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26}{\sqrt{90-1}} = \frac{26}{9.43} = 2.76$$

Razón Crítica

$$Rc = \frac{\bar{X}}{\delta \bar{X}} = \frac{45}{2.76} = 16.30$$

- **Comparación**

$X \geq RC = 16.30 > 2.58$ Es significativa

Fiabilidad de la media aritmética

- Nivel de confianza (NC)=99% $Z = 2.58$

- Error típico de las medias

$$\delta \bar{X} = \frac{\delta}{\sqrt{N-1}} = \frac{26}{\sqrt{45-1}} = \frac{26}{\sqrt{44}} = 3.92$$

- Error muestral:

$$\mathcal{E} = (1\%) (\mathcal{E}) = (1\%)(X)$$

$$\mathcal{E} = X * 99\%$$

$$X * 2.58$$

$$3.92 * 2.58 = 10.11$$

- Intervalo confidencial:

$$I.C. = \bar{X} \pm \mathcal{E}$$

$$= 45 + 10.11 = 55.11$$

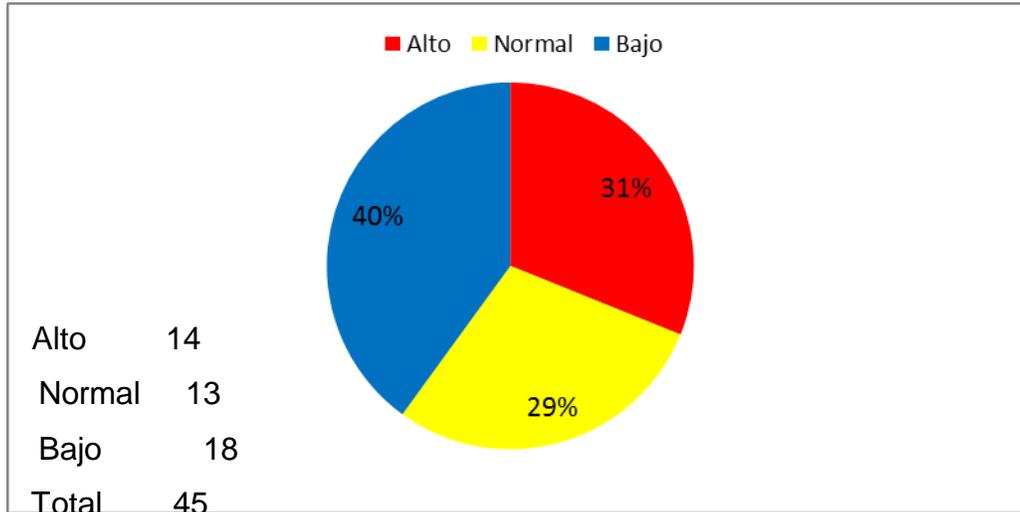
$$= 45 - 10.11 = 34.89$$

Confiables

Anexos II

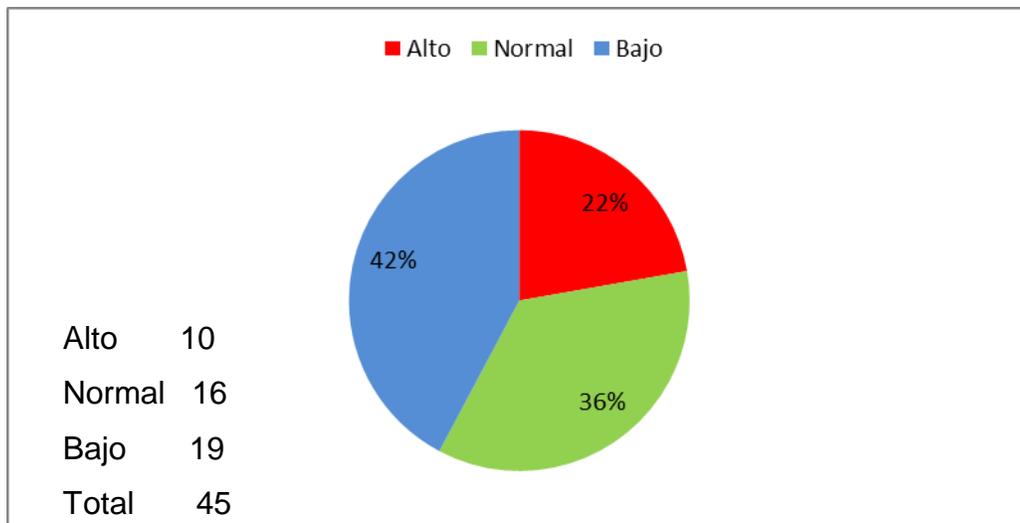
Resultados de la prueba ansiedad estado

Grafica N0.1



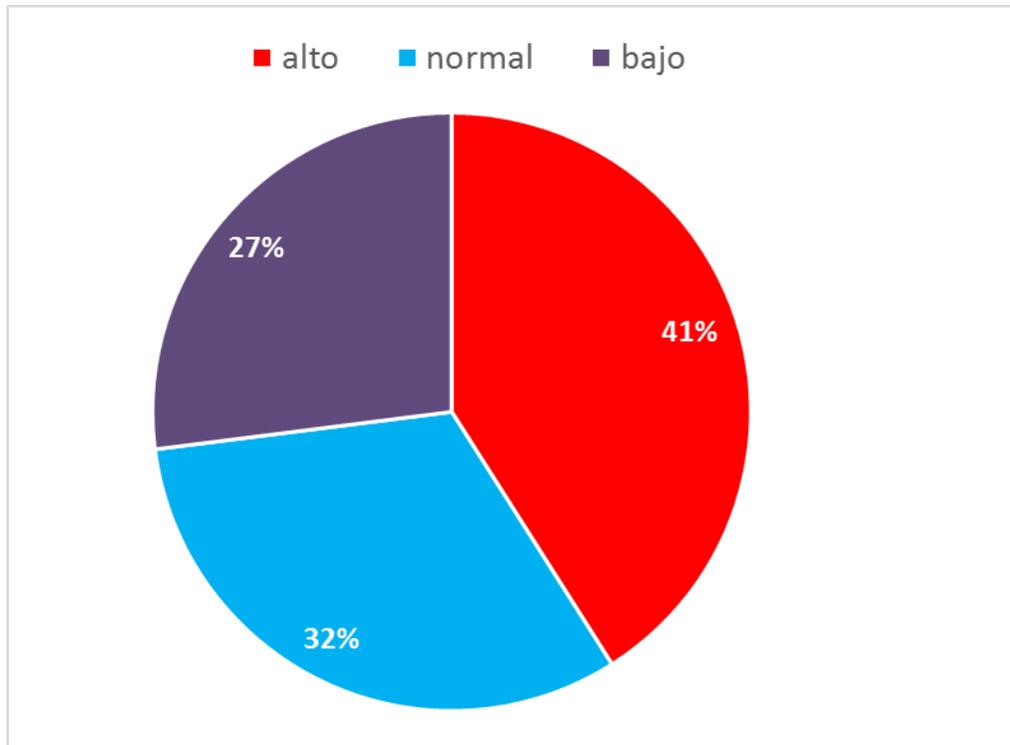
Resultado de la prueba ansiedad rasgo

Grafica No.2

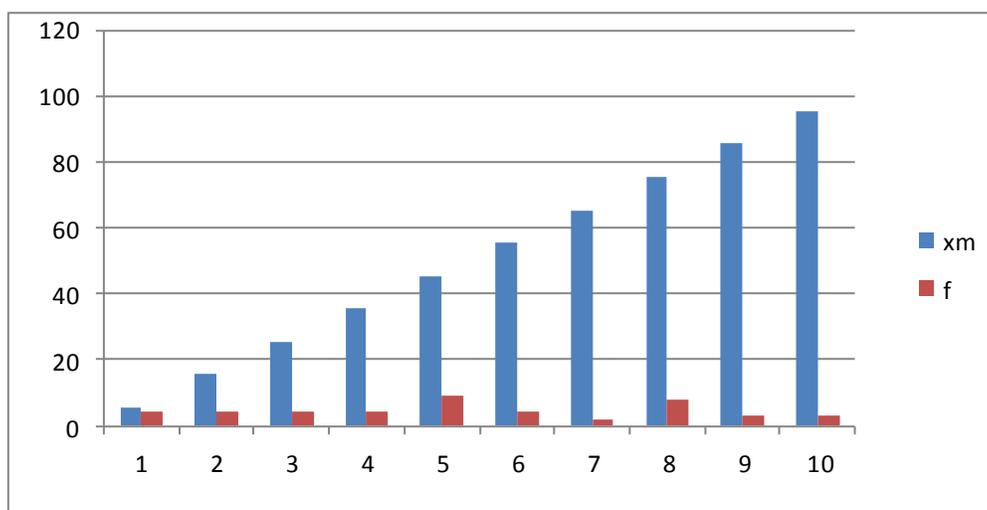


Resultados de la totalidad de ansiedades

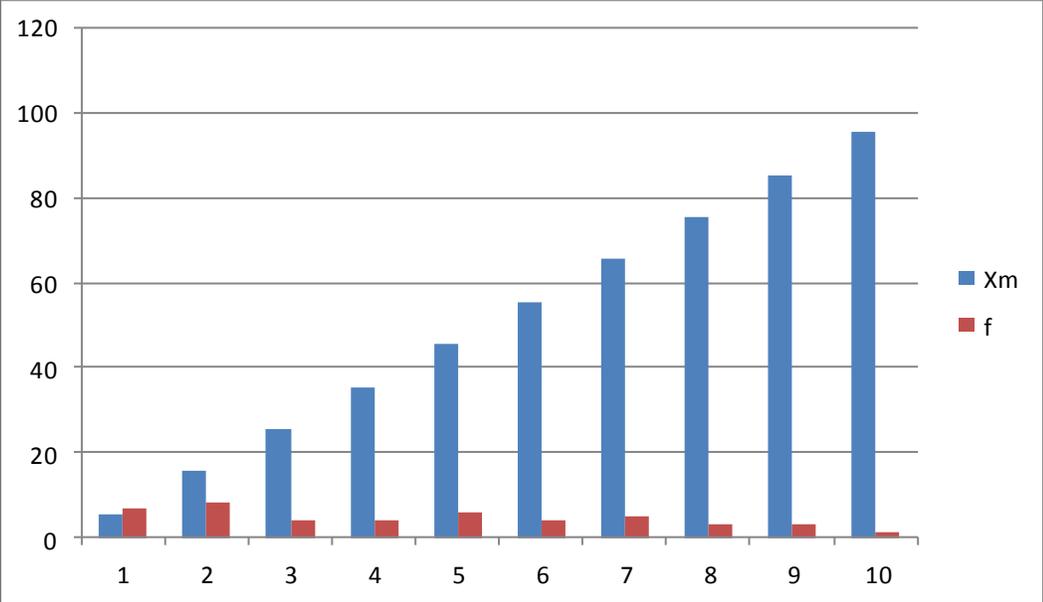
Grafica N0. 3



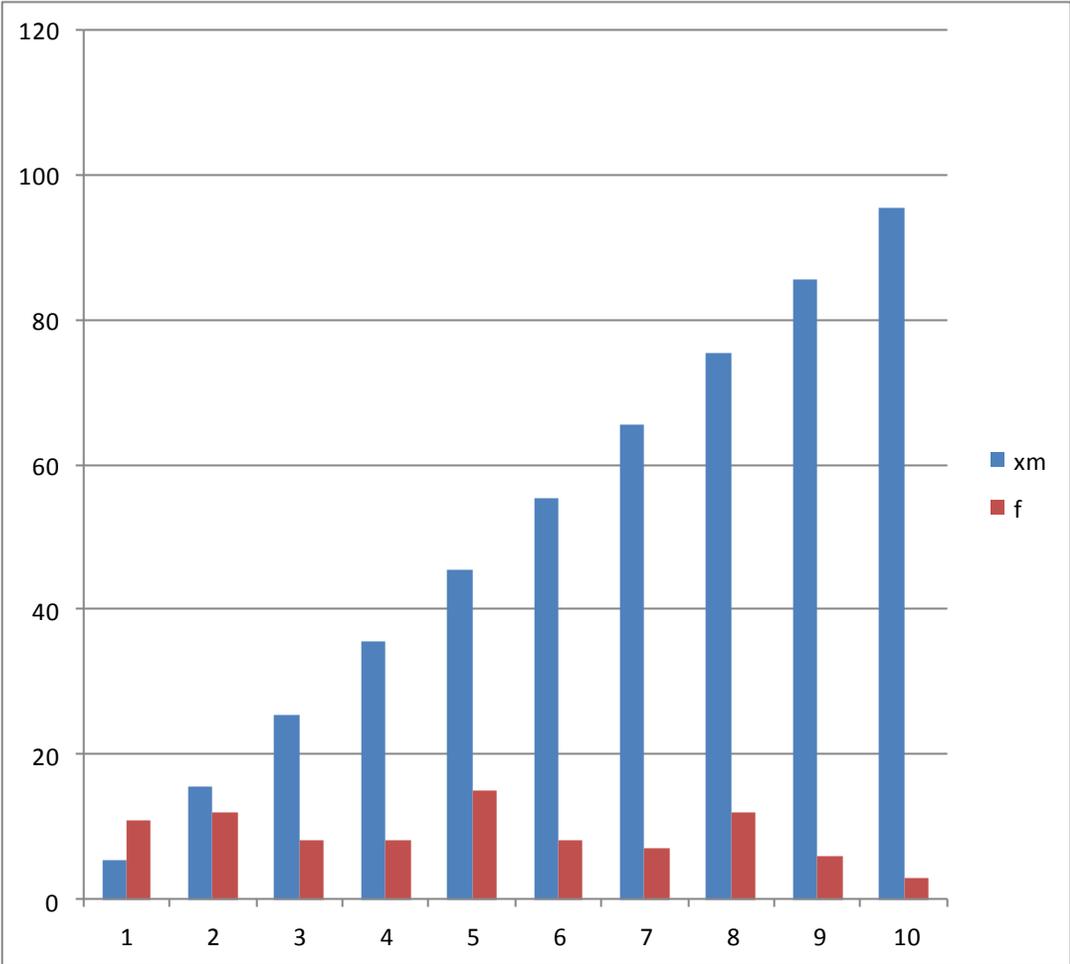
Ansiedad estado



Ansiedad rasgo



Total de ansiedades



ANEXO III

PROPUESTA

Nivel de ansiedad en madres de niños con necesidades educativas especiales

Introducción:

Las causas más relevantes a los trastornos irracionales de las madres que presentan niveles de ansiedad son consecuencias del estrés, la incompreensión conyugal, desintegración familiar, problemas familiares y laborales, falta de educación, entre otros. La psicología de Gestalt refiere que el problema de la disfuncionalidad es una falta de ajuste y que para ello hay que buscar una solución que consiste en buscar un ajuste creativo placentero en la vida cotidiana.

El programa de intervención psicoterapéutica menciona varias técnicas cognitivas comportamentales de las cuales servirán para a contrarrestar los niveles de ansiedad de las madres de niños con necesidades educativas especiales, de la Escuela de Educación Especial del municipio de Pueblo Nuevo Suchitepéquez; los programas de entrenamientos inducen a las madres a autocorregirse de situaciones e ideas irracionales que les ayudará a sustituir las ideas irracionales por las racionales y que a la vez estas optimizan a las pacientes auto valorarse.

También el tratamiento psicoterapéutico mantiene a las personas con alta autoestima, que equilibradamente las mantiene siempre relajadas; es el caso de las madres de niños con necesidades educativas especiales que les favorecerá el enriquecimiento cognitivo conductual. Los tratamientos que a continuación se detallan se realizaran en el campo de trabajo que dará lugar a diagnosticar y pronosticar a las madres con niveles de ansiedad, dichos tratamientos son alternativos para un buen funcionamiento equilibrado e imaginativo, por el cual las madres conocerán y aplicarán estas a su modo de vivir; harán que las personas sean más conscientes y capaces de afrontar situaciones temidas y adversas de la vida cotidiana.

Las técnicas Psicoterapéuticas son armas que permiten a las personas solventar problemas fóbicos, disfuncionales en las áreas sociales , familiares, económicos, laborales entre otros; y para poder ayudar a las madres con niveles de ansiedad es necesario considerar un trabajo eficaz en el proceso psicoterapéutico a través de las técnicas cognitivo conductual, tales como: desensibilización sistemática, reforzamiento positivo, terapia centrada al cliente, terapia cognitivo comportamental, de afrontamiento entre otros de los cuales identificaran, modificaran y reestructuran la conducta de las personas con niveles de ansiedad.

Superaran toda problemática en niveles de ansiedad en las madres con hijos de necesidades educativas especiales, es el eslogan del terapeuta ser empática a través del afecto y el sentido común; de cumplir los objetivos y poder llegar a la meta central del tratamiento psicopedagógica a través de los técnicas terapéuticas.

Las conductas negativas que interrumpieron la vida familiar tanto a las madres como a los niños, fueron las causas por las cuales las madres llevaron a los hijos al centro de educación especial de los cuales recibieron una adecuada formación terapéutica

Al analizar los resultados de la investigación en que las madres sufren de ansiedad se priorizó trabajar en el campo de práctica los niveles de ansiedad; reforzando tratamientos adecuados para rehabilitarse en la vida cotidiana.

Al haber implementado las metodologías terapéuticas en el aquí y en el ahora, se deduce que las terapias se dieron a un corto plazo; por el análisis de que las madres en mayoría no manifestaron alto grado de ansiedad.

Objetivos:

- **General:**

Proporcionar apoyo terapéutico a las madres que presentan ansiedad, de acuerdo a los tratamientos adecuados y enfocados a solucionar los problemas perturbadores que les afecta en la vida cotidiana.

Específicos:

- ✓ Reducir la conducta emocional de la madre con hijos de necesidades educativas especiales.
- ✓ Facilitar la adquisición terapéutica cognitiva conductual en cuanto al nivel de ansiedad en madres con niños de necesidades educativas especiales.

- **Actividades a desarrollar:**

Durante el proceso de la rehabilitación de terapias programadas en las madres con niveles de ansiedad se realizaran en los meses de agosto a octubre, que durante el determinado tiempo se realizaran sesiones cada quince días a efecto de promover la participación de cada una de ellas con el fin de atender a los hijos con necesidades educativas especiales; reflexionando y fortaleciéndolas de sí mismas y de los problemas que les afectan.

Orientar a las madres a solucionar los problemas que afrontan en cuanto a los hijos con necesidades educativas especiales, tomando en cuenta los antecedentes y causas que provocaron el nivel de ansiedad en las referidas madres; que como consecuencias ha generado problemas familiares, sociales y económicas entre otros y para modificar estos problemas, es necesario la comprensión, tolerancia y empatía, hacia las madres con el fin de contribuir en el control de las emociones negativas e irracionales que afectan el status social y familiar.

De acuerdo a las características psicológicas emocionales que presentaron las pacientes se considera trabajar el foco terapéutico en el aquí y en el ahora, realizando psicoterapias en tiempo de corto y mediano plazo dependiendo como se presentan los diagnósticos. Para trabajar las terapias cognitivas conductuales con las madres de niños con necesidades educativas especiales se puede mencionar reforzamiento positivo, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática que identifican y modifican las cogniciones desadaptativas erróneas que producen emociones y conductas contraproducentes de las cuales exploran los

problemas; buscan las causas, regulan los síntomas a través de las terapias y hace capaces a los incapaces que a continuación se detallan:

- ✓ Reforzamiento positivo: Es una técnica que ayuda a aumentar el comportamiento positivo de una persona con la finalidad de que la conducta se mantenga a resultados positivos

- ✓ Entrenamiento asertivo: Se aplica principalmente en situaciones interpersonales, utilizando la sugestión para aumentar la motivación del cliente y para aumentar la asertividad es necesario realizar ensayos de conductas planteadas.

- ✓ Reestructuración cognitiva: Es una técnica por la cual las personas aprenden a cambiar a algunas maneras de pensar como las distorsiones que conducen malestar y frustración.

- ✓ Desensibilización automática: Llamada también técnica de exposición que consiste en establecer jerarquía en situaciones que provocan ansiedad en el paciente; empareja progresivamente dos respuestas antagónicas ansiedad y relajación, en este caso se busca inhibir la ansiedad por medio de la relajación.

- ✓ Terapia centrada al cliente: Elemento central del terapeuta en cuanto a actitud de escuchar y el reflejo de lo que el cliente dice, parte de la confianza radical en el cliente y al rechazo del papel del terapeuta; consideración positiva e incondicional del terapeuta hacia el cliente manifiesta autenticidad y congruencia y empatía hacia el cliente.

- ✓ Pensamiento automático: Es una técnica terapéutica que ayuda al cliente a modificar los errores cognitivos e hipótesis disfuncionales. Examina los pensamientos automáticos del cliente y los regula de una forma más correcta para situarse en la realidad.

- ✓ Entrenamiento de relajación: Contribuye al relajamiento de los músculos del cuerpo en cuanto a ejercicios corporales de tensión y disfunción, el fin último de esta técnica es poder aplicar la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a la ansiedad.
- ✓ Técnicas de meditación profunda: consiste en relajar la mente, a través de un estado consciente en donde el pensamiento se mantenga libre de situaciones erróneas. Ayuda a reducir el estrés, baja la ansiedad y disminuye el abuso de drogas.
- ✓ Terapia cognitivo conductual: Ayuda a controlar los síntomas fisiológicos antes o durante los acontecimientos temidos, se usan técnicas de relajación que facilita la exposición del paciente
- ✓ Afrontamiento: Sirve para los tratamientos de los trastornos de ansiedad generalizada, utiliza constantemente la respiración que sirve para disminuir la ansiedad y mejora la relajación del cliente.

Sesión No. 01

Parte informativa:

Nombre del tema: Inventario auto evaluativo STAI- 82.

Técnica de meditación profunda

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Identificar los factores que le provocan ansiedad, con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado a los problemas que aquejan las madres con niveles de ansiedad

Motivación: Musical y reflexiones positivas.

Indicaciones de logro: Identificar a las personas que presentan ansiedad (Ae) (As)

Contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Aplicación del inventario auto evaluativo STAI 82	Facilita el tema	Escucha y expone sus vivencias	Radio grabadora	Preguntas y respuestas
Ansiedad estado Ansiedad rasgo	Califica observa	Responde respuestas	Hojas de evaluación	Por medio de la observación

Sesión: No. 02

Parte informativa:

Nombre del tema: Desensibilización sistemática

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular

Motivación: Entrenamiento de relajación e imaginación

Indicaciones de logro: facilitar la distensión de los músculos

Contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Desensibilización sistemática	Promueve un entrenamiento de imaginación de situaciones concretas añadiendo detalles.	Participa y se da cuenta de las ideas irracionales que le perjudican	Humanos Disertante Participantes	Despojan ideas irracionales
Técnicas de relajación	Ejercicios corporales	Relajan la mente y el cuerpo con un baile	establecimiento educativo, Mobiliario y radiograbadora	Se ayudan entre si y se autor realizan

Sesión No. 03

Parte informativa:

Nombre del tema: Técnicas de Afrontamiento

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Determina los pensamientos adversos de las personas y utiliza constante la respiración

Detecta los pensamientos que provocan malestar y mejora la relajación del cliente con trastornos de ansiedad

Motivación: Relajación y ejercicios respiratorios

Contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Técnica de afrontamiento	Detectar emociones irracionales Habilidad para tratar al paciente Solución de problemas	Maneja ansiedad Autocontrol de sí mismo Contestan un cuestionario de salud y vida	Humanos Radio grabadora Mobiliario Hojas de papel bond, lápiz refacción	Por medio de preguntas y respuestas Autorrealización Y observación

Sesión No. 04

Parte informativa:

Nombre del tema: detención del pensamiento (Técnica de autocontrol)

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Determinar pensamientos rumiativos

Detectar los pensamientos repetitivos, que provocan malestar en las personas

Motivación: entrenamiento de relajación

Contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Entrenamiento de relajación: Respiración profunda	Facilitar el tema. Dirigir la dinámica de una alarma, en un lugar tranquilo las personas recuerden un pensamiento perturbador; pero que luego se imaginaran en un pensamiento saludable por medio de una alarma móvil	Escuchan y participan en las discusiones del tema Participan en la dinámica, cerrando los ojos, trayendo a su mente pensamientos perturbadores y no perturbadores y decir "basta"	Humanos Disertante Participantes Establecimiento educativo. Materiales: Radiograbadora reloj Petates.	Busca alternativas, sustituye pensamientos perturbadores por pensamientos saludables y se Auto controla de sí mismo.

Sesión No. 05

Parte informativa:

Nombre del tema: Psicoterapia centrada al cliente

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Ayudar a la persona a encontrar el equilibrio que determina el buen funcionamiento psíquico de la persona a efecto de encuadrarse en un mundo de armonía y placer

Motivación: empatía, autenticidad y congruencia

contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Psicoterapia centrada al cliente	Invitación de un profesional Cuestiona a las personas Entrenamiento de relajación	Entran en un ambiente de zozobra expresan sus sentimientos Manifiestan fluidez y controlan sus emociones	Humanos Disertante Participantes Físicos: establecimiento educativo, Mobiliario y radiograbadora	No aceptan situaciones irracionales Se flexibilizan ante los cuestionamientos Manifiestan mayor relajación y se expresan con mayor libertad

Sesión: No. 06

Parte informativa:

Nombre del tema. Restructuración cognitiva

Responsable: Cornelia Vargas Xiloj

Objetivo: Identifica situaciones limitantes de los participantes. Ayuda a prender a cambiar pensamientos distorsionados que conducen malestar y frustración

Motivación: Autorrealización

contenido	Actividades del disertante	Actividades del participante	Recursos	Evaluación
Reestructuración cognitiva: Ejercicios de sensibilización Gestalt Re vivencia de sentimientos	Facilitar los temas: autovaloración Auto aceptación Dirige un juego en parejas Trabaja situaciones limitantes y/o frustrantes con propuesta de logoterapia	Escucha y expone sus experiencias Participan en el juego Reviven experiencias, por medio de un dibujo	Humanos Disertante Participantes Físicos: establecimiento educativo, Mobiliario y radiograbadora Hojas de trabajo, lápiz y crayones	Preguntas y respuestas Responsabilidad Cambio de conducta Contacto consigo mismo y autorrealización

- **Recursos:**

Humanos: Disertante, participantes y profesional invitado

Física: Escuela de Educación Especial, Pueblo Nuevo, Suchitepéquez

Materiales: Hojas de trabajo, radiograbadora, petates, lápices, disco, escritorios, crayones, pañuelos, papel china, refacción

- **Cronograma:**

No	Tema	Periodo		
		agosto	Septiembre	Octubre
1	Inventario auto evaluativo STAI 82 (ansiedad estado y rasgo)	X		
2	Desensibilización sistemática o técnicas de exposición	X		
3	Técnicas de afrontamiento		X	
4	Detención del pensamiento		X	
5	Psicoterapia centrada al cliente			X
6	Reestructuración cognitiva			X

- **Evaluación:**

Al finalizar las distintas terapias que se brindaran a las pacientes con problema de ansiedad.

Se verificará mediante entrevistas personales si los resultados han sido positivos para, la población afectada.