



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Ansiedad, Autoconcepto y
Rendimiento Académico en Adolescentes
con Trastorno de Hiperactividad

D^a Andrea Cánovas López

2017

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

**ANSIEDAD, AUTOCONCEPTO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO
EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD**

PRESENTADA POR

D.^a Andrea Cánovas López

DIRECCIÓN

Dra. D.^a Eva Herrera Gutiérrez

Murcia, 2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D.^a Eva Herrera Gutiérrez, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Murcia,

AUTORIZA

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en adolescentes con trastorno de hiperactividad", realizada por **D.^a Andrea Cánovas López**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctora por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a veintitrés de marzo de dos mil diecisiete.

Dedicado a María, José y Provi.
A todos los que ahora y siempre habéis estado ahí.
Porque nadie dijo que fuera fácil.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer la realización de esta investigación a mi directora de Tesis Doctoral, la Dra. Eva Herrera Gutiérrez. No sólo porque sin ella la elaboración de este trabajo hubiera sido imposible, sino por su dedicación, apoyo incondicional y ánimos constantes. Por esa gran profesionalidad que posee, que le hace estar disponible y pendiente de mis progresos incluso en los momentos más difíciles. Gracias por tanto.

Agradecer, cómo no, a la directora técnica de la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADAHI) de Murcia, Dra. Josefa López Ortuño, por todo lo que me ha enseñado y por su gran apoyo, motivación y empujón final para que acabara esta Tesis. Gracias.

A los terapeutas de la asociación ADAHI, los cuales son grandes profesionales. Gracias especialmente a Ester, Adela, Alicia, María José, Chesca, María, María Rosa y José Antonio por ayudarme y permitirme formar parte de vuestro grupo de trabajo.

En particular, quisiera dar las gracias a todos los estudiantes que han aceptado participar en este estudio, puesto que de un modo desinteresado han prestado una gran colaboración para que la realización del mismo fuera posible. Por y para ellos va destinado este trabajo.

Al Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud), principalmente a Lorena Collados, Lorena Belmonte y María Teresa Martínez por su colaboración y apoyo, así como al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación y a la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia, por aportar los medios necesarios para llevar a cabo la investigación.

Gracias a mi familia, en especial a mis padres José y Provi, porque por vosotros he llegado hasta aquí, porque soy el resultado de la educación que me habéis dado, porque me faltarían páginas para agradecer tantas cosas, así que lo único que deseo es que os sintáis orgullosos de mí.

A mi hermana María, a mis amigas y amigos. A vosotros que siempre habéis confiado en mí, a veces más de lo que yo lo hacía, por ayudarme a desconectar por momentos de este arduo trabajo y por sacarme siempre una sonrisa, porque vosotros sois la familia que uno elige.

ÍNDICE

| | |
|-------------------|---|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
|-------------------|---|

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1. - CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD | 11 |
| 1.1.-Evolución histórica del concepto..... | 13 |
| 1.2.- Sintomatología primaria..... | 19 |
| 1.2.1.-Impulsividad..... | 19 |
| 1.2.2.- Actividad motora excesiva..... | 20 |
| 1.2.3.-Déficit de atención..... | 21 |
| 1.3.- Problemas asociados..... | 22 |
| 1.3.1.- Trastorno negativista desafiante..... | 23 |
| 1.3.2.- Trastorno disocial..... | 25 |
| 1.3.3.- Trastornos afectivos..... | 26 |
| 1.3.4.- Trastornos del sueño..... | 27 |
| 1.3.5.- Trastorno de tics..... | 29 |
| 1.3.6.- Trastorno de coordinación motora..... | 30 |
| 1.3.7.- Trastornos del aprendizaje..... | 31 |
| 1.3.8.- Trastornos de ansiedad..... | 33 |
| 1.4.- Factores explicativos..... | 35 |
| 1.4.1.- Factores genéticos..... | 35 |
| 1.4.2.- Factores ambientales..... | 36 |
| 1.4.3.- Modelo multifactorial..... | 38 |
| 1.5.- Curso evolutivo..... | 38 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 2.- RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y TRASTORNO HIPERACTIVO | 41 |
| <hr/> | |
| 2.1.- Concepto de ansiedad..... | 43 |
| 2.2.- Teorías sobre los trastornos de ansiedad..... | 44 |
| 2.2.1.-Ansiedad generalizada..... | 49 |
| 2.2.2.-Trastorno obsesivo compulsivo..... | 50 |
| 2.2.3.-Ansiedad por separación..... | 50 |
| 2.2.4.-Fobia escolar..... | 50 |
| 2.3.- Influencia de la ansiedad en el rendimiento académico..... | 51 |
| 2.3.1.-Ansiedad y exámenes..... | 53 |
| 2.4.- Estudios sobre hiperactividad y ansiedad comórbida..... | 55 |
| CAPÍTULO 3.- AUTOCONCEPTO EN ALUMNOS CON TDAH | 61 |
| <hr/> | |
| 3.1.- Definición de autoconcepto..... | 63 |
| 3.1.1.- Componentes del autoconcepto..... | 65 |
| 3.1.2.- Factores que determinan el autoconcepto..... | 66 |
| 3.2.- Teorías acerca del autoconcepto..... | 67 |
| 3.2.1.- Autoconcepto en adolescentes..... | 70 |
| 3.3.- El autoconcepto y sus implicaciones en el proceso de aprendizaje..... | 73 |
| 3.4.- La investigación sobre el autoconcepto de las personas con hiperactividad..... | 77 |
| CAPÍTULO 4.- EL FUNCIONAMIENTO ACADÉMICO DEL ALUMNADO CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD | 83 |
| <hr/> | |
| 4.1.- Factores que intervienen en el aprendizaje y sus dificultades..... | 85 |
| 4.1.1.-Inteligencia..... | 85 |
| 4.1.2.-Estrategias de aprendizaje..... | 86 |
| 4.1.3.-Personalidad y rendimiento..... | 87 |
| 4.2.- Ajuste escolar y rendimiento académico en adolescentes hiperactivos..... | 88 |
| 4.3.- Variables implicadas en el logro académico del alumnado con trastorno hiperactivo..... | 91 |

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO 5.- ANTECEDENTES | 101 |
| 5.1.- Justificación del trabajo..... | 103 |
| 5.2.- Objetivos..... | 106 |
| CAPÍTULO 6.- MÉTODO | 109 |
| 6.1.- Descripción de la muestra..... | 111 |
| 6.2.- Instrumentos de evaluación..... | 112 |
| 6.3.- Procedimiento..... | 119 |
| 6.4.- Análisis de los datos..... | 120 |
| CAPÍTULO 7.- RESULTADOS | 123 |
| 7.1.- Test de ansiedad..... | 126 |
| 7.2.- Test de autoconcepto..... | 128 |
| 7.3.- Rendimiento académico..... | 132 |
| CAPÍTULO 8.- DISCUSIÓN | 143 |
| CAPÍTULO 9.- CONCLUSIONES | 153 |
| CAPÍTULO 10.- IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE Y PERSPECTIVAS DE FUTURO | 157 |
| 10.1.- Implicaciones en el proceso de aprendizaje..... | 159 |
| 10.2.- Limitaciones del estudio y perspectivas futuras..... | 163 |
| REFERENCIAS | 165 |
| ANEXOS | 201 |
| Anexo 1.- <i>Autorización parental</i> | 203 |
| Anexo 2.- <i>Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico</i> | 205 |
| Anexo 3.- <i>Escalas diagnósticas del TDAH (DSM-5)</i> | 207 |
| Anexo 4.- <i>Cuestionario STAI</i> | 211 |
| Anexo 5.- <i>Cuestionario STAIC</i> | 213 |
| Anexo 6.- <i>Test Autoconcepto Forma 5 (AF-5)</i> | 215 |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Esta Tesis Doctoral se encuadra dentro de una de las líneas principales del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud) de la Universidad de Murcia, que dirige la Dra. Eva Herrera Gutiérrez. En concreto, la línea dedicada al estudio del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) desde diversas perspectivas y enfoques.

Asimismo, el presente trabajo supone la continuación de un estudio previo sobre ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de secundaria (Cánovas, 2012), realizado bajo la dirección de las Doctoras Herrera Gutiérrez y Peyres Egea, para la obtención del Título de Máster Universitario en Formación del Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional, Enseñanzas de Idiomas y Enseñanzas Artísticas, por la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia.

En el sistema educativo actual, los años que dura la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el Bachillerato coinciden cronológicamente con el inicio y desarrollo de la adolescencia. Esta etapa de la vida, en la que los alumnos abandonan la niñez y se introducen en el camino hacia la adultez, puede resultar especialmente difícil para algunas personas.

Las transformaciones, tanto psicológicas como físicas, llegan sin avisar y pueden causar estragos en los todavía niños, a quienes el cambio ha pillado desprevenidos. No es de extrañar, por tanto, que esta etapa suma a los nuevos adolescentes en un periodo de confusión que puede durar años y que puede dar pie a situaciones complicadas. Como es de suponer, toda esta situación aún se agrava y complica más para aquellos alumnos que han sido diagnosticados de TDAH.

Hoy día encontramos que en los centros de educación, tanto primaria como secundaria, se ha incrementado el número de peticiones, por parte del profesorado, de ayudas y asesoramiento para poder tratar a los alumnos con síntomas de TDAH de una forma adecuada, que garantice su participación óptima en el proceso educativo. Con demandas de atención incluso para aquellos que, aunque no han sido diagnosticados de hiperactivos, presentan síntomas parecidos.

En los últimos años, ha aumentado el interés por desarrollar investigaciones y estudios que permitan conocer el TDAH, entidad psicopatológica reconocida a nivel mundial, generándose así gran cantidad de publicaciones al respecto. Una de las principales causas del gran volumen de divulgaciones sobre esta temática se debe, por un lado, a la elevada prevalencia del trastorno dentro de las alteraciones del desarrollo neurológico. Por otro lado, también se debe al alto número de consultas profesionales que hoy día se están generando, que obedece, en parte, al desconocimiento social que existe acerca de esta alteración.

Por todos estos motivos y con este doble interés, profesional y científico, esta Tesis Doctoral se centra en analizar variables tan significativas durante el proceso de la adolescencia como son la ansiedad y el autoconcepto y su papel en el rendimiento académico de alumnos con y sin TDAH. Es decir, se trata de estudiar si en estos aspectos se muestran de distinta manera los adolescentes, dependiendo de que presenten o no el trastorno, además de examinar cómo influyen e interactúan entre sí todas las variables anteriormente mencionadas.

La presente investigación consta de dos partes: marco teórico y estudio empírico. En la primera parte, se recopilan las principales investigaciones que también tratan la temática de los conceptos principales sobre los que versa este estudio (TDAH, ansiedad,

autoconcepto y rendimiento académico). En la segunda parte, mostraremos el proceso y los resultados y conclusiones de nuestra propia investigación.

En el primer capítulo tratamos los principales aspectos del TDAH. Comenzaremos haciendo un recorrido por el proceso histórico y los cambios que ha experimentado este concepto a lo largo de los tiempos, desde que dicho término se abordó por primera vez de un modo científico, hasta las últimas novedades presentadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última versión (DSM-5). Continuaremos hablando de la sintomatología primaria del trastorno de hiperactividad, para pasar después a mencionar el listado de los diferentes trastornos que se asocian al mismo. En este capítulo también analizaremos los principales factores explicativos que pueden dar cuenta de la presencia de esta alteración en una persona, analizando tanto los factores ambientales y genéticos como el modelo multifactorial. Para finalizar nos ocuparemos del curso evolutivo del TDAH en las personas así diagnosticadas.

En el segundo capítulo, nos detenemos en la variable ansiedad. Al igual que ocurre en el primer capítulo, empezaremos haciendo hincapié en la definición del término para, a continuación, mencionar las diferentes teorías que hoy día explican su aparición, tanto de algunos de los síntomas como del propio trastorno de ansiedad, en la población. Posteriormente se abordará el tema de la ansiedad, pero centrándonos en la población adolescente, analizando cómo afecta esta última a los exámenes y al funcionamiento académico de estos jóvenes. Finalmente, narraremos los principales estudios realizados sobre la hiperactividad y la ansiedad comórbida.

El cuarto capítulo versa sobre el autoconcepto. Siguiendo el mismo proceso que en el capítulo dedicado a la ansiedad, comenzaremos haciendo un recorrido por las diferentes definiciones que se le dan al término autoconcepto, pero indicando además cuáles son

algunos de los factores y componentes que influyen en su desarrollo. Asimismo detallaremos cuáles son las principales teorías acerca de la evolución del autoconcepto. Los dos últimos apartados del capítulo se centrarán en las investigaciones y estudios que abordan la temática de la influencia del autoconcepto en el rendimiento académico en general y, en particular, en las personas con hiperactividad.

Finalmente, para acabar con la parte destinada al marco teórico, trataremos el tema del funcionamiento académico de los estudiantes con TDAH, haciendo un repaso por los diferentes factores que intervienen en el proceso de aprendizaje, así como en las diversas variables implicadas en el logro académico de estos alumnos.

En la segunda parte del trabajo, donde queda recogido el estudio empírico, hacemos nuestra propia contribución a los actuales estudios que tratan el tema del TDAH. Trabajamos sobre una muestra de 200 estudiantes, pertenecientes a la Región de Murcia, de los cuales 100 forman el grupo control (con diagnóstico de TDAH) y otros 100 el grupo experimental, con edades comprendidas entre los once y veinte años, todos ellos escolarizados entre centros públicos y privados. La finalidad de nuestro estudio ha sido analizar y comparar los niveles de ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico de ambos grupos y también examinar posibles diferencias en función del subtipo concreto de TDAH. Se trata de averiguar si la inter-influencia entre estas tres variables en los adolescentes con y sin TDAH se ajusta o no a un patrón similar y, en cualquier caso, qué características tiene.

Los instrumentos empleados han sido el cuestionario STAI y el STAIC, ambos para medir los niveles de ansiedad (uno u otro dependiendo de la edad de los estudiantes). El cuestionario AF-5 nos ha proporcionado los niveles de autoconcepto en sus cinco factores (académico, escolar, familiar, emocional y social). Los datos médicos (subtipos

de TDAH, posibles comorbilidades...) y académicos se han obtenido mediante cuestionarios que recogen los criterios del DSM-5 (APA, 2013), completándose la información diagnóstica por un clínico especializado, y otros datos sobre el funcionamiento escolar de los adolescentes.

Los datos recopilados mediante dichos cuestionarios han sido tratados a través del paquete estadístico SPSS (versión 23.0), realizando varias pruebas para obtener los estadísticos descriptivos (porcentajes, medias y demás valores que nos proporcionan una variedad de información tanto de carácter cuantitativo como cualitativo), así como los correspondientes análisis de varianza de las variables estudiadas.

El estudio de la información recopilada nos ha permitido obtener los niveles de ansiedad y autoconcepto de una muestra de 200 estudiantes de secundaria, para comprobar la influencia de estos factores en su rendimiento académico y, si cabe aún más importante, las diferencias existentes entre quienes presentan TDAH, en sus diferentes subtipos, y aquellos que no lo manifiestan.

Con todo esto, perseguimos mejorar el conocimiento que hoy día existe sobre este trastorno, aportando nueva información y más exhaustiva acerca del alumno con hiperactividad y de sus necesidades. Este conocimiento puede contribuir a ofrecer una mejor y más personalizada orientación, además de ayudar a diseñar óptimos programas de intervención y respuestas educativas eficaces, con la pretensión última de promover el desarrollo integral de los alumnos con TDAH (Herrera-Gutiérrez, 2015). En este sentido, como en cualquier otra problemática infanto-juvenil resulta fundamental la acción educativa de los padres (Parada-Navas y González-Ortiz, 2009), la formación de los docentes (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y López-Ortuño, 2014a; Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y Peyres, 2014b) y el trabajo coordinado con la familia desde un

planteamiento de intervención multimodal (Herrera-Gutiérrez, Sáez-Gutiérrez y Sastre, 2015).

Asimismo, y a pesar de las investigaciones ya realizadas al respecto, consideramos que este estudio es necesario para ampliar nuestro conocimiento sobre la naturaleza de la relación entre ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en población adolescente en general, puesto que estos son aspectos muy importantes para su desarrollo personal y social, más aún durante esta etapa evolutiva por la que transitan. Al mismo tiempo nos gustaría comprobar cómo fluctúan dichas variables en los diferentes grupos de alumnos, experimental (con TDAH) y control (sin este diagnóstico). Por último, a partir de los resultados de este trabajo pretendemos brindar a los profesionales de la enseñanza de algunas herramientas y pautas de intervención que contribuyan al bienestar psicológico y aprendizaje de los adolescentes, en particular de los que presentan un trastorno de hiperactividad.

PRIMER PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

1.1.- Evolución histórica del concepto

La primera vez que en una obra de carácter científico se hizo referencia al término déficit de atención es en la publicación, de 1770, de Adam Weikard, titulada “Der Philosophische Arztl”, en el capítulo sobre los problemas de atención (García-Vallejo, 2013).

Posteriormente fue Sir Alexander Crichton, a finales de los años 70, quién realizó un análisis más detallado de este concepto, mencionando en su obra teorías como “inquietud mental”, donde incluyó ideas como la falta de atención o la inquietud de los niños, a los que llamó “los mueve en exceso” (Crichton, 1978), ambas características similares a los rasgos del subtipo inatento del TDAH.

Más tarde Hoffman, un médico alemán, escribió un cuento llamando “Felipe el nervioso” en 1844. En él relataba la actitud de un niño llamando Phil, donde sus comportamientos estarían describiendo la sintomatología hiperactiva (Hoffman, 1873).

Otra serie de investigaciones también han tratado esta temática. Ireland (1877) estudió la idea de la hiperactividad relacionándola con las perturbaciones mentales. Clouston (1892 y 1899) hablaba de una excesiva reactividad cerebral a los estímulos emocionales y mentales. Bourneville (1897) mencionó una inquietud psicomotora, desobediencia, indisciplina e inatención. Heuyer (1914) explicó la existencia de una posible asociación con un determinado número de síntomas como son el comportamiento “perverso”, la hiperactividad o el déficit de atención.

George Still (1902) es quien realizó una primera definición sistemática del trastorno. En su opinión los niños sufrían de un “defecto en el control moral”, y su falta de control inhibitorio y sus problemas de atención eran la dificultad primaria de dicho trastorno. Tredgold (1914), continuando las líneas de investigación de Still, añadió que la

causa de estas conductas desordenadas residía en el daño cerebral que un niño puede adquirir en el periodo perinatal.

Rodríguez Lafora (1917) fue el primer español en describir las características clínicas de estos niños, destacando rasgos como la falta de déficit cognitivo o sensorial, la constante actividad y desatención, la indisciplina y el nerviosismo.

En esta misma década se produjo una epidemia de encefalitis que afectó a numerosos niños británicos (Navarro-González y García-Villamizar, 2010, 2011). A partir de este momento, se observó que un gran número de estos niños mostraban secuelas conductuales y cognitivas, similares a las halladas en niños con hiperactividad y se habló de “trastorno conductual postencefalítico”, denominación que hacía referencia a un daño cerebral (Benjumea, 2006; Sánchez-Carpintero y Narbona, 2011). Sin embargo, tras continuar con las investigaciones, se dieron cuenta de que estos síntomas se manifestaban también en niños que no tenían una evidencia de haber sufrido algún daño cerebral, por lo que se pensó que dicho trastorno estaba causado por un daño cerebral muy leve y apenas perceptible o, más bien, por una disfunción general, por lo que para el TDAH se acuñó el término de “Daño Cerebral Mínimo” y después “Disfunción Cerebral Mínima” (Calderón, 2003; Navarro-González y García-Villamizar, 2010).

En 1934, Kahn y Cohen propusieron el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” que se caracterizaba por la presencia de impulsividad, inestabilidad emocional, hiperactividad, conducta antisocial, todo ello como consecuencia de una alteración cerebral. Es decir, una alteración en la organización del tronco cerebral causada por encefalopatía prenatal, daño prenatal o perinatal, o por un defecto congénito que afectaba a la modulación del nivel de actividad cerebral.

Strauss y Lehtinen (1947) utilizaron el término de “Síndrome de Strauss” para referirse a esta sintomatología, e identificaron la hiperactividad como una lesión cerebral exógena, donde intervenían factores externos a la propia herencia genética. Mencionaban síntomas como las dificultades perceptivas, impulsividad, perseverancia, hiperactividad, atención escasa e inestabilidad emocional.

A causa de la asociación de la hiperactividad con la encefalitis y debido al hecho de que sus síntomas mejorasen con estimulantes, se originó la idea de que los niños hiperactivos tenían algún tipo de problema cerebral (Acosta, 2007; López, 2008). Por lo que autores como Strauss, Kephart, Lehtinen, Goldstein, en 1955, asociaron el trastorno al concepto de “Lesión Cerebral Mínima”, donde además se hacía hincapié en la necesidad de la detención precoz del trastorno, con el objetivo de poder tratarlo adecuadamente, tanto en el ambiente académico como psicológico (Acosta, 2007; Gutiérrez, 2010).

En la década de los 60 Clements (1966), junto a los ya característicos adjetivos atribuidos al TDAH, como son impulsividad, inatención e inestabilidad, añade por primera vez la idea de bajo rendimiento académico asociado a este trastorno. Con la publicación del estudio de Clements y Petersse (1962) marcó un hito en la historia de la investigación sobre el TDAH, pues en ella se mencionaba la teoría de la disfunción cerebral mínima como la alternativa más eficaz para explicar los problemas comportamentales en la infancia.

En 1968 por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su segunda edición (DSM-II), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se mencionaba el TDAH con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia”. En la siguiente edición (DSM-III), se introdujeron nuevos criterios para la definición del trastorno, denominándolo “déficit de atención con o sin hiperactividad” y

prestando mayor atención a los aspectos atencionales del trastorno (APA, 1980). Pero la revisión del manual (DSM III-R; APA, 1987) supuso un paso atrás al cambiar de nuevo el término por el de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, al ignorar el concepto de Trastorno por Déficit de Atención sin hiperactividad (TDA).

En las ediciones posteriores del manual, (DSM-IV y DSM-IV-TR; APA, 1994, 2000), para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías los síntomas debían presentarse en dos o más ambientes (por ejemplo en casa y en la escuela). Algunos de estos síntomas que causan alteraciones tienen que estar presentes antes de los 7 años de edad. Debe haber pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, es decir de que los síntomas interfieren de forma significativa la vida de la persona. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. El trastorno pasa a denominarse Trastorno por Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad, se consideran los tres subtipos (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado) incluido en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia.

En la última edición del manual de diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) se clasifica al TDAH dentro de los “trastornos del desarrollo neurológico”, a diferencia de la edición anterior que estaba catalogado como “trastorno de conducta y del comportamiento perturbador”. En cuanto a los criterios diagnósticos se establecen dos factores: el de inatención y el de hiperactividad/impulsividad. En el DSM-5 presenta cuatro formas del trastorno a la hora de su evaluación: a) la inatención y/o hiperactividad-impulsividad deben presentar seis o más síntomas, para los adolescentes mayores de 17 años se requiere un mínimo de 5 síntomas, durante al menos seis meses, dentro de un grado de no concuerda con el nivel de desarrollo del adolescente y que afecta principalmente a las

actividades sociales y a las académicas; b) algunos de estos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad deben estar presentes al menos antes de los 12 años de edad; c) varios síntomas tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad deben estar presentes en dos o más contextos; d) deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento académico, social o reducir la calidad de los mismo; e) los síntomas no se deben presentar únicamente durante el curso de una esquizofrenia o de otro trastorno psíquico o mental.

Respecto a la prevalencia del TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más estudiados y prevalentes que afectan a niños/as y adolescentes en edad escolar. De acuerdo con la APA (2013) las encuestas realizadas sobre la población han dado como resultado que el TDAH se da en la mayoría de las sociedades, afectando aproximadamente a un 5% de los niños y a un 2,5% de adultos.

Con el paso del tiempo el porcentaje de personas que presenta este trastorno se ha ido incrementando, a la misma vez que la edad a la que comienza a ser diagnosticado ha ido disminuyendo (García-Vallejo, 2013; Navarro-González y García-Villamizar, 2010). En un principio se pensaba que el TDAH predominaba sobre todo en los varones respecto a las mujeres, pero esta teoría ha ido perdiendo algo de fuerza con el tiempo y actualmente se estima que su prevalencia no es tan dispar en ambos sexos (García, Herrán, Herrán, Rodríguez-Díaz y Ortiz, 2014; Romero-Ramírez, 2007). No obstante, es cierto que en los varones suele predominar la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención y, por esta razón, durante años el TDAH en niñas ha quedado sin diagnosticar. Al no presentar la sintomatología de la hiperactividad el TDA en estos casos quedaba ignorado (Jiménez, 2015; Polaino-Lorente et al., 1997; Rief, 2000).

Asimismo tradicionalmente se consideraba que este trastorno era exclusivo de la infancia y adolescencia. Pero en realidad el trastorno también persiste en la edad adulta con consecuencias más graves para la familia y la sociedad, ya que las mayores dificultades para controlarlas suelen ocurrir a esta edad (Díaz, Jiménez, Rodríguez, Alfonso y Artiles, 2013; Miranda, Meliá de Alba, Marco, Roselló y Mulas, 2006).

Algunos estudios han demostrado que en una proporción de dos de cada 30 estudiantes tienen TDAH, dándose el caso de que muchos de estos niños debido a este trastorno acaban siendo expulsados de la escuela por mantener una inadecuada conducta o por no alcanzar los conocimientos mínimos necesarios para pasar de curso (Puig y Balés, 2007). Con estos datos podemos justificar la importancia que tiene la formación del profesorado sobre los diversos aspectos de este trastorno para, así, poder atender de un forma óptima a las dificultades que presentan estos menores en el ámbito académico y, además, para posibilitar un adecuado desarrollo socio-emocional y propiciar un buen funcionamiento intelectual de estos niños y adolescentes (Martínez-Frutos et al., 2014a, 2014b).

Se sabe que entre 30-50% de niños y adolescentes con TDAH repiten curso por lo menos una vez durante su vida académica y el 35% no acaban el bachiller (Barkley, 1999, 2006). Además de los problemas académicos estos niños suelen tener dificultades en cuanto a sus relaciones sociales, muestran un comportamiento rebelde, lo que puede dar lugar a discusiones y reprimendas por parte de los mayores y, más tardíamente, consumen alcohol y drogas (García, 2006; López, 2008; Miranda, Jarque y Soriano, 1999;).

1.2.- Sintomatología primaria

A continuación se exponen los síntomas principales o primarios del trastorno de hiperactividad, que son la impulsividad, la hiperactividad y la inatención. Estos síntomas pueden estar presentes en mayor o menor grado.

1.2.1.- Impulsividad

Este síntoma se refiere a la necesidad de satisfacer los deseos de una manera inmediata, es decir, los niños hiperactivos siguen el lema “deseo y actúo”, en lugar del que siguen el resto de sus compañeros que es “deseo, pienso y actúo”, puesto que estos últimos poseen un comportamiento reflexivo, a diferencia de los hiperactivos (Orjales, 2002). Actuando de este modo muestran un pobre autocontrol al atender a los estímulos más gratificantes e inmediatos (Miranda et al. 1999; Miranda y Soriano, 2011).

Actúan sin pensar en la repercusión de sus actos, además de no reconocer las consecuencias que han tenido las acciones que han llevado a cabo, lo que les lleva a infligir continuamente las normas básicas, tanto en la escuela como en el hogar (Soutuollo-Esperón, 2008). El hecho de que no sigan las normas establecidas se suele interpretar como un mal comportamiento voluntario pero, en realidad, se debe a una escasa capacidad de autorregulación (Herrera-Gutiérrez, Calvo y Peyres, 2003).

Cuando comienzan con la realización de una actividad lo hacen con entusiasmo, pero pocas, o ninguna vez, logran terminarlas (Callís-Fernández, 2011; Travella, 2001). Esta situación se puede deber a varios motivos, por un lado, a la dificultad que tienen para planificar una determinada actividad o incluso sus propias acciones y, por otro lado, a la dificultad a la hora de eliminar posibles distracciones y centrarse en la tarea que les concierne (Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2011).

Dentro de la sintomatología de impulsividad podemos diferenciar dos factores o dimensiones: la cognitiva y la conductual (Herrera-Gutiérrez, Bermejo, Fernández y Soto, 2011a). La impulsividad cognitiva se define como una tendencia del alumno a precipitar sus respuestas, especialmente en tareas que, de una manera directa o indirecta, pueden conllevar una cierta incertidumbre al responder, lo que provoca el poder cometer más errores (Orjales, 2007).

En cuanto a la impulsividad conductual, se caracteriza por que el alumno actúa dejándose llevar por el ímpetu emocional del momento, sin suficiente control emocional y capacidad de demora de la gratificación (Andreu, Peña y Penado, 2013; Callís-Fernández, 2011). Este tipo de impulsividad implica a elementos más disfuncionales que la cognitiva, en cuanto a su clara asociación con comportamientos de riesgo, sobre todo con la conducta antisocial, la ruptura de normas y el consumo de alcohol y drogas en jóvenes y adolescentes (Andreu, Peña y Larroy, 2010).

1.2.2.- Actividad motora excesiva

El síntoma de hiperactividad se manifiesta por una actividad corporal excesiva, poco organizada, inoportuna y sin ninguna intencionalidad o fin concreto, y es esta última característica comportamental lo que diferencia a un menor hiperactivo de cualquier otro niño o adolescente de su edad (Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010, 2011). Además, estos menores, suelen enfocar la energía excesiva a un objetivo o fin diferente del que sus profesores o padres les han indicado, de ahí que les achaque el ser nerviosos, inquietos e impacientes (Miranda, et al., 1999; Travella, 2011).

En cuanto a esta problemática, dentro del ámbito escolar, los niños y adolescentes hiperactivos suelen interferir con sus compañeros y mostrarse inquietos en su asiento (García, 2006; Soutuollo-Esperón, 2008). Si la lección o explicación que se imparte en el

contexto académico es monótona, aburrida o complicada, esta conducta tiende a incrementarse pero, por el contrario, disminuye si se trata de una actividad más dinámica, innovadora y entretenida (Barkley, 2006; Herrera-Gutiérrez et al., 2003). Por esta razón, unas innovadoras y adecuadas estrategias de aprendizaje son importantes para mejorar el rendimiento académico de estos alumnos.

Si el niño o el adolescente con trastorno hiperactivo se encuentra en un lugar que está muy estructurado o rígido tiende a aumentar el exceso de actividad motora, pero en el caso de estar en entornos más relajados la actividad corporal tiende a disminuir (Herrera-Gutiérrez et al., 2011a; Miranda et al., 1999).

1.2.3.- Déficit de atención

El déficit de atención es un rasgo característico de este trastorno y no tiende a desaparecer con el paso del tiempo. Este síntoma hace referencia a la dificultad que tienen muchos de los alumnos con TDAH para prestar atención en clase o para realizar una determinada tarea durante periodos de tiempo prolongados (Herrera-Gutiérrez et al., 2011a; Orjales, 2002, 2007). Esta dificultad en ocasiones llega a suponer una incapacidad para seguir indicaciones e instrucciones. En las tareas que requieren un intervalo de tiempo largo para su realización no se concentran, puesto que suelen pasar de una tarea a otras sin llegar a acabarlas. Su atención se suele focalizar en los aspectos menos relevantes, mostrándose más vulnerables a los estímulos ambientales que el resto de compañeros (Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Orjales, 1999, 2002). Se suelen aburrir con facilidad, por lo que pierden el interés al sentirse más atraídos por otros elementos y situaciones más reforzadores o gratificantes (Soutuollo-Esperón y Díaz-Suarez, 2007).

Diferentes estudios han demostrado que esta falta de atención puede deberse a un fallo en el cortex prefrontal. Se sabe que esta región es una parte básica del

funcionamiento ejecutivo, puesto que determina la inhibición activa de las acciones menos importantes mientras facilita el curso de aquellas dirigidas a un objetivo determinado (Pelegrín y Tipau, 1995; Tipau-Ustárroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrín, 2002). La corteza prefrontal permite además controlar niveles simultáneos del procesamiento, selección, mantenimiento, actualización y reorientación de la conducta (Aguilar Domingo, 2013; Barkley, 2006).

Estas disfunciones cerebrales pueden afectar a diferentes variables de la capacidad atencional. A la atención sostenida, siendo esta la capacidad de permanecer el tiempo necesario en cualquier actividad o acción hasta su completa realización (Sánchez-Carpintero y Narbona, 2011). A la atención selectiva o focalizada, que es la habilidad encargada de seleccionar los estímulos más importantes sin prestar atención a los demás estímulos que sirven como distractores (Biederman, 2004). Y, por último, a la atención dividida, que supone poder atender a varios estímulos a la vez y llevarlos a cabo (Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010).

1.3.- Problemas asociados

Las personas con TDAH presentan con frecuencia una serie de trastornos que pueden afectar al ámbito de su conducta, al estado de ánimo y/o al aprendizaje. Es lo que se denomina comorbilidad o trastornos comórbidos. Se calcula que entre un 30-70 % de las personas que tienen TDAH presentan alguno de estos trastornos (Artigas-Pallarés, 2003; Atienza, 2006).

1.3.1.- Trastorno negativista desafiante

En la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (DSM-5, APA, 2013) se define el Trastorno Negativista Desafiante (TND) como un patrón de conducta negativista,. El menor discute mucho las órdenes que se le dan, es hostil, desafiante, obstinado y provoca continuamente a sus padres y demás adultos. Hace lo contrario de lo que se le manda, discute las normas e intenta incumplirlas (Mayor y García, 2011).

Para considerar que un niño o adolescente con TDAH además presenta un TND, este trastorno debe durar un período de más de seis meses, de manera persistente, y la explicación de sus síntomas no obedecer a un episodio psicótico o a un episodio propio de un trastorno del ánimo (Andreu et al., 2010, 2013; Artigas-Pallarés, 2003). Podemos identificar de manera precoz a un adolescente con TND por su tendencia a la manipulación y por los problemas de desorganización familiar que suele crear (Kadesjo & Gillberg, 2001).

Las conductas propias del TND suelen darse con más frecuencia con aquellas personas que el adolescente conoce bien, por lo que su aparición es más común en el hogar del menor y pueden no darse en el ámbito escolar (Soutollo-Esperón. 2008; Soutuollo-Esperón y Díaz-Suarez, 2007).

Los síntomas del TND suelen aparecer antes de los 8 años, presentan poca variabilidad a lo largo del desarrollo educativo del menor y se mantienen durante la etapa preescolar y la edad escolar, hasta la adolescencia (Emberley-Moreno y Pelegrina Del Río, 2011).

El trastorno oposicional desafiante suele estar presente en niños con TDAH, ocurriendo a menudo los dos problemas simultáneamente (Artigas-Pallarés, 2003). De hecho, hasta el 40% de los niños con trastorno hiperactivo pueden desarrollar el trastorno oposicional desafiante o el trastorno disocial, este último con comportamientos claramente agresivos (Cardo et al., 2009; Garrido, 2013; Menéndez, 2001).

Normalmente aparece durante los primeros años de la niñez, aunque tiende a agravarse en la adolescencia; al tener tantos problemas en el colegio y con los padres, los jóvenes acaban por desafiar todas las reglas, oponerse a todo y empiezan a faltar a clase, escaparse de casa, etc. (Díaz-Atienza, 2006).

Los adolescentes con este trastorno de conducta incumplen repetidamente las normas sociales y se saltan los derechos de los demás, pudiendo llegar hasta la delincuencia juvenil (Artigas-Pallarés, 2003).

Los estudios indican que entre un 1,5% y un 3,4% de los jóvenes pueden sufrir este problema, siendo entre 3 y 5 veces más frecuente en chicos que en chicas (Andreu et al., 2010, 2013; Kutcher et al., 2004; Mirón, Serrano, Godás y Rodríguez, 1997). En el caso de los adolescentes con TDAH, el trastorno oposicional desafiante es el trastorno comórbido más frecuente (Shanahan, Erkanli, Castello & Angold, 2013).

Este grupo comórbido es también especialmente propenso al uso de drogas y alcohol (Mick, Biederman, Faraone, Sayer & Kleihman, 2002), tanto en la adolescencia como en la edad adulta, incluso pueden llegar a sufrir algún arresto asociado a esta problemática por parte de las autoridades (Calderón, 2003).

Otros estudios científicos han demostrado que existe una alteración cerebral, como explicación de los trastornos conductuales presentes en estos adolescentes, por lo que no se trataría únicamente de unos inadecuados hábitos educativos llevados a cabo por parte de la familia y/o de la sociedad (Díez-Suarez, Figueroa-Quintana y Soutullo-Esperón, 2006; Kutchner et al., 2004).

En cuanto a la relación del trastorno oposicional desafiante y la familia, la disrupción familiar que ocasionan puede ser muy importante y crear serios problemas en la convivencia familiar (Kutcher et al., 2004). La separación y disputas matrimoniales, la adversidad familiar y los hogares poco estables pueden facilitar la aparición de un trastorno de conducta en un adolescente con TDAH (Kieling, Roman, Doyle, Hutz & Rohde, 2006).

1.3.2.- Trastorno disocial

Cuando los adolescentes con TDAH tienen asociado un diagnóstico de trastorno disocial, la probabilidad de presentar además otros problemas de conducta, como son accidentes de tráfico, problemas afectivos, rechazo social y problemas escolares y académicos (absentismo escolar, bajo rendimiento escolar, problemas con los compañeros de clase...) se incrementan considerablemente, dando lugar a un aumento los riesgos y limitando la efectividad de las intervenciones (Caballo y Simón, 2009; Fergusson, Horwood, Linskey, 1994).

Este trastorno, de carácter disocial, se entiende como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad (Jiménez, Sánchez y González, 1994; Navarro, 2009). La comorbilidad de ambos trastornos, TDAH y trastorno disocial, supone la manifestación de acciones antisociales graves, como conductas agresivas o delictivas,

lo que supone un deterioro y un perjuicio grave y significativo, tanto para ellos como para su entorno, pudiendo incluso aparecer problemas con la justicia (Garrido, 2013; Kadesjo y Gillberg, 2001).

Las intervenciones con niños/as o adolescentes con TDAH, especialmente aquellos donde existe la presencia de un trastorno disocial asociado, requieren de mayor supervisión y control (Caballo y Simón, 2009). Efectivamente, cuando un adolescente con TDAH además presenta un trastorno disocial es necesario trabajar en su autocontrol, para mejorar las conductas de riesgo y sus comportamientos problemáticos (Calderón, 2003; Díaz-Atienza, 2006). También es importante trabajar sobre el entorno de estos menores (ambiente familiar, escolar, social), así como establecer normas y límites de actuación (Artigas-Pallarés, 2003; Ferguson, Horwood & Linskey, 1993).

1.3.3.- Trastornos afectivos

La mayor parte de los estudios establecen que los trastornos afectivos están presentes en el 20-30% de las personas con TDAH, con un riesgo de padecerlos 5 veces superior al de la población normal (Cornejo et al., 2005; Mayor y García, 2011). Dichos trastornos consisten en una serie de alteraciones emocionales que dan lugar a un estado de ánimo deprimido, triste, eufórico o irritable. También pueden generar en este colectivo la idea de inutilidad, de culpa, de inferioridad, pensamiento suicida o autolesivo, así como alteraciones físicas de la energía, el apetito y el sueño (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008; Garrido, 2013; Navarro, 2009; López, López y Díaz, 2016).

Dentro de los trastornos del humor, las alteraciones que más comúnmente se dan son la depresión y el trastorno bipolar o maniaco-depresivo (Furegato, Santos & Silva, 2008). Los síntomas depresivos que más se suelen apreciar en adolescentes con TDAH son la falta de autoestima o bajo autoconcepto, el estado de ánimo irritable, falta de

energía, somatizaciones y problemas del sueño (Bakker y Rubiales, 2012; López-Villalobo, Serrano y Delgado, 2008).

En el trastorno bipolar o maníaco-depresivo, además de encontrarnos con episodios de depresión (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2008), también pueden existir episodios de manía, fuertes cambios de humor (euforia, irritabilidad), disminución de la necesidad de dormir, comportamiento hiperactivo y síntomas paranoides, ánimo exaltado, realización de actos atrevidos, pensamiento veloz, hipersexualidad, pensamiento muy agudo, intensidad en la dirección de la acción a un objetivo, sentimiento de grandiosidad, absurdidad, falta de inhibición en dirigirse a la gente, fuga de ideas, incremento de la productividad, humor irritable y lenguaje acelerado (Díaz-Atienza, 2006; García-Fernández, 2013; López, 2008; Lufi & Parish-Plass, 1995).

1.3.4.- Trastornos del sueño

Los niños y adolescentes con TDAH suelen tener problemas para mantener y conciliar el sueño, tienen dificultades para dormirse, se despiertan durante la noche o muy temprano por la mañana (Artigas-Pallarés, 2003; Díaz-Atienza, 2006; Eddy y Ugarte, 2011). Esta situación se agrava en el caso de los adolescentes, puesto que estos jóvenes no duermen lo suficiente ya que tienen demasiadas obligaciones y suelen sacrificar horas de sueño. Sin embargo, los problemas del sueño pueden mantener a muchos adolescentes despiertos durante toda la noche aunque deseen dormir (Soutullo-Esperón, 2008; Soutullo-Esperón y Díez-Suárez, 2007). A medida que pasa el tiempo, esas noches sin suficiente sueño (bien sea causadas por un trastorno o por no destinar el tiempo necesario para dormir lo suficiente) pueden derivar en una deficiencia de sueño crónico (Garrido, 2013).

Las personas con deficiencia de sueño son incapaces de concentrarse, estudiar y trabajar de manera efectiva. Pueden presentar también somnolencia (hablan mientras están durmiendo), terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo (Idiazábal-Aletxa y Aliagas-Martínez, 2009). Sin embargo, parece que la calidad de su sueño es sustancialmente similar a la de los niños sin TDAH (Eddy y Ugarte, 2011).

Durante la adolescencia, el ritmo cardiaco del cuerpo se modifica y hace que el adolescente se duerma más tarde por la noche y, por lo tanto, se levante más tarde por la mañana (García-Jiménez et al., 2004). Este cambio en el ritmo cardiaco parece ser ocasionado por el hecho de que, en comparación con los niños y los adultos, los adolescentes producen melatonina, una hormona del cerebro, durante la noche y esto hace que les resulte más difícil conciliar el sueño (Sandberg, 1996). En algunos casos, este retraso en el ciclo del sueño y la vigilia es tan marcado que afecta el funcionamiento diario de quien lo padece. Si esto ocurre, se habla del síndrome de la fase de sueño retrasada (García-Jiménez et al., 2004; Martínez-Bermejo, Moreno-Padilla y Soler-López, 2008; Polaino-Lorente et al., 1997).

Este trastorno, en relación con la calidad y cantidad del sueño, puede dar lugar a un deterioro gradual en el adecuado funcionamiento del adolescente (García-Jiménez et al., 2004). Para que se produzca esta situación tendría que darse un caso grave de este trastorno y estar relacionado además con altos niveles de ansiedad y/o depresión. Es decir, la dificultad para conciliar el sueño puede no ser un trastorno en sí, sino estar relacionada con otros trastornos comórbidos (Idiazábal-Aletxa y Aliagas-Martínez, 2009).

1.3.5.- Trastorno de tics

Los tics son movimientos o producciones vocales, de carácter brusco, que aparecen de forma repetitiva, estereotipada y son de tipo involuntario y no rítmico (APA, 2013). Los tics de origen transitorio aparecen entre un 4 y un 16% de los niños o adolescentes en algún momento de sus vidas, los de origen crónico aparecen en un 0,1% de los casos (Steger et al., 2001).

Para considerar que existe un trastorno de tics, ya sea de carácter motor o vocal persistente, alguno de los dos han de estar presentes, pero no a la vez. Pueden darse de manera intermitente pero ha de ser persistente durante más de un año y durante varias veces al día. Han de darse antes de los 18 años y su aparición no deberse a los efectos fisiológicos de una sustancia o por una enfermedad. Además, estos tics tampoco se explican por la existencia de otro tipo de trastorno en el niño o adolescente, como por ejemplo el de Tourette (APA, 2013).

El TDAH y los trastornos de tics evolucionan de manera distinta e independiente. Mientras que el porcentaje de remisión del TDAH tiende a ser baja, un 25%, la reducción del trastorno de tics suele ser más elevada, hablamos de un 65% (Spencer, Biederman, Wilens, 1999; Spencer et al., 2001). Sólo un 2% de los adolescentes tienen tics crónicos puesto que la mayoría de ellos al llegar a la adolescencia tienden a mejorar (Díaz-Suárez et al., 2013).

En cuanto al trastorno de Gilles de la Tourette consiste en tics motores y vocales de carácter crónico y aparece en una frecuencia de 0,03-1,6% niños (Steger et al., 2001). Es la forma más común de representación de los tics durante esta edad. La natural evolución de este trastorno tiende a ir reduciéndose. Entre los 8 y 12 años es donde encontraremos su máximo empeoramiento, ya que durante la adolescencia la frecuencia de los tics va

disminuyendo hasta llegar a desaparecer, en la mayoría de los casos, en la edad adulta (González-Ribes, Martín-Carrera, Martínez-González, Garaizar y Prats-Viñas, 2003).

Un aspecto a destacar, en este tipo de trastorno, es la existencia de factores psicosociales que favorecen el inicio y la evolución de estos tics, pues por ejemplo esta sintomatología tiende a empeorar en épocas de estrés (Garrido, 2013; Navarro-González y García-Villamizar, 2011). La aparición de estos trastornos de tics en niños con TDAH es de un 25-50%. Alrededor del 70% de las personas que presentan el trastorno de Tourette también tienen TDAH (González-Ribes et al., 2003; Sautuollo-Esperón, 2004).

1.3.6.- Trastorno de coordinación motora

Aunque la musculatura de estos niños y adolescentes está bien desarrollada, son fuertes, con agilidad y elásticos, el problema radica en las habilidades motoras, que están muy por debajo de lo esperado para su edad, como puede ser falta de equilibrio, agilidad, habilidad y coordinación como: choques, caídas frecuentes, poca habilidad para ciertos deportes, etc (Shanahan et al., 2013).

También presentan problemas en la coordinación motora fina (CMF), lo cual se ve reflejado en dificultades en determinados gestos como, por ejemplo, a la hora de coger un lápiz (viéndose mermada en la calidad de la letra que suele ser difícil de entender), o dificultades con al teclear el ordenador, puesto que la coordinación motora fina es la encargada de producir movimientos pequeños y precisos (Artigas-Pallarés, 2003; Garrido, 2013; Navarro, 2009; Piek, Pitcher & Hay, 1999). La falta de agilidad en esta CMF suele venir acompañada de hipotonimia muscular con hiperflexibilidad e hipersensibilidad articular; es decir, el alumno adopta una serie de posiciones muy peculiares, tanto en los momentos en los cuales el cuerpo está en reposo, como cuando está realizando cualquier tipo de ejercicio (Poeta y Rosa-Neto, 2007).

En niños con TDAH la comorbilidad con Trastorno Dismórfico Corporal aparece en un 47-50 %. Sin embargo, el dato más interesante de los estudios realizados con los niños que presentan TDAH y TDC conjuntamente es que estos presentan peor pronóstico (Kadesjo & Gillberg, 2001; Piek et al., 1999). Los problemas que se han detectado significativamente más frecuentes en el grupo TDAH/TDC, con respecto al grupo TDAH, son: personalidad antisocial, abuso de alcohol, drogas, delincuencia, dislexia y bajo nivel educacional (Vásques et al., 2012). Por tanto, se les debe prestar una especial atención y minimizar, en lo posible, la repercusión psicosocial del trastorno, e intervenir precozmente con las terapias que se consideren oportunas para cada caso (Artigas-Pallarés, 2003; Velting & Whitehurst, 1997).

El TDC también influye en el lenguaje, puesto que estos niños y adolescentes hablan demasiado rápido, encadenando unas palabras con otras, con una importante falta de pronunciación y con una mala acentuación de las palabras (Salamanca, Naranjo y González, 2013).

1.3.7.- Trastornos del aprendizaje

Nos encontramos con que el TDAH es la alteración más frecuente que tienen niños y adolescentes que se encuentran en edad escolar. Más del doble de niños con TDAH tienen dificultades de aprendizaje, en comparación con la población general (Miranda, Jarque y Rosell, 2006). El rendimiento académico se ve mermado por varias razones, por el déficit de atención que bloquea su aprendizaje, por las amonestaciones derivadas de su conducta perturbadora debido a la impulsividad, pero también por su asociación con trastornos específicos del aprendizaje (Rief, 2000; Puig y Balés, 2007).

Más de un 20% de los niños con TDAH presentan trastornos específicos de la lectura, escritura o de las matemáticas (Lora-Espinosa y Díaz-Aguilar, 2013). Estos

trastornos se diagnostican mediante una serie de pruebas específicas disponibles habitualmente en los Gabinetes Psicopedagógicos o Departamentos de Orientación Escolar propios del centro al que el alumno hiperactivo pertenece (Magallón y Narbona, 2009).

En los trastornos de aprendizaje, concretamente los problemas de lectura, los niños se saltan palabras e interpretan mal el texto, tienen dificultad para captar las ideas principales de un texto. Además presentan problemas en la expresión escrita y en la ortografía (Collados-Torres, López-Ortuño y Cánovas, 2014). Éstos son los más frecuentes entre este tipo de niños, además suelen acompañarse inicialmente de un retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para retener la información auditiva, e importantes dificultades en la pronunciación, según la última publicación del DSM-5 (Castro, 2012; APA, 2013).

Es un estudio con 300 escolares con problemas de lenguaje, el 53% de los casos cumplían criterios para ser diagnosticados de TDAH (Cantwell & Baker, 1991); en otro estudio epidemiológico con una muestra psiquiátrica, la asociación de TDAH y problemas de aprendizaje llegó al 63,6% (Díaz-Atienza, 2006).

En el área de las matemáticas, su impulsividad conlleva que comentan errores en las operaciones de cálculo. Tienen dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo, lo que les lleva a no fijarse en el signo matemático, por lo que pueden cambiar una suma por una resta y viceversa, (Miranda et al., 2006; Meliá de Alba, 2008). Tienen demás dificultades en el razonamiento matemático, puesto que responden de manera precipitada a un problema sin haberse fijado en el enunciado y no siguen un orden lógico y organizado para resolverlo (APA, 2013). También presentan una serie de dificultades en la automatización, como puede ser el aprenderse las tablas de multiplicar,

y dificultades a la hora de realizar operaciones aritméticas (Miranda et al., 1999, 2002, 2006).

El bajo rendimiento académico se va viendo mermado y comprometido conforme el esfuerzo académico va siendo mayor y más exigente, encontrándose bajos resultados académicos hasta en un 8% de los adolescentes con TDAH (Vidal-Abarca y Soriano, 2011).

En cuanto al origen, hay autores que defienden que los síntomas primarios del TDAH pueden provocar la aparición de trastornos del aprendizaje (Cantwell & Baker, 1991; Calderón, 2003). Por el contrario, otros autores afirman que son las dificultades de aprendizaje las que llevan a los alumnos a manifestar falta de atención e hiperactividad (Faraone et al., 2005; Miranda et al., 1999). Algunos señalan que son trastornos independientes pero comparten importantes factores biológicos y/o ambientales, mientras que otros señalan causas distintas en el origen de ambos (Ferguson, et al., 1993).

1.3.8.- Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad engloban un grupo diverso de patologías que se caracterizan por la presencia de temores, preocupación excesiva y recurrente de algo malo va a ocurrir, evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad (Arribas, 2009; Cánovas, 2012; Perrin & Last, 1996). En algunos casos pueden aparecer síntomas como la tensión muscular, la intranquilidad, el cansancio excesivo o problemas para dormir (Roselló, Pitcharch y Abad, 2002).

Este trastorno es muy recurrente, tanto en la infancia como en la adolescencia, pero los alumnos que están diagnosticados de TDAH y de trastorno de ansiedad comprobamos que su sintomatología se agrava: excesiva preocupación por su competencia y habilidad en determinadas asignaturas y preocupación irreal por futuros acontecimientos o

situaciones cotidianas que pueden generarle un calvario (López-Villalobos et al., 2008; Perrin & Last, 1996).

Se calcula que entre un 8% y un 21% de la población con TDAH presentan algún tipo de trastorno de ansiedad, de los cuales un 7% pueden llegar a tener un deterioro grave debido a padecer altos niveles que, por lo general, siguen un curso crónico y persistente a lo largo del ciclo vital del niño y adolescente (Perrin & Last, 1996). Cuando se presentan juntos, el TDAH y el trastorno de ansiedad producido por la separación de los padres los problemas asociados con la ansiedad tienden a agravarse (Espada, Méndez y Orgilés, 2008; Fergusson et al., 1993).

El TDAH y la mayor vulnerabilidad de los jóvenes por las consecuencias familiares de la separación, tienen incrementar el riesgo de desarrollar fobia escolar, peor adaptación al colegio y a la realización de determinadas actividades, sobre todo las de carácter grupal, mala relación familiar y con los compañeros y peor rendimiento académico (Lufi & Parish-Plass, 1995).

La sintomatología propia de la ansiedad va a repercutir de un modo notable en el rendimiento escolar y en el desarrollo social y familiar del adolescente (Cánovas, 2012; Cánovas, Herrera-Gutiérrez y Peyres, 2014a; Reinblatt & Walkup, 2005). Pero, hay que tener en cuenta también que la sintomatología ansiosa puede propiciar, en ocasiones, que se produzca una disminución de la impulsividad característica del TDAH, lo que le va a permitir al adolescente tener una aptitud más reflexiva sobre los actos que lleva a cabo permitiéndole, así, tener menos accidentes y conductas arriesgadas (Espada et al., 2008; Miranda et al., 1999).

1.4.- Factores explicativos

Si bien la causa que origina este trastorno no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética, que interactúa junto con factores ambientales. Aunque el TDAH es uno de los trastornos con más carga genética (Artigas-Pallarés, 2003; Faraone et al., 2005), ya que tiene un componente hereditario superior al 75 %, en él también influyen factores ambientales (Herreros, Rubio, Sánchez y García, 2002), por lo que a la hora de explicar los modelos sobre los factores que intervienen en la aparición del TDAH haremos una división entre factores genéticos, ambientales y modelo multifactorial.

1.4.1.- Factores genéticos

La prevalencia del TDAH es mayor en familiares de personas con este trastorno, con respecto a aquellos que presentan un desarrollo normal o típico. A este respecto debemos destacar una serie de datos relevantes: Un padre con TDAH incrementa 8 veces el riesgo de que los hijos muestren el mismo trastorno. Los padres o hermanos del menor tendrán TDAH con una probabilidad del 20-25% (Artigas-Pallarés, 2003; García-Vallejo, 2013; Jiménez, 2015). Es muy frecuente la afección de ambos gemelos, puesto que hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos (Barkley & Murphy, 2005). El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91 (Soutullo-Eseperón y Díez-Suárez, 2007).

Otros son los factores neuroquímicos, presentes cuando se producen una serie de alteraciones dentro del flujo sanguíneo cerebral, lo que dará lugar a una activación en la zona de la región frontal temporal, límbica y talámica (Semrud-Clikman y Teeter-Elison, 2011). Cabe señalar también los problemas del cortex prefrontal, producido durante el nacimiento y por lo tanto de prevalencia genética. Es el responsable de producir una

alteración de las funciones ejecutivas, lo que se traduce en déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, dificultad para la organización y el orden temporal, para la planificación de tareas complejas, para demorar las gratificaciones a esfuerzos o para soportar pequeñas esperas (Jímenez, 2015; Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifá y Casas, 2007).

Se sabe que una de las principales causas del origen genético del trastorno hiperactivo, es una alteración neurobiológica (García-Vallejo, 2013). No obstante la peculiaridad y diversidad de las características genéticas del TDAH, al no seguir la segregación genética mendeliana (lo que está asociado a heterogenicidad genética y genotípica), junto con la interacción con otros genes no conocidos y la ausencia de un fenotipo claramente establecido, hace que todo estos factores dificulten el poder establecer con es la causa del trastorno (Acosta, 2007, Arenas y Puigcerver, 2009). Además es difícil definir cuál es el impacto individual que tienen las contribuciones genéticas, puesto que estas están más o menos favorecidas por una serie de causas ambientales (Biederman, 2004).

1.4.2.- Factores ambientales

Dentro de los factores neurobiológicos, pero de carácter no genéticos, conocidos como factores ambientales, destacan algunos como posible influencia de las causas de este trastorno.

Se ha comprobado que complicaciones durante el nacimiento del bebe, como puede ser un alumbramiento prematuro, la duración del parto, un sufrimiento fetal, hemorragias antes del parto o un bajo peso del bebe puede incrementar una cierta predisposición al TDAH. Otro factor puede estar relacionado con una encefalopatía hipóxico-isquémica, un síndrome que se manifiesta en la primera semana de vida y es producido por una

disminución del suministro de oxígeno o por la disminución sostenida del flujo sanguíneo cerebral (Herrero et al., 2002; Spence et al., 2001).

El consumo de tabaco o alcohol por parte de la madre durante el embarazo también está relacionado (Becoña y Míguez, 2005; Kielin et al., 2006). Numerosos estudios han corroborado la influencia de que una madre fume durante el embarazo con el posterior surgimiento del TDAH en sus hijos (Becoña y Míguez, 2004; Biederman, 2004; Mick et al., 2002). Autores como Barkley & Murphy (2005) también mencionan el estrés y la ansiedad sufridos por la madre durante el embarazo como posible predictor del TDAH en el hijo.

Otros factores ambientales están relacionados con el consumo de drogas durante la gestación del bebé (Mick et al., 2002). También se ha relacionado al TDAH con la exposición a tóxicos ambientales como son los metales pesados (arsenio, aluminio, cadmio, mercurio) durante el embarazo y con la exposición durante los primeros meses de vida al plomo o zinc. Se ha encontrado en los análisis sanguíneos de niños y adolescentes con hiperactividad niveles más altos de estos metales pesados, en comparación con los resultados de los análisis de los menores sin este trastorno (Braun, Klahn, Froehlich, Avinger & Lanphear, 2006).

También influye el sufrir un traumatismo craneo-encefálico durante la primera infancia o una infección en el sistema nervioso central (Pelegri y Tirapu, 1995; Romero-Ramírez, 2007) Así el origen del TDAH puede ser una disfunción neurológica en la zona cerebral que controla los impulsos y filtra los estímulos sensoriales y fija la atención por factores ambientales (Rief, 2000). A este respecto, Puig y Balés (2007) añaden que la base orgánica de este trastorno se debe al déficit de dos neurotransmisores, la dopamina y la noradrenalina.

Cabe destacar igualmente la influencia, que como veremos a continuación, tienen los factores contextuales en el curso del trastorno (Herrera-Gutiérrez et al., 2003, 2011a).

1.4.3.- Modelo multifactorial

Es poco probable la existencia de un único factor como explicación de la aparición del TDAH, por lo que se presenta como dominante la hipótesis multifactorial donde se entiende que en el nacimiento y mantenimiento del trastorno se combinan factores neurobiológicos, genéticos y ambientales diversos, entre los que destacan las circunstancias perinatales, la crianza y la educación recibida (Bakker, 1999; Bakley & Murphy, 2005).

Desde esta perspectiva, el comportamiento de los niños y adolescentes hiperactivos no sería concebido únicamente como un problema médico, sino que estarían implicados en su origen y evolución otros factores. Por tanto, la mera presencia de factores orgánicos no sería suficiente para justificar y explicar la aparición o la evolución del trastorno hiperactivo, siendo más apropiado adoptar este enfoque multicomponente (Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2003, 2011a). Se trata de un trastorno complejo, con diversas manifestaciones clínicas o subtipos (Aguilar Domingo, 2013; Aguilar-Domingo, Gómez-Amor & Herrera-Gutiérrez, 2011; Aguilar-Domingo, Herrera-Gutiérrez y Gómez-Amor, 2013) y que, en consecuencia, conlleva abordajes específicos.

1.5.- Curso evolutivo

Durante mucho tiempo se ha pensado que el TDAH desaparecía al llegar la adolescencia, pero los datos de los estudios más recientes que se han realizado sobre este tema muestran una realidad bien distinta: el TDAH en adultos y adolescentes también existe (Cornejo et al., 2005; De la Peña et al., 2013; Sautuollo-Esperón, 2008). Según

algunos de estos estudios (Cornejo et al., 2005; Ferguson, Horwood & Linskey, 1994; Garrido, 2013) hasta un 30-80% de los niños diagnosticados continúan con síntomas en la adolescencia, y más del 50% tienen TDAH cuando son adolescentes o adultos. En estos casos la hiperactividad, entendida como exceso de movimiento, no suele ser muy evidente puesto que va disminuyendo, al igual que la impulsividad (de ahí la idea tan difundida de su desaparición). Los síntomas que suelen persistir al llegar la adolescencia son, sobre todo, los relacionados con el déficit de atención a nivel social, familiar y académico (Cornejo et al., 2005; Miranda et al., 1999).

La diferencia existente entre niños y adolescentes, en cuanto a la sintomatología del TDAH, es que los niños presentan una continua sensación de inquietud, una mala organización de los deberes al no atender, lo que les lleva a cometer errores. Normalmente evitan realizar las tareas en casa e interrumpen continuamente a los mayores (Spencer et al., 1999). No tienen paciencia para esperar su turno a la hora de jugar y se mueven continuamente (Lora-Espinosa y Díaz-Aguilar, 2013). Los adolescentes, en cambio, también presentan una sensación continua de inquietud, la cual no se ve tan reflejada en sus movimientos corporales, al contrario de lo que ocurre en el caso de los niños. Son desorganizados en el estudio y no estudian de manera independiente, y muestran dificultades para mantener relaciones sociales con sus compañeros (Cornejo et al., 2005; Ferguson et al., 1994).

La problemática de llegar a la adolescencia con un trastorno de este tipo es que se puede agravar el consumo de alcohol o drogas y que estos adolescentes, al ser más impulsivos que reflexivos, tienen más alteraciones conductuales en comparación con otros adolescentes que no tengan TDAH, por lo que presentan más probabilidades de implicarse en diversas conductas de riesgo (Ocha-Mangado, Madoz-Gúrpide, Villacieros-Drubñan, Llama-Sierra y Sancho-Acero, 2010). De la misma manera pueden tomar

decisiones precipitadas en las relaciones de pareja, conduciendo su moto o bicicleta, al iniciarse en el mercado laboral, etc. (Garrido, 2013).

No hay que olvidar las repercusiones del déficit de atención del propio TDAH en los adolescentes. Un menor con dificultades para mantener la atención, si no ha seguido tratamiento, con mucha probabilidad abandonarán sus estudios, y tendrán un sentimiento de inadecuación e incapacidad (Magallón y Narbona, 2009). Dentro del plano escolar, es común el rechazo al instituto y al sistema educativo en general, aun siendo notablemente inteligentes, ya que estos además implicaría un desafío y autocontrol de sus síntomas (Sautuollo-Esperón, 2008). Este fracaso, que siempre lleva asociado críticas, "sermones" y reflexiones de los adultos, contribuirá a disminuir todavía más su autoestima y autoconcepto, sin dejar de tener en cuenta que la adolescencia es el periodo de la vida en el que la autoestima está más baja y que es un síntoma destacado en el TDAH en los adolescentes y adultos (De la Peña et al., 2013).

CAPÍTULO 2

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y TRASTORNO HIPERACTIVO

2.1.- Concepto de ansiedad

La ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable, en el que el individuo que la presenta se caracteriza por la anticipación al peligro, con un predominio de síntomas psíquicos y por la sensación de catástrofe o de la existencia de una amenaza inminente. En la ansiedad, se da una combinación tanto de síntomas cognitivos como fisiológicos, los cuales se manifiestan en una continua reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, pero no siempre de la mejor manera posible (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Uno de los rasgos propios de la ansiedad es que puede ser más o menos transitoria y, a su vez, puede variar en cuanto a la intensidad con la que afecta al individuo. Este rasgo depende de cómo se valoren las distintas circunstancias amenazantes que envuelven al sujeto en cuestión. Una persona que presenta un alto grado de ansiedad en su día a día tenderá a reaccionar de manera ansiosa a la mayoría de circunstancias problemáticas que se le presenten a lo largo de su vida (Miguel-Tobal, 1996).

El término ansiedad al que nos referimos alude a la combinación de distintas manifestaciones, tanto físicas como mentales, que no tienen por qué ser atribuibles a peligros reales, sino que se puede expresar de distinta manera, como por ejemplo a través de una crisis ante estímulos inofensivos. Si esta crisis se prolonga pueden dar lugar a la aparición del pánico (Gutiérrez y Portillo, 2013).

Para la Psicología de la Personalidad, la ansiedad se entiende en la doble dimensión de estado y rasgo. La ansiedad estado determina los estados transitorios de ansiedad, aquellos sentimientos de aprensión, tensión y preocupación que varían de intensidad y fluctúan con el tiempo (Martín y Juidías, 2008). Desde el punto de vista de la ansiedad rasgo (personalidad neurótica), se da una tendencia individual a responder de

forma ansiosa (Lorenzo et al., 2003). Es decir, se tiende hacia una interpretación por parte del individuo, tanto de la situación como del estímulo, caracterizada por la sensación de peligro o amenaza, respondiendo ante la misma con un estado de ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica, con una base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones (Sierra et al., 2003).

De acuerdo con este planteamiento el cuestionario STAI (*State and Trait Anxiety Inventory*) de Spielberg, Gorsuch y Lushene(2002) también hace una diferenciación en la conceptualización del término ansiedad, como estado y como rasgo. La ansiedad estado hace referencia a la reacción de la persona ante una situación determinada y transitoria, caracterizada por un estado cognoscitivo de continua preocupación, por un posible fracaso o una mala realización en una determinada tarea y por todas las consecuencias nocivas que esto pueda conllevar en su autoestima y autoconcepto, además de las repercusiones negativas en las relaciones sociales. Todo esto lleva al individuo a tener una reacción de nerviosismo, tensión y activación fisiológica. Por el contrario la ansiedad rasgo alude a una característica propia de la que tiene un carácter estable. El rasgo, propiamente dicho, hace referencia a la tendencia general que presenta un sujeto a reaccionar de manera ansiosa ante determinadas situaciones o contextos, es decir, concibiéndolos como amenazantes o peligrosos, de ahí que respondan de esta forma.

2.2.- Teorías sobre los trastornos de ansiedad

Según el DSM-5 (2013), los trastornos de ansiedad comparten las características que poseen el miedo y la ansiedad excesiva, puesto que tienen rasgos similares, así como particularidades conductuales. Aunque la ansiedad la asociamos, sobre todo, a la

preocupación ante un peligro futuro, a comportamientos evitativos y cautelosos y a una cierta tensión muscular. Los trastornos específicos de ansiedad se diferencian de estos dos conceptos por desarrollarse más allá de lo apropiado y por ser excesivos. En la tabla 1 presentamos una lista con los trastornos de ansiedad que aparecen en el DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1. *Trastornos de ansiedad según el DSM-5*

| NOMBRE | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | DURACIÓN |
|---|--|---|
| Trastorno de ansiedad por separación | Ansiedad intensa y persistente por tener que separarse de una persona a la que se está estrechamente vinculada. Esta ansiedad se pone de manifiesto en un mínimo de tres síntomas clínicos de preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a estar solo en casas y/o pesadillas o dolor físico ante la separación de dicha persona. | Deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes. |
| Mutismo selectivo | A pesar de que la persona habla en otras situaciones, en estos casos se presenta una incapacidad para pronunciarse oralmente en determinados contextos sociales, como por ejemplo en clase, lo que repercute en el logro académico o altera su comunicación normal. | Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela). |
| Fobia específica | Se presenta como miedo, ansiedad o evitación hacia objetos o situaciones concretas. Es una situación fóbica precisa que se da en un grado permanente o desmedido al auténtico riesgo presentado. La fobia específica pueden ser a: inyecciones, sangre o heridas, al entorno natural, animales... | Deben estar presentes un mínimo de 6 meses. |
| Trastorno de ansiedad social (fobia social) | La ansiedad o el miedo se presentan en este caso ante un posible escrutinio o a ser juzgado por parte de otros. También evita situaciones sociales, reuniones, comer delante de personas, ofender a terceros o ser humillado o avergonzado. | Deben estar presentes un mínimo de 6 meses. |

| | | |
|--|---|--|
| Trastorno de pánico | Son crisis de pánico que se manifiestan de un modo recurrente e inesperado. Son situaciones de miedo que alcanzan su apoteosis en muy poco tiempo. Estas crisis pueden ser esperadas o inesperadas, lo que mantiene a la persona en un estado de alerta e inquietud constante. | |
| Agorafobia | Presenta síntomas similares a las crisis de pánico. Las personas se sienten ansiosas o temerosas en lugares en los que escapar resultara complicado o existiría una carencia de ayuda. Estas situaciones serían evitadas a menudo puesto que inducen a ciertos miedos o ansiedad. En ocasiones se buscaría la presencia de un acompañante para superar estas situaciones. | Deben estar presentes un mínimo de 6 meses. |
| Trastorno angustia generalizada | Sobre varios aspectos aparece una ansiedad excesiva y persistente, por lo que a la persona le es difícil de controlar. Esta angustia viene acompañada de síntomas físicos que agravan el problema. | Deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses. |
| Trastorno de ansiedad inducido por sustancias-medicación | La ansiedad aparece por causas de origen médico o como consecuencias de haber padecido una enfermedad. También puede deberse a la retirada de algún medicamento o debido a algún tipo de intoxicación. | |

Cada vez es más frecuente comprobar la presencia de síntomas de ansiedad en adolescentes. Entre un 9-21% de estudiantes presentan trastornos de ansiedad (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005), lo que afecta considerablemente a su rendimiento académico, cuyos síntomas pueden manifestarse en diferentes formas y contextos (Arribas, 2009). Los menores a partir de los 11 años es cuando empiezan a valorar y sentir miedo al ridículo y vergüenza a causa de diversas situaciones sociales. Además les comienza a preocupar el rendimiento en el aula y los resultados en los exámenes. Durante la adolescencia esta situación se agrava, puesto que los jóvenes tienen miedo de quedar mal ante sus iguales, sienten más inseguridades y se ven mermados su autoestima y

autoconcepto (Cánovas, 2012; Cánovas et al., 2014a; Rodrigo-Alfageme y Hernández-Guillén, 2003).

Se considera que estos alumnos presentan una predisposición relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes y a experimentar ansiedad de forma más duradera y constante a lo largo del tiempo (ansiedad rasgo), así como a presentar estados transitorios de malestar (ansiedad estado) experimentados en un momento puntual con una determinada intensidad y ante una situación específica (Martínez-Monteagudo, García-Fernández e Inglés, 2013).

La ansiedad forma parte de los trastornos neuróticos, por lo tanto, interfiere en las actividades cotidianas que forman parte de la vida del adolescente, pero sin llegar completamente a bloquearlo. Esto es así, puesto que las personas con este tipo de trastornos son conscientes de sus problemas al no producirse una total ruptura con la realidad (García-Fernández, 2013).

En cuanto a las causas de la presencia de síntomas de ansiedad en adolescentes, podría deberse a una serie de factores predisponentes o de riesgo, además de otros factores desencadenantes. Por un lado, según los estudios que se han realizado los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las chicas y, por tanto, el sexo parece ser un factor influyente (Inglés et al., 2008; Collado-Mateo, Díaz-Modales, Escribano y Delgado, 2013). Por otro lado, una mala nutrición, factores genéticos, desequilibrios en la química cerebral o estrés crónico pueden ser factores que también propicien la aparición de síntomas de ansiedad (Bragado et al., 1999; García Fernández, 2013; López et al., 2008).

Continuando con las causas que pueden producir en una persona la aparición del trastorno de ansiedad, o simplemente de algunos de sus síntomas, las investigaciones que

hasta el momento han tratado la temática de cómo las hormonas pueden influir en la aparición del trastorno de ansiedad han concluido que la menstruación, y por lo tanto sus efectos en la progesterona y en el estrógeno, puede ser un factor importante en la aparición de síntomas relacionados con la ansiedad (Morris & March, 2004).

Respecto a la adrenalina y la noradrenalina, se han considerado a ambas las principales hormonas que afectan y se encargan de regular la ansiedad en ambos sexos. En los adolescentes, cuando se encuentran en un estado de alarma o inquietud, se produce una liberación de dichas hormonas en su organismo, dando lugar a lo que conocemos como ataques de pánico (Cornejo et al., 2005; Moizeszowic, 2007). Por último, el hecho que la glándula tiroides sea la encargada de equilibrar el metabolismo del organismo, produciendo proteínas y regulando la sensibilidad del cuerpo ante la presencia de otras hormonas, hace que muchos estudios avalen la teoría que de una alteración en esta glándula podría generar problemas de ansiedad en las personas (Escobar, 2007; Ortiz, Froehlich & Knop, 2001).

En lo referente a la manifestación del trastorno de ansiedad, esta se refleja en dos planos. Por un lado en el psíquico, apreciándose en el adolescente que se encuentra nervioso, inquieto, con un sentimiento de malestar, con una excesiva preocupación por el futuro, constante tensión etc. Por otro lado, en un plano somático, donde los síntomas, como las palpitaciones, taquicardias y mareos vienen producidos por un cierto desajuste neurodegenerativo a causa de una elevada hiperactividad nerviosa (García Fernández, 2013; Silverman & Treffers, 2001).

Si hablamos de los efectos que la ansiedad causa en los adolescentes, tales efectos van desde sentimientos de desazón a un desasosiego generalizado y persistente, siempre que no se expliquen por ninguna circunstancia ambiental determinada (Espada, Morales y

Origilés, 2012). Los jóvenes se suelen quejar por encontrarse continuamente en un estado de nerviosismo, además de sentir otros síntomas muy característicos de la ansiedad (tensión muscular, sudoración excesiva, vértigos, molestias epigástricas, mareos, temblores...). Estos síntomas se deben al hecho de que, con frecuencia, ellos mismos o sus seres queridos, sin razón alguna, temen que puedan sufrir un accidente o enfermedad grave, además de la aparición de otros pensamientos y obsesiones de carácter negativo (Biederman, Mick y Faraone, 2000; Brinkerhoff, 2004; Zubeidat, 2005).

En la adolescencia los síntomas de la ansiedad anteriormente mencionados tienen un curso variable, el cual depende sobre todo la personalidad de joven, aunque su presencia tiende a ser fluctuante y crónica. Los efectos que producen los síntomas de ansiedad persistente y a largo plazo suelen ser variados y con consecuencias difíciles de reparar, puesto que pueden producir problemas en el desarrollo del autoconcepto, la autoestima, la adaptación social y también el funcionamiento interpersonal (Cornejo et al., 2005; Silverman & Treffers, 2001).

Los problemas de ansiedad de los jóvenes pueden llegar a convertirse en verdaderos trastornos de ansiedad o de otro tipo. A continuación se hace una clasificación de los trastornos que más comúnmente afectan a los adolescentes y cuáles son sus rasgos principales (Arribas, 2009; Bragado, Bersabé, Carrasco, 1999; Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

2.2.1.- Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación exacerbada por todo lo que rodea al adolescente, suele ser persistente a lo largo del tiempo. Se suelen preocupar por cosas que no han sucedido e incluso pueden que no sucedan, sobre todo en lo referente al ámbito académico y social, aunque también al ámbito

laboral, y a los temas relacionados con la enfermedad y la muerte. Los adolescentes que presentan este trastorno suelen ser perfeccionistas, inseguros, lo que les lleva a necesitar una aprobación constante que les haga sentirse aceptados y válidos. Este tipo de trastorno, además, suele ser más común sobre todo a las chicas adolescentes.

2.2.2.- Trastorno obsesivo compulsivo

En el trastorno obsesivo compulsivo el adolescente presenta impulsos que se presentan con frecuencia y durante un largo periodo de tiempo, puede durar hasta una hora (ordenar, tocar cosas, cantar, levantarse continuamente). Puede ir acompañado de otro trastorno, como el de ansiedad generalizada. En este caso, es muy importante la colaboración con los padres puesto que los síntomas se suelen notar sobre todo en el ambiente familiar.

2.2.3.- Ansiedad por separación

Trastorno de ansiedad por separación, que como el propio nombre indica, afecta sobre todo a los adolescentes que han sufrido la separación de los padres. Los síntomas suelen ser aislamiento social de estos jóvenes, debido a que esta separación ahora les hace dudar de cualquier tipo de relación, incluso de las de amistad, sienten miedo al exterior, se vuelven agresivos y egoístas. Toda esta situación repercute negativamente en sus resultados escolares, además puede provocar enfrentamiento y apatía con respecto a sus profesores y compañeros.

2.2.4.- Fobia escolar

La fobia escolar consiste en el miedo y, por consiguiente, en la negativa de acudir al centro escolar, puesto que esta situación provoca en el adolescente taquicardia, vómitos, pérdida de apetito, depresión, tristeza. La pérdida de clases provoca un

rendimiento escolar bajo, además son adolescentes que se muestran antisociales. Esta fobia puede surgir por problemas con los compañeros, como el bullying, por miedo a recibir reprimendas por parte de los profesores, ha hacer el ridículo en clase, miedo a hablar en público o delante de la clase, a tener un mal resultado en los exámenes...en la mayoría de los casos estos miedos pueden ser infundados y no corresponder a ninguna base real.

Dentro de la fobia escolar, la ansiedad ante los exámenes surge cuando existe una preocupación excesiva e irracional ante una valoración de un trabajo o examen, este trastorno de ansiedad puede dar lugar incluso a ataques de pánico. Estos adolescentes suelen presentar mucho miedo al fracaso, en comparación con el resto de compañeros, temor a no alcanzar las metas esperadas, lo que provoca baja autoestima, autoconcepto, irritabilidad, nerviosismo y, sobre todo, bajas calificaciones. Este trastorno aparece asociado junto con la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

2.3.- Influencia de la ansiedad en el rendimiento académico

A continuación analizaremos algunas características que tiene la ansiedad dentro del ámbito escolar y cómo, dependiendo del nivel de ansiedad presente en el adolescente, esta puede hacer que mejore o empeore el rendimiento académico de los estudiantes y, por lo tanto, repercutir en la obtención de óptimos resultados académicos.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (2016) publicó un estudio acerca del impacto de la salud y las conductas saludables en el rendimiento académico, corroborando la teoría existente de que niveles altos de ansiedad pueden ejercer una influencia negativa sobre los resultados escolares (Fortea-Sevilla, Escandell-Bermúdez, Castro-Sánchez y Martos-Pérez, 2016; Suhrcke & Nieves, 2011).

Esto se debe, en parte, a la dificultad de los jóvenes, con una elevada ansiedad, para concentrarse en clase, convirtiéndose este hándicap en uno de los principales problemas que se le presentan a estos estudiantes para lograr buenas calificaciones (Fernández, Monteagudo y Saura, 2013; Orgilés et al., 2014).

Altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar (Ballester-Arnal, Morales-Sabuco, Orgilés-Amorós y Espada-Sánchez, 2012; Belmonte, 2013). Los estudiantes muy ansiosos tienen dificultades para concentrarse en la explicación de la materia, se distraen con facilidad y utilizan pocas de las claves que se les otorgan para la realización de las actividades intelectuales. A medida que van procesando la información no la organizan, ni elaboran adecuadamente los materiales y tienden a ser poco flexibles para adaptarse a los procesos de aprendizaje (Arribas, 2009, Cánovas, 2012; Estévez, González, Hernández y Valladares, 2017; Miguel-Tobal, 1996).

La ansiedad depende en gran medida de la idea preconcebida que el alumno tiene sobre la tarea que le es demandada y exigida, de cómo se adecúa su capacidad de comprensión y, al mismo tiempo, del control que el alumno tiene en esos momentos sobre sí mismo (Contreras et al., 2005, Espada et al., 2012). Cuando un alumno piensa que no está capacitado para aquello que se le demanda y cree que es más de lo que él puede rendir, aparece en él un sentimiento de inferioridad y rechazo hacia el ámbito académico. Si la ansiedad es intensa, el estudiante mostrará excesiva sensibilidad y una serie de temores lo que, además de afectar al rendimiento escolar, dará lugar a una disminución de su autoestima y de su autoconcepto (Belmonte, 2013; Cánovas, 2012; Cánovas et al., 2014a).

2.3.1.- Ansiedad y exámenes

Con referencia a la influencia que ejerce la ansiedad sobre los exámenes escolares, su efecto negativo con respecto a estos suele ser habitual, existiendo varias teorías que explican el por qué de esta mala relación y, además, de cómo la ansiedad influye en la mejor o peor realización de los mismos.

En efecto, hay una relación negativa entre ansiedad y calificaciones, de manera que cuanto más elevado es la ansiedad, peores son los resultados en un examen (Belmonte, 2013; Reyes-Tejada, 2002). En esta consideración es necesario tener en cuenta otros aspectos, tales como la intensidad de estudio que el alumno ha llevado a cabo para la realización del examen y las posibles reacciones por parte de padres y/o profesores ante las notas escolares, es decir, la dinámica familiar y la mayor o menor presión social y parental a la que se encuentra sometido (Herrera-Gutiérrez, Brito, Pérez, Martínez y Díaz, 2001; Herrera-Gutiérrez et al., 2011a; Inglés et al., 2008).

Al analizar, más detenidamente, la relación existente entre ansiedad y exámenes, varios estudios han determinado que existen diferencias de género entre ambas variables. Se ha señalado que los varones tienden a presentar un mayor grado de ansiedad y que esta, a su vez, está relacionada con una imagen negativa de sí mismo y con bajos resultados académicos, mientras que las chicas adolescentes presentan una ansiedad moderada, que les permite obtener mejores calificaciones (Arenas y Puigcerver, 2009; Arias, Sutil y Fernández, 2000; Urquijo, 2002; Villarroel, 2011). Por el contrario, en otros casos son las mujeres las que presentan unos niveles mayores de ansiedad que los hombres, pero estos niveles no se ven reflejados posteriormente en los resultados de los exámenes o en el rendimiento académico de las jóvenes (Estévez, 2017; Orgilés et al., 2014).

Los cuestionarios que existen hoy día permiten profundizar en el fenómeno de la ansiedad ante los exámenes. Sabemos que, por un lado, niveles altos de ansiedad afectan negativamente a la realización de ciertas actividades escolares y que, por otro lado, los estudiantes menos ansiosos suelen obtener mejores calificaciones (Fernández et al., 2013; Martín y Juidías, 2008; Suhrcke & Nieves, 2011). Aunque es sabido, igualmente, que un incremento moderado de los niveles de ansiedad estado puede ser beneficioso para el estudio si se motiva al alumnado, aumentando sus esfuerzos, enfocando su atención hacia los contenidos propios del examen y, por lo tanto, produciendo resultados positivos en el rendimiento escolar (Fernández et al., 2013; Martínez-Monteagudo et al., 2013; Reyes Tejada, 2003).

Algunas investigaciones han avalado que son, principalmente, dos los factores que influyen en la ansiedad relacionada con los exámenes: la preocupación y la emotividad (Arribas, 2009; Martínez-Monteagudo et al., 2013; Reyes Tejada, 2003; Ruiz-Sancho y Lago-Pita 2005). Ambas contribuyen a reducir el rendimiento académico en aquellos estudiantes que son muy ansiosos, puesto que los pensamientos de preocupación desvían la atención del adolescente y las reacciones emocionales e intensas pueden dar lugar a una distracción que, al mismo tiempo, produzca errores y cause una pérdida y obstrucción en la memoria (Martínez-Monteagudo et al., 2013; Reyes Tejada, 2003).

Con todo lo anteriormente expuesto, queda demostrada la influencia que ejerce la ansiedad sobre los exámenes y el rendimiento académico general de los adolescentes. Pero, a la vez, esto puede ir variando dependiendo de otros muchos factores, tales como el entorno familiar y social del alumno, la presión ejercida por los padres y profesores para obtener óptimas calificaciones, la coherencia educativa, el contexto escolar, el método empleado por el docente para dar las instrucciones de la actividad, así como el valor o

importancia atribuida, por parte del estudiante, al examen (Belmonte, 2013; Cánovas, 2012; Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; Reyes Tejada, 2003).

2.4.- Estudios sobre hiperactividad y ansiedad comórbida

A lo largo de la vida de un adolescente siempre se presenta alguna situación que puede desencadenar en un cierto estado de ansiedad, como puede ser un examen, hablar delante de la clase o cualquier circunstancia incierta, pero estas situaciones de tensión se suelen mantener dentro de unos límites tolerables (Arias et al., 2000; Belmonte, 2013; Cánovas, 2012). Cuando estos límites de tolerancia son sobrepasados se considera que el adolescente puede presentar un problema de ansiedad. Este estado se convierte en patológico en el momento en que los síntomas interfieren en gran medida en el comportamiento, el aprendizaje, las relaciones sociales y familiares, es decir, en todo aquello que condiciona la vida del joven (Arribas, 2009; Bragado et al., 1999; García Fernández, 2013).

Los estudios epidemiológicos que han analizado la relación entre el TDAH y la ansiedad comórbida suelen presentar gran variabilidad en cuanto a sus resultados, pero la mayoría de ellos apuntan que la comorbilidad entre estos dos trastornos se da entre un 20-25%, porcentaje tres veces superior al que se presenta en el resto de niños y adolescentes de la población general, que está entre un 5-15% (Arenas y Puigcerver, 2009; Fortea-Sevilla, 2016; García-Vallejo, 2013).

El alto porcentaje de comorbilidad entre ambos trastornos nos sugiere que todo adolescente diagnosticado de TDAH tiene altas posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad. Además, la magnitud de esta comorbilidad hace necesario que se observe, más detenidamente, a los adolescentes diagnosticados de TDAH dentro del ámbito escolar y

cómo evolucionan en el contexto de la educación secundaria, para diagnosticar a tiempo la aparición de posibles síntomas de ansiedad y poder lograr así un mejor tratamiento y mejores resultados académicos (Artigas-Pallarés, 2003; Belmonte, 2013).

A continuación presentamos un repaso de las principales investigaciones, realizadas en los últimos diez años, sobre el TDAH y su relación con la ansiedad y cuáles han sido sus resultados.

En una investigación sobre el TDAH y sus diferentes comorbilidades, llevada a cabo en una muestra de 90 casos de niños y adolescentes, con edades comprendidas entre 6-16 años, el 45% de los casos presentaba ansiedad generalizada, el 18% ansiedad por separación, el 15% fobia simple, el 10% fobia social y el 5% trastorno obsesivo compulsivo (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2008). En otra investigación donde la muestra constaba de 54 niños y adolescentes entre 5 y 11 años, con y sin TDAH, los trastornos más asociados eran el negativista desafiante y el de ansiedad generalizada, pero en el caso de los niños diagnosticados de TDAH se daba además otro trastorno mental asociado (Herrero, Siegenthaler y Hierro, 2005).

Otro de los estudios que también analizaba la presencia del TDAH junto al trastorno de ansiedad obtuvo una comorbilidad del 25% (Schatz & Rostain, 2006). Uno de los aspectos que sugieren los investigadores, a partir de su trabajo, es que cuando un adolescente con TDAH presenta un trastorno de ansiedad puede que, parcialmente, se vean inhibidos sus síntomas de impulsividad, debido a las características que poseen los propios síntomas de ansiedad. En cualquier caso, estos jóvenes seguirán manifestando los déficits de inatención, lo que irá repercutiendo negativamente en su memoria de trabajo.

Otra investigación realizada en Japón, con 41 adolescentes con y sin trastorno de hiperactividad, demostró que un alto porcentaje de estudiantes con TDAH presentaban

también trastorno negativista desafiante. Dentro de este mismo grupo de menores con hiperactividad, se encontró que los del subtipo inatento tenían mayor probabilidad de presentar un trastorno de comportamiento perturbador comórbido (Takahashi et al., 2007).

En un estudio realizado en nuestro país que evaluaba los diferentes tipos de comorbilidad con respecto al TDAH, en una muestra de 1.095 jóvenes entre 6 y 16 años, tuvo como resultado que los trastornos de ansiedad son el diagnóstico comórbido más frecuente, con un 46% de los jóvenes que participaron en la investigación (Molinero et al., 2009). Con respecto a otros estudios epidemiológicos, esta cifra es más elevada que la citada anteriormente del 25%, y más semejante al porcentaje observado en trabajos de carácter clínico que oscilan entre un 30-40% (Vásquez et al., 2010; Schatz & Rostain, 2006). Y al parecer, los porcentajes de trastorno de ansiedad en los alumnos de educación primaria son mayores que en los de secundaria (Molinero et al., 2009; Vásquez et al., 2010).

Según una publicación basada en una muestra de 129 menores con trastorno de ansiedad, el 27.9% de ellos presentaban los criterios necesarios para ser diagnosticados de TDAH. En cuanto a la relación con otras alteraciones comórbidas, el 53% presentaba un trastorno depresivo, el 38.5% fobia social, 39.80% trastorno de control de los impulsos y un 23.1% ansiedad generalizada (Van Ameringen, Mancini, Simpson & Patterson, 2011). Sin embargo, en otro estudio con una muestra de 201 niños y adolescentes con y sin TDAH, los porcentajes de comorbilidad de ansiedad y TDAH fueron más bajos, de un 18% (Garrido, 2013).

A pesar del alto grado de comorbilidad entre el TDAH y la ansiedad, no ha habido ningún estudio epidemiológico que haya podido encontrar un vínculo exacto que explique

el por qué de este alto porcentaje. Pero, por un lado, sí es sabido que cuando en una familia existen casos de trastornos de ansiedad y/o problemas afectivos es necesario considerar esta posible comorbilidad de forma más detenida (Polanco-Barreto, Arboleda-Bustos, Pinto-Ávila y Vásquez, 2016). Por otro lado, en lo referente a los síntomas primarios del TDAH, las manifestaciones de ansiedad han sido asociadas sobre todo al déficit de atención, puesto que prevalece más junto a éste último que asociado a los síntomas de hiperactividad (Pascual-Castroviejo, 2002; Polanco-Barreto et al., 2016).

Una vez corroborada la relación entre trastorno de ansiedad y TDAH, a partir del análisis de diferentes investigaciones, analizamos a continuación los principales rasgos que presentan ambas comorbilidades en adolescentes.

La ansiedad de los adolescentes con TDAH tiene unas características particulares, como la excesiva preocupación por el fracaso y por los acontecimientos futuros. Estos adolescentes son más suspicaces, muestran alteraciones psicósomáticas de manera muy frecuente, y son muy sensibles en cuanto a las relaciones familiares y personales. Con respecto a las diferencias existentes entre los adolescentes con TDAH y ansiedad comórbida y aquellos que no la tienen, los primeros tienden a presentar una autoestima y un autoconcepto más bajo, malos resultados escolares y peores relaciones sociales (Forteza-Sevilla, et al., 2016; Schatz & Rostain, 2006).

En cuanto al funcionamiento cognitivo, se sabe que los adolescentes con hiperactividad y ansiedad comórbida suelen tener una mayor dificultad en la realización de pruebas de edición de series y en tareas complejas de memoria, aunque por el contrario presentan un mejor rendimiento en las actividades físicas de acción-reacción (López-Ortuño, 2015; López-Villalobos et al., 2008). Otras investigaciones también han revelado que la ansiedad, dentro del trastorno de hiperactividad, puede actuar como un factor de

protección frente a algunos problemas de conducta, debido a que, como ya hemos mencionado se inhiben los síntomas de impulsividad. Con todo, esto no impide que puedan existir mayores problemas escolares y mayor estrés en el ambiente familiar (De la Peña et al., 2012, Garrido, 2013; Polanco-Barrento et al., 2016).

Por todo lo anteriormente expuesto, los adolescentes con TDAH que además tiene una comorbilidad asociada, son más propensos a presentar una baja autoestima y/o autoconcepto, a obtener bajos resultados escolares y a experimentar síntomas psicósomáticos de una forma más recurrente. De ahí la importancia e interés de estudiar la relación entre el autoconcepto y el rendimiento académico en adolescentes con TDAH. Precisamente a esta cuestión dedicaremos los capítulos siguientes.

CAPÍTULO 3

EL AUTOCONCEPTO EN ALUMNOS CON TDAH

3.1.- Definición de autoconcepto

El autoconcepto sigue siendo en nuestros días uno de los términos más ambiguos y discutidos en el campo de la Psicología. Existe una duda conceptual a la hora de establecer la distinción entre de autoestima y autoconcepto. De hecho, con frecuencia se utilizan como sinónimos. Las dudas se han ido incrementando en los últimos años a medida que las investigaciones sobre ambos constructos han ido adquiriendo relevancia.

La mayoría de autores que han establecido una diferenciación entre estos dos términos, de una parte, han advertido que el autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y, de otra, que la autoestima tiene que ver con los aspectos autoevaluativos y afectivos (Garaigordobil y Durá, 2013).

González y Touron, en 1992, definieron el autoconcepto como una estructura de contenidos múltiples acerca de uno mismo, internamente consistente y jerárquicamente organizada, donde unos son más centrales y otros más periféricos según el valor que tengan dichos contenidos para el individuo. Para ambos investigadores aunque el autoconcepto pueda cambiar es relativamente estable. Tiene tal importancia para el individuo que este buscará la forma de mantenerlo en su sistema de creencias, impedir la desorganización y mejorar la visión de sí mismo. De acuerdo con esto, podría considerarse que el autoconcepto cumple una función de autoevaluación, lo que supone, por un lado, realizar un juicio de valor y, por otro, otorgarle el afecto que le acompaña.

Por su parte Vereau (1998) catalogó el autoconcepto como la imagen que el adolescente posee de sí mismo, de sus atributos y limitaciones, y también de la capacidad para poder potenciar la interacción con los demás.

Musitu, García y Gutiérrez (2001) consideraron al autoconcepto como un constructo de contenidos múltiples que una persona tiene sobre sí misma. Es algo consistente y organizado jerárquicamente, que actuaría como filtro y organizador de la información y que, hasta cierto punto, determinaría la conducta del individuo.

Cardenal y Fierro (2003) definieron el término autoconcepto como una serie de juicios, tanto de carácter descriptivo como evaluativos, sobre uno mismo. Para estos autores hace referencia a la manera en que cada persona se valora, representa y conoce a sí misma, empleándose a menudo como equivalente al concepto de autoestima.

El autoconcepto, por lo tanto, es una realidad organizada y estructurada, con múltiples facetas y dimensiones. Es aprendido, jerárquico y tiende a ser estable, aunque varía a lo largo de la vida, de las circunstancias y de los sucesos. En el adolescente se forma con los distintos conceptos que éste elabora de sí mismo, a partir de sus diferentes actuaciones y contextos (escolar, social y familiar) y en relación al aspecto físico, moral y ético. Todo esto sin olvidar las personas suelen tener una imagen de sí mismas que les aporta cierta identidad y seguridad personal (Sánchez-Álvarez, 2004). Aparte otros autores comparan el autoconcepto con un espejo social, donde es imposible tener una visión individual en la cual no haya influido el entorno de la persona. Así el adolescente tendrá su propia imagen de sí mismo pero siempre determinada por el comportamiento que los demás tengan hacia él (Cazalla y Molero, 2013).

El autoconcepto juega un papel necesario dentro del desarrollo de la personalidad, puesto que un autoconcepto positivo está en la base de un buen funcionamiento personal. En este aspecto radica la importancia de que el alumno logre un equilibrio socio-afectivo, a partir de una imagen positiva y ajustada de sí mismo. Esta finalidad debe aparecer como uno de los objetivos a lograr en la Educación Primaria y Secundaria, así como dentro de

los programas de intervención psicológica, donde a través de estrategias y recursos educativos se pretende mejorar el autoconcepto del alumno (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008).

El autoconcepto es un proceso psicológico que permite al alumno generalizar su modo de reaccionar ante las situaciones cotidianas que se le van presentando. Se constituye a partir de las tempranas experiencias cuándo aún se es un niño. Está relacionado con la consecución de sus expectativas y la aprobación/desaprobación de las personas que tienen especial significado para él, en un primer lugar por los padres y parientes cercanos, en un segundo plano por los amigos y, finalmente, por el resto de interacciones sociales (Vicuña-Peri, Hernández-Valz y Ríos-Díaz, 2014).

Tras la recopilación de las distintas definiciones del término autoconcepto en la literatura científica, la conclusión a la que hemos llegado es que éste último hace referencia al conjunto de representaciones que el individuo va elaborando a lo largo de su vida sobre sí mismo, donde están incluidos aspectos corporales, psicológicos, sociales, morales..., mientras que la autoestima se define como el valor que cada uno da a estas características. Es decir, es la opinión y el juicio sobre nosotros mismos y el grado de aceptación de dichas características. De los componentes y factores que determinan el autoconcepto nos ocupamos a continuación.

3.1.1.- Componentes del autoconcepto

En la configuración de nuestro autoconcepto intervienen diferentes componentes que están interrelacionados entre sí y, donde la variación de alguno de ellos afectará al resto (Sánchez de Medina, 2008).

Cognitivo/intelectual: se refiere a las opiniones, percepciones, creencias, opiniones y el procesamiento de la información exterior. Nuestro autoconcepto se basa en experiencias vividas en el pasado, en las ideas y creencias, así como el convencimiento que tenemos sobre nuestra persona.

Emocional/afectivo: es un juicio de valor que formamos a partir de nuestras cualidades como persona. Conlleva un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros mismos.

Conductual: es la decisión de actuar de una determinada manera y de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

3.1.2.- Factores que determinan el autoconcepto

Actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar de una determinada manera frente a una situación concreta tras evaluarla positiva o negativamente. Es la causa que nos impulsa a actuar de un modo específico.

Esquema corporal: hace referencia a la idea que tenemos de nuestro propio cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos que nuestra imagen física nos trasmite, la cual está muy influenciada y marcada por las relaciones sociales, las modas y los complejos.

Aptitudes: son habilidades que una persona posee para realizar algo de una manera óptima. Intervienen factores como la inteligencia, el razonamiento, las competencias, etc.

Valoración externa: es la apreciación que tienen las demás personas sobre nosotros. Tiene que ver con los refuerzos sociales, el contacto físico, las expresiones gestuales, el reconocimiento social, los halagos, etc.

3.2.- Teorías acerca del autoconcepto

Hasta mediados de los años 80 el autoconcepto era considerado como una entidad únicamente unidimensional, es decir, tenía una sola puntuación general, total o global que serviría para justificar las diferentes conductas humanas en distintos contextos. Al darle al autoconcepto un enfoque unidimensional se sugería que este constructo de la personalidad está fuertemente arraigado a los diversos dominios de la conducta humana (Véliz, 2010). Algunos de los autores que centraron su investigación en una única dimensión del autoconcepto fueron Rosemberg (1965), Coopersmith (1967) y Marx y Winne (1978), para quienes las posibles dimensiones del mismo estaban dominadas fuertemente por un factor general.

La controvertida crítica hacia la concepción unidimensional del autoconcepto, realizada en 1979 por el investigador Wylie, hizo que la investigación psicológica sobre dicho constructo experimentara un punto de inflexión (Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011). Los estudios que se realizaron a partir de los años ochenta han supuesto un importante avance en la teorización, medida e investigación del autoconcepto (Esnaola et al., 2008). La propuesta realizada por Shavelson, Hubner y Stanton (1976) ofreció un modelo en el que se resaltaba la naturaleza multidimensional y jerárquica. Estos autores definieron el autoconcepto relacionándolo con siete aspectos fundamentales (Esnaola et al., 2011; Véliz, 2010):

- 1) Está organizado o estructurado, las personas categorizan la información que reciben acerca del mundo y del entorno y utilizan estas categorías para representarse a sí mismas.

2) Es multidimensional, compuesto por varias dimensiones claramente diferenciadas. Éstas reflejan la personalidad de cada individuo dependiendo del sistema de categorías adoptado.

3) Su estructura es jerárquica. La percepción de la conducta personal en situaciones específicas están en la base de la pirámide, los diversos dominios de carácter social, físico y académico ocupan la parte media y, finalmente, un autoconcepto general y global ocupa la parte superior de dicha jerarquía.

4) El autoconcepto global, que ocupa la parte superior de la jerarquía, es estable, pero conforme se desciende en dicha jerarquía el autoconcepto se vuelve más específico y dependiente de las situaciones y, por tanto, tiende a fluctuar.

5) El autoconcepto incrementaría su multidimensionalidad en la medida en que se avanza de la infancia a la adultez. Los bebés no distinguen entre ellos mismos y su entorno. Los niños pequeños presentan un autoconcepto global, no diferenciado ni especificado dependiendo de cada situación. Ya en la adolescencia se desarrolla de forma progresiva un autoconcepto más diferenciado, integrado por diferentes dimensiones y que presenta una estructura jerárquica.

6) Tiene un carácter descriptivo y otro evaluativo (la autoestima). La evaluación sería en algunas circunstancias propicia para realizar una reflexión personal, relativa a la comparación entre la idea de uno mismo y las expectativas de otros.

7) Es diferenciable de otros constructos con los cuales está relacionado teóricamente como pueden ser las habilidades académicas, el autocontrol y las habilidades sociales y físicas.

El autoconcepto vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones que se tienen del propio “yo”, el cual se estructura de un modo jerárquico. Como muestra la figura 1, el autoconcepto general se compondría, por un lado, de un autoconcepto académico y, por otro lado, del no académico; éste último se subdividiría a su vez en autoconcepto social, emocional, familiar y físico (Enaola et al., 2008; Esnola et al., 2011; González y Tourón, 1992; Molina y Maglio, 2013).

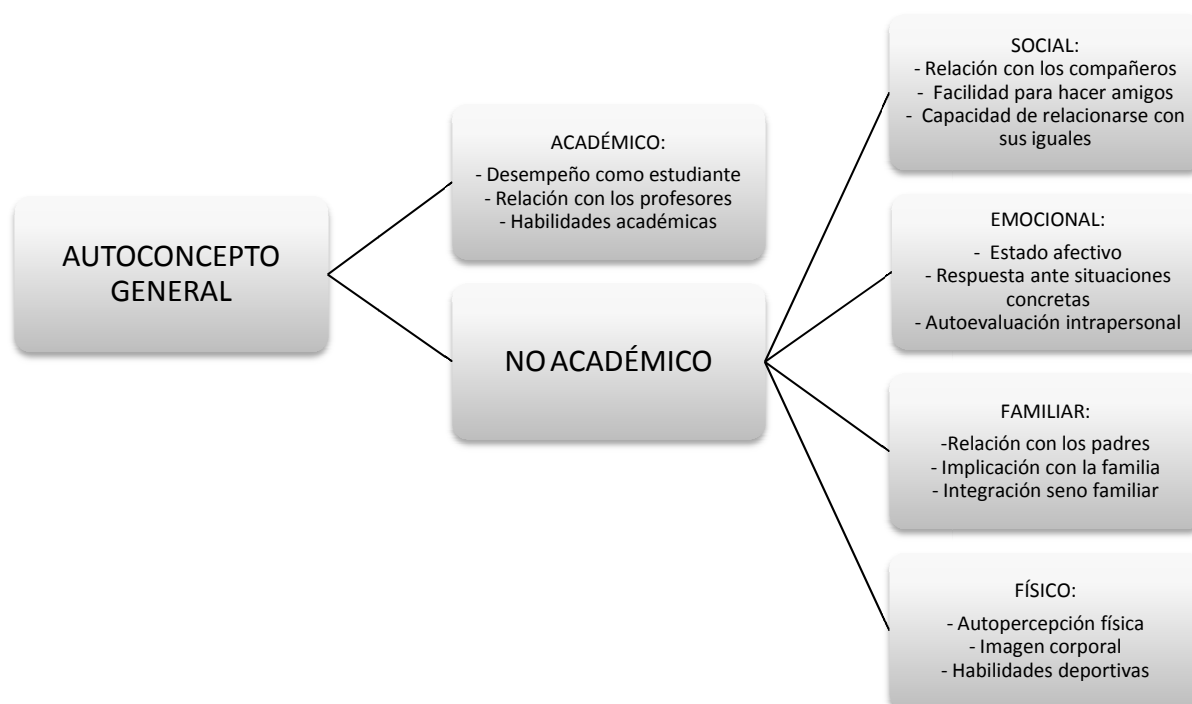


Figura 1: Dimensiones del autoconcepto

Respecto a las dimensiones del autoconcepto, el académico hace referencia a la percepción que la persona tiene sobre su calidad y desempeño como estudiante. Los alumnos con niveles de autoconcepto académico elevado muestran un mayor rendimiento escolar y, por lo tanto, mejores calificaciones (Guay, Pantano y Boivin, 2003). El autoconcepto social alude a la apreciación que el adolescente tiene acerca de su capacidad para relacionarse con las personas, ya sea entre iguales o con superiores. Niveles óptimos

de esta dimensión social pueden ejercer un efecto de protección en el individuo, al conllevar una menor predisposición a manifestar una conducta agresiva o disruptiva (Jiménez, Murgui, Estévez y Musitu, 2007).

El autoconcepto emocional tiene que ver con la idea que el adolescente tiene de su estado afectivo y de las respuestas emocionales que ofrece ante situaciones específicas de las actividades de la vida cotidiana del joven (Barahona y Alegre, 2016; Goleman, 2012). El autoconcepto familiar refleja la interacción y participación dentro del contexto del hogar. Un alto autoconcepto familiar se ha relacionado con mejores resultados en la socialización familiar de los hijos y, por consiguiente, con unas relaciones parentales adecuadas. El autoconcepto físico, finalmente, se refiere a la imagen y percepción que el adolescente tiene sobre su condición y aspecto exterior (Bakker y Rubiales, 2012; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Gonzales y Tourón, 1992). Algunos estudios han señalado que el hecho de que los adolescentes muestren altos niveles en los ítems del autoconcepto físico puede suponer un factor de riesgo para las conductas delictivas y agresivas, como también para el fomento del consumo de sustancias (Cava, Murgui y Musitu, 2006; Jiménez et al., 2007).

3.2.1.- Autoconcepto en adolescentes

Como ya hemos expuesto, el autoconcepto es una dimensión relacionada con la personalidad y hace referencia a la imagen que una persona tiene acerca de sí misma. Esta imagen va a ir variando a lo largo de la adolescencia, constituyendo una cuestión central en esta etapa debido a la convergencia de cambios físicos, cognitivos y sociales que se van presentando en el joven (Krauskopf, 2011).

Durante la adolescencia temprana, periodo en el que tiene lugar la pubertad y los sucesivos cambios en el aspecto físico, el adolescente basa la definición de sí mismo en

sus características corporales, ya que en estos momentos su imagen personal y aspecto físico son los que centran su mayor preocupación (Borrás-Santisteban, 2014). Todas estas transformaciones y cambios van a repercutir negativamente en el autoconcepto físico (Borrás-Santisteban, 2014; Krauskopf, 2011).

La importancia que adquieren en estos años las relaciones entre iguales van a verse reflejadas en el autoconcepto social del adolescente, puesto que pasa de las simples interacciones propias de la etapa de la infancia, a establecer relaciones y sentimientos interpersonales más complejos (Alcaide-Risoto, 2009; Cánovas, 2012). A medida que el adolescente va creciendo, los contextos con los que interactúa también se van ampliando. Esto supone asumir diferentes roles ya que cada situación tiene una importancia y unas exigencias de comportamiento determinadas que le van a ir proporcionando información de sí mismo. Por lo que cuanto mejores las sus relaciones con otras personas en los diferentes escenarios, mejor será su autoconcepto social (Ballester-Arnal et al., 2012; Fuentes et al., 2011).

Aunque, como ya se ha comentado, en los adolescentes la relación entre iguales adquiere una gran relevancia para ellos, la familia también va a jugar un papel fundamental en su desarrollo social. El vínculo con sus padres representa la base sobre la que se construirán los cimientos de los futuros comportamientos del joven (Krauskopf, 2011). En la mayoría de las ocasiones la pugna y el conflicto permanente en las reivindicaciones por parte de los hijos de una mayor autonomía e independencia y, por el lado contrario, los intentos de los padres por mantener el control y la disciplina, suelen ser la causa por la que un adolescente presenta un menor autoconcepto familiar (Ballester-Arnal et al., 2012; Mestre, Samper y Pérez, 2009).

Durante la adolescencia es importante que los jóvenes presenten unos niveles adecuados de autoconcepto emocional, un buen indicador de un óptimo ajuste emocional. El hecho de que estos jóvenes sean estables y no se alteren con facilidad ante un entorno hostil hace que sean menos propensos a sufrir depresiones, ansiedad y trastornos alimenticios (Garaigordobil y Durá, 2013; Moreno, Moreno y Corvelló, 2013). Un buen ajuste emocional es uno de los ámbitos del desarrollo personal que conduce al adolescente hacia un estado de madurez y autopercepción de sus valores internos y sentimientos de adecuación como persona y hacia una óptima valoración de su personalidad, independientemente de su físico y de sus relaciones con los otros (Esnaola et al., 2008; Goñi y Fernández, 2007). Es importante, por sus implicaciones en el desarrollo psicológico potenciar un óptimo autoconcepto emocional. De hecho, se ha demostrado que una baja autoestima o autoconcepto pueden ser predictores de posibles problemas psicológicos en adolescentes (Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Rosa-Alcázar, 2014).

Por último cabe destacar el interés por examina posibles diferencias de género en autoconcepto, a partir de los estudios realizados sobre el autoconcepto multidimensional. Los resultados de dichas investigaciones son diversos, pero la mayoría de ellos coinciden en mostrar diferencias en este aspecto de la población adolescente.

Algunas investigaciones si las han encontrado en cuanto al autoconcepto general, físico y académico. Las chicas en el momento de entrar en la adolescencia tienden a ver disminuir, más que los chicos su autoconcepto físico, al igual que ocurre con el académico (De Gracia, Marcó, Fernández, 1999; Garaigordabi y Durá, 2006, Moreno et al.; 2013). Otros estudios han demostrado que los varones tienden a obtener puntuaciones más elevadas en el autoconcepto global y físico/atlético, mientras que las mujeres obtienen puntuaciones significativas más altas en lo referente al autoconcepto social, sin apreciarse diferencias entre ambos géneros en el autoconcepto familiar y académico

(Amezcuca y Pichardo, 2000; Marsh & Ayotte, 2003; Martínez, García y Yuberro, 2007). En otros trabajos que abordan la temática del autoconcepto se han obtenido resultados distintos a los mencionados anteriormente, mostrando las chicas tenían un mayor autoconcepto familiar que los chicos y éstos, a su vez, una mayor puntuación en el autoconcepto global (Amezcuca y Pichardo, 2000; Garaigordabi y Durá, 2006).

También hay estudios donde los niños presentan un autoconcepto superior en matemáticas, física, destreza manual, imagen física y atlética; y las mujeres, por su parte, tienen mayores puntuaciones en destrezas verbales, habilidades sociales, satisfacción escolar, honestidad, confiabilidad y relaciones con el mismo sexo (Azmecua y Pichardo, 2000; García y Musitu, 2014; Malo, Ballester, Casas, Gras y González, 2011; Marsh, 1986).

Un estudio realizado con una muestra de adolescentes a partir de la aplicación del cuestionario AF5 ha encontrado que en el autoconcepto académico y social las puntuaciones son más elevadas en las chicas. En lo referente al familiar la evolución es similar en ambos sexos. En el autoconcepto físico claramente destacan las puntuaciones de los chicos por encima de las chicas. Finalmente, en cuanto al autoconcepto emocional, parece que los chicos tienen una mayor capacidad para regular sus estados emocionales negativos y una mejor salud mental que las chicas (Malo et al., 2011).

3.3.- El autoconcepto y sus implicaciones en el proceso de aprendizaje

El autoconcepto es una de las variables más importantes dentro del ámbito de la personalidad, que juega un papel decisivo en el aprendizaje, tanto desde el punto de vista afectivo como motivacional. Por lo que múltiples investigadores que lo han estudiado coinciden en destacar su función en la regulación de las estrategias cognitivo-

motivacionales implicadas en el proceso de aprendizaje y en el rendimiento académico (Barahona y Alegre, 2016; García y Musitu, 2014; González-Pienda et al., 2000; González y Tourón, 1992; Goñi y Fernández, 2007; Jiménez y López-Zafra, 2008; Marchago, 1991; Molina y Maglio, 2013).

El rendimiento académico de un alumno depende no solo de las capacidades que posee sino también de las que cree tener debido, en parte, a las actitudes que surgen en él a partir de dicha creencia. Estas habilidades que el alumno cree tener, es decir, su autoconcepto académico, condicionan toda su actividad escolar, sus esfuerzos, sus expectativas y sus niveles de motivación y aspiración (Marchago, 1991; Molina y Maglio, 2013; Monereo, Castelló, Clariana, Plama y Pérez, 1994).

Existe un buen número de investigaciones que demuestran las relaciones positivas existentes entre el autoconcepto y la conducta académica del alumno (Alcaide-Risoto, 2009; González et al., 2000; González, Mendiri y Arias, 2014; Guay et al., 2003; Sánchez-Álvarez, 2004; Villaroel, 2011; Uriarte, 1996; Urquijo, 2002). Esta relación está marcada por la importancia que posee para el adolescente el contexto escolar y la relación con sus iguales. Las conexiones que se establecen entre el autoconcepto y las experiencias y logros escolares de los alumnos de educación secundaria y bachiller no son de tipo unidireccional, sino recíprocas. Se ha descubierto que un elevado autoconcepto es una variable decisiva para obtener unos óptimos resultados académicos y viceversa (Estévez, 2017; González y Tourón, 1992; Goñi y Fernández, 2007; Jiménez y López-Zafra, 2008).

Del mismo modo, las perspectivas que los estudiantes tienen de sí mismos y de su competencia académica parecen ser cruciales para desarrollar un modelo comprensivo del aprendizaje escolar. Además, se deben tener en cuenta a la hora de proyectar la práctica educativa, si se quiere que los estudiantes se impliquen activamente en su proceso de

aprendizaje (González et al., 2014; González y Tourón, 1992; Villaroel, 2011). Los alumnos están pendientes de las valoraciones que pueden recibir sobre sus competencias académicas por parte de los profesores e incluso de sus propios compañeros. En algunos casos, sus actuaciones están determinadas por una elevada motivación por conseguir el logro escolar. En otras ocasiones, es el propio miedo al fracaso lo que repercute en su trabajo, hasta el punto de que tratan de evitar las tareas en las que han de competir con algunos de sus compañeros (Beltrán y Pérez, 2006; Uriarte, 1996; Urquijo, 2002).

Tras la revisión de algunas investigaciones que abordan este tema, hemos llegado a dos conclusiones básicas:

a) El autoconcepto es una fuente de motivación que incide directa y significativamente sobre el logro académico o rendimiento escolar del alumnado.

b) La influencia del autoconcepto sobre el rendimiento escolar puede ser inmediata, mientras que la incidencia del logro académico sobre el autoconcepto se encontraría mediatizada por la elaboración cognitivo-afectiva del propio autoconcepto y después del transcurso de un tiempo considerable.

Pero existen otras variables, relacionadas con el funcionamiento cognitivo, que también afectan a los adolescentes, especialmente a aquellos con dificultades de aprendizaje. Así, se habla de que estos alumnos suelen tener un bajo autoconcepto, escasa autoconfianza en sí mismo, estilos atribucionales desadaptativos, falta de persistencia en las tareas escolares, escasas metas académicas... De modo que podemos afirmar que los factores motivacionales y afectivos contribuyen a la aparición de una serie de dificultades de aprendizaje. Un niño que siente haber fracasado en el aprendizaje suele tener bajas expectativas de logro, escasa persistencia ante tareas escolares y tiende a desarrollar una baja autoestima. Todo ello reduce la motivación y genera sentimientos negativos respecto

al trabajo escolar (Bakker y Rubiales 2012; García et al., 2000; González-Pienda et al., 2000; González y Tourón, 1992).

Por todo ello consideramos que la motivación es un factor fundamental en el aprendizaje. Los adolescentes deben recibir refuerzos positivos que les ayuden a desarrollar muchas de las tareas académicas. También una buena organización y planificación es un punto esencial. Pero para que todo esto resulte efectivo, es necesario un trabajo constante, por parte tanto de la familia como del propio alumno (García, Fernández, Loew y Pérez, 2016).

En el caso de los alumnos con necesidades especiales, principalmente en la etapa de secundaria, el reto educativo es, si cabe, mayor (Cánovas López, Martínez-Frutos y Collados-Torres, 2014b). Cuando un adolescente está diagnosticado de TDAH todo lo anteriormente expuesto se complica. Estos alumnos suelen presentar una serie de hándicaps que repercuten negativamente en su rendimiento y aprendizaje. También en la aparición de problemas de conducta, en dificultades de convivencia en el hogar y en un aislamiento producido en ocasiones por el rechazo de sus compañeros, lo que influirá considerablemente en sus niveles de autoconcepto y autoestima (Barahora y Alegre, 2016; Barkley, 1999; Jolselevich, 2003). Las características propias de dicho trastorno se hacen aún más evidentes dentro del ámbito académico, siendo uno de los motivos de consulta psicopedagógica más frecuentes. El déficit de atención y las dificultades para controlar la actividad motora de estos alumnos hacen que se vea mermado su rendimiento escolar (Cubero-Vergas, 2006; Bakker y Rubiales, 2012; García-García et al., 2008; García y Hernández, 2010).

3.4.- La investigación sobre el autoconcepto de las personas con hiperactividad

Los adolescentes con TDAH presentan cierta desventaja educativa y social dentro del ámbito educativo, donde variables como la motivación y el autoconcepto van adquiriendo cada vez más protagonismo y mayor influencia para lograr uno óptimo comportamiento y desempeño escolar, y una adecuada construcción de la personalidad (Barkley, 1999, 2006). Así pues, los jóvenes con TDAH tienen más posibilidades de desarrollar un bajo autoconcepto, síntomas de depresión, ansiedad y de tener mayor predisposición al estrés, problemas para relacionarse con sus compañeros y la sensación de no haber mostrado todo su potencial (García y Hernández, 2010; Orjales, 2004).

En cuanto a la relación con sus compañeros, los estudiantes con TDAH se caracterizan por presentar déficits en habilidades sociales, problemas de conducta, inmadurez y dificultades en la relaciones interpersonales (Nowak, 2016). Los problemas sociales experimentados por estos niños y adolescentes pueden ser explicados por el impacto en el comportamiento de la propia disfunción neurológica que produce el TDAH y por la baja autoestima y autoconcepto que poseen.

Estas dificultades también están relacionadas con el efecto indirecto del estigma social asociado a este trastorno, el cual limita las oportunidades de ejercer la comprensión interpersonal. En realidad, los problemas de sociabilización pueden deberse a la combinación de todos los factores mencionados anteriormente (Puig y Balés, 2007; Soutuollo-Esperón, 2008).

Para entender las relaciones entre autoconcepto y bajo rendimiento escolar en niños con TDAH, es necesario tener presente la fuerte interacción y correlación existente entre los constructos autoconcepto, motivación, cognición y rendimiento académico (González, Tourón e Iriarte, 1994). Se sabe que el autoconcepto positivo correlaciona con altos niveles de logro académico, lo que se traduce en buenos resultados escolares. Por el contrario, un autoconcepto negativo correlaciona con un bajo rendimiento académico, obteniendo así el alumno con TDAH bajas calificaciones en la mayoría de las asignaturas (González-Pienda et al., 2000).

En general, los alumnos con TDAH muestran una imagen más negativa de sí mismos y no solamente en los aspectos académicos, sino también en los sociales y emocionales/afectivos. Se perciben como menos capaces y competentes que el resto de sus compañeros, en todas las materias escolares. A menudo indican que les cuesta mucho aprender las cosas y que disfrutan poco del proceso de aprendizaje, resultándoles escasamente gratificante y motivador (Bauermeister, 2014; García-Escala y Ramos-Morales, 2012).

Esta percepción negativa relacionada con las tareas escolares se acompaña también de una imagen deteriorada en relación con sus compañeros y familiares (padres) sintiéndose rechazados e ignorados por sus iguales y poco comprendidos por sus padres (Urquijo, 2002). Todo ello puede incidir negativamente en el desarrollo de su autoconcepto familiar y emocional.

Por regla general las investigaciones realizadas sobre las familias que tienen adolescentes con hiperactividad han establecido que, estos padres tienden a tener una aptitud demasiado controladora, dura y autoritaria hacia sus hijos, como reprimenda por los problemas de actitud derivados de su trastorno. Todo esto repercutirá en el

adolescente, en su autoconcepto y en su desarrollo emocional, que, a la vez, verá influido de modo negativo las relaciones con su familia. Todo lo que acabamos de exponer se puede extrapolar al ámbito académico y a la relación con sus compañeros (Feifel, 1996).

Algunos estudios han demostrado que el hecho de que un adolescente diagnosticado de TDAH reciba medicación, para paliar sus síntomas y mejorar su estado, hace que este hecho vea mermado su autoconcepto, puesto que hace que se autoperciban como enfermos. Por este motivo, han establecido que sería aconsejable que reciban una única toma de la medicación al día, para que así no se vea muy afectado su autoconcepto (Sán Sebastián y Quintero, 2005).

Investigaciones acerca del autoconcepto y el trastorno de hiperactividad han revelado que los adolescentes con TDAH presentan un autoconcepto académico, social y emocional menor que el resto de los jóvenes que no presentan dicho trastorno si bien, las puntuaciones en el autoconcepto familiar tienden a ser más elevadas entre los estudiantes con hiperactividad (Muelas y Beltrán, 2011; Soutuollo-Esperón, 2008).

También diferentes trabajos han señalado que el autoconcepto físico está más influenciado por el género que por si un adolescente presenta o no dicho trastorno, siendo más elevado entre los varones (González-Pienda et al., 2000; Vives, 2013). Otros estudios han encontrado que los adolescentes con TDAH tiene autopercepciones más negativas en los dominios emocional y familiar, pero no difieren del grupo control al compararlos en las dimensiones física, académica y social, ni en el autoconcepto general (Bakker y Rubiales, 2012).

A la hora de interpretar lo expuesto anteriormente, conviene recordad que los adolescentes con TDAH suelen presentar una tendencia a sobreestimar sus capacidades en mayor medida que aquellos que no presentan el trastorno. Esta tendencia es explicada

como un sesgo positivo ilusorio en el autoconcepto de estos adolescentes (Hoza, Murray-Close, Arnold y Hinshaw, 2010; Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza y Kaiser, 2007).

Según este último grupo de investigaciones, dado que los niños y adolescentes con TDAH tienden a sobrevalorar sus capacidades, se produce una discrepancia entre las competencias que ellos informan y las competencias reales. Este hecho se explica como una táctica que estos jóvenes tienen por autoprotegerse de un modo inconsciente, ante las críticas y censuras que constantemente reciben por parte de profesores, padres y compañeros (Hoza et al., 2010; Molina y Maglio, 2013).

En una Tesis Doctoral realizada en la Universidad de Buenos Aires, sobre TDAH y autoconcepto en una muestra de 44 estudiantes con TDAH y 26 sin este diagnóstico. Los resultados indicaron que los niños y adolescentes con TDAH presentan niveles inferiores de autoconcepto, comparados con el resto de alumnos, junto a un mayor sesgo positivo ilusorio respecto a sus capacidades (Molina, 2014).

En otro estudio llevado a cabo en una muestra de 24 alumnos, en el que se evaluó la comorbilidad existente en los subtipos de TDAH y su relación con el autoconcepto, se encontró que no existían diferencias significativas entre los subtipos con respecto a los diferentes dominios del autoconcepto. Por el contrario sí se encontraron puntuaciones significativamente mayores en el subtipo combinado, en comparación con el grupo control, en las dimensiones del autoconcepto general y académico. También aparecieron diferencias entre el grupo combinado y el inatento en todos los dominios del autoconcepto, siendo las puntuaciones más altas en este último subtipo (Ruiz-Gálvez, 2015).

Uno de los últimos estudios realizados sobre 25 niños y adolescentes con hiperactividad, en edades comprendidas entre los 7 y 12 años, donde se evaluarón las

variables de autoconcepto (en sus cinco dimensiones) y la comorbilidad, concluyó que los estudiantes con TDAH y algún trastorno comórbido muestran unos niveles de autoconcepto inferiores a aquellos que no presentan ningún tipo de comorbilidad (Sánchez, Romero, Lavigne-Cerván y Juárez, 2016).

CAPÍTULO 4

EL FUNCIONAMIENTO ACADÉMICO DEL ALUMNADO CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD

4.1.- Factores que intervienen en el aprendizaje y sus dificultades

Como bien establecen Muelas y Beltrán (2011), tres son las variables personales que determinan el aprendizaje escolar: la inteligencia, la personalidad y las estrategias de aprendizaje. El modo de describir, analizar e interpretar cada uno de estos constructos ha cambiado significativamente en los últimos años, pudiendo ofrecer actualmente una visión más completa.

4.1.1.- Inteligencia

La inteligencia se ha considerado, dentro de las investigaciones psicológicas, como uno de los primeros predictores del rendimiento académico. Entendiendo por inteligencia la habilidad de comprender ideas que son complejas, de adaptarse eficazmente a determinados entornos, de aprender de las experiencias vividas, de encontrar varias formas de razonar y de superar obstáculos mediante la reflexión (Neisser et al., 1996). Pero la inteligencia también está influida por otras variables psicológicas como: la atención, la ansiedad, la autoestima, el autoconcepto, la motivación o los procesos afectivos y personales.

El estudio de la inteligencia, teniendo en cuenta los aspectos de su estructura y los factores que influyen en ella, es un ámbito muy recurrente desde el punto de vista de la psicología de la educación (Fiorello & Primerano, 2005). El debate sobre la inteligencia y su influencia en el rendimiento académico sigue actualmente abierto, aún así, se han producido importantes aportaciones en la investigación de los distintos tipos de inteligencia y los factores que influyen en la capacidad predictiva del desempeño académico (Almeida, Guisande, Primi y Lemos, 2008).

En cuanto a los tipos de inteligencias encontramos los estudios de Gardner, quien menciona la existencia de inteligencias múltiples. Hasta la fecha Howard Gardner y su

equipo de la Universidad de Harvard han identificado ocho tipos distintos: lógica-matemática, lingüística, espacial, musical, corporal-kinestésica, intrapersonal e interpersonal (Gardner, 2005). También se ha estudiado el concepto de inteligencia emocional, aquella que nos permite tomar conciencia de nuestras emociones, además de comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo o escuela, acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo y adoptar una actitud empática y social, lo que nos brindará mayores posibilidades de desarrollo personal (Goleman, 2005).

4.1.2.- Estrategias de aprendizaje

Existen dos características esenciales que se dan en toda estrategia de aprendizaje. En primer lugar, las estrategias constan de un plan de acción y, por lo tanto, tienen un carácter propositivo e intencional. Este plan trata de poner en marcha, de un modo adecuado, distintos mecanismos relacionados con el aprendizaje. En segundo lugar, las estrategias de aprendizaje pueden ser manipulables de una manera directa o indirecta. En este aspecto radica el interés de la educación, en buscar los métodos más adecuados, dentro de las diversas estrategias educativas existentes, susceptibles de modificación y de cambio así como en lograr mejores resultados en los alumnos (Beltrán, Pérez y Ortega, 2006).

La relación entre estrategias y rendimiento resulta evidente, dado que son las estrategias de aprendizaje las herramientas idóneas para construir el conocimiento. Cuantas más y mejores estrategias utilice el alumno en su aprendizaje, mayor será el nivel del rendimiento alcanzado (Beltrán et al., 2006). Cualquier docente sabe que los estudiantes con éxito y los estudiantes con bajo rendimiento emplean diferentes estrategias para llegar a lograr un aprendizaje comprensivo (Monedero et al., 1994).

4.1.3.- Personalidad y rendimiento

La correlación que puede existir entre los distintos rasgos de personalidad y el rendimiento académico ha preocupado desde hace tiempo a diversos investigadores y expertos en educación. Este interés se ha visto intensificado de manera especial en los últimos años.

Las diferentes maneras de actuar y comportarse que tienen los estudiantes, como fruto de sus rasgos de personalidad, afectan a sus hábitos de estudio y éstos a su vez tienen una influencia en el mayor o menor éxito académico. Los logros académicos están influidos por distintos modos de conducta (como perseverancia, responsabilidad, dominancia, liderazgo, autonomía, etc.), que obedecen a las diferencias individuales propias de personalidad de cada alumno, algo que al mismo tiempo está relacionado con su inteligencia, tanto interpersonal como intrapersonal. Todo esto factores son los que influyen en el éxito académico.

Mientras que, por un lado, la habilidad intelectual que un alumno posee es la que refleja lo que un individuo puede hacer son, por otro lado, los rasgos de personalidad los que influyen en lo que dicho alumno quiere hacer. Ambos rasgos son especialmente importantes para lograr una buena predicción del rendimiento en los estudiantes de educación secundaria. Hay que tener en cuenta que las medidas para determinar las habilidades cognitivas de estos alumnos pierden capacidad de predicción en los niveles más altos de la educación, como es el caso de la educación universitaria. La relación que existe entre inteligencia y rendimiento académico es, con frecuencia, más débil de lo esperado en muestras universitarias, en comparación con las de primaria y secundaria (Chamorro, Furnham & Lewis, 2007). De ahí que su estudio suela abordarse en las primeras etapas educativas.

Es difícil concretar exactamente de qué modo influye la inteligencia, y su relación con la personalidad, con las calificaciones que logran los alumnos en los diferentes niveles educativos. Pero es necesario entender que la personalidad puede actuar como una fuerza compensatoria de la baja capacidad cognitiva, puesto que unos óptimos rasgos de predisposición a la hora de llevar a cabo el estudio y las tareas escolares pueden influir de manera muy positiva en el rendimiento académico.

En definitiva, desde la Psicología y la Educación se han abordado una serie de estudios para determinar cuáles son las variables que influyen en el proceso de aprendizaje. Hoy sabemos que intervienen tanto variables cognitivas como afectivas y motivacionales. También que para llegar a un auténtico aprendizaje escolar es necesario valorar no sólo las habilidades intelectuales del alumno, sino también su predisposición para aprender y que se sienta capaz de ello (Granado-Alcón, 2004).

4.2.- Ajuste escolar y rendimiento académico en adolescentes hiperactivos

Los jóvenes diagnosticados de TDAH, en comparación con el resto de adolescentes, presentan con mayor frecuencia problemas de ajustes escolares y suelen tener niveles más bajos en el rendimiento académico. Tienden a presentar peores relaciones con el resto de compañeros y con los profesores, por su actitud de interferir e interrumpir la dinámica de la clase, lo que provoca en ocasiones alteraciones en el clima académico. Así, a menudo, las limitaciones cognitivas, las bajas habilidades de autorregulación y su fuerte temperamento hacen que se incremente el riesgo de inadaptación escolar en los adolescentes diagnosticados de TDAH (Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013).

Centrándonos en el tema de la inadaptación escolar, entendemos esta última como la existencia de problemas en la adaptación interna y externa del alumno en el ámbito escolar. La primera hace referencia tanto a comportamientos a una actitud negativa respecto al profesorado y los compañeros, como a una total desmotivación hacia todo lo que tenga que ver con el estudio y el conocimiento. La inadaptación externa alude a la baja aplicación en las tareas escolares, así como a un cierto comportamiento indisciplinado y disruptivo (Hernández, 2002, Herrera-Gutiérrez, Brito, Pérez, Martínez y Díaz, 1998, 2001; Hernández, 2002. Comparando a los alumnos con hiperactividad con el resto de sus compañeros, aquellos presentan un peor rendimiento académico y puntuaciones más elevadas en inadaptación escolar (Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010; Herrera-Gutiérrez, Sánchez-Mármol, Peyres y Rodríguez, 2011b).

Estos resultados pueden verse afectados por factores familiares como la percepción de discrepancia educativa parental, que suele tener un impacto negativo en el desarrollo escolar y social, de manera que conforme esta última aumenta peor es el ajuste escolar, especialmente entre los menores con TDAH (Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; Sánchez Mármol, 2015; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2016).

También se han encontrado mayores dificultades en las relaciones con iguales y profesores y, en general, mayores problemas de ajuste en jóvenes con TDAH, sobre todo en los del subtipo hiperactivo-impulsivo (Herrero y Siegenthaler-Hierro, 2005).

La inadaptación escolar que pueden mostrar los adolescentes con TDAH influye sobre todo en el bajo rendimiento académico y las conductas de indisciplina llevadas a cabo con los compañeros, profesores y el resto del centro. Todo esto, junto a las dificultades que muestran estos estudiantes para enfocar su atención en las explicaciones dadas en clase o en una actividad concreta, reduce la cantidad de trabajo que puedan

llegar a realizar, aún a pesar de mostrar fuerte habilidades académicas. Por lo que no es fácil hacer frente a estas frustraciones diariamente, así que algunos de estos adolescentes liberan su desilusión de un modo incorrecto como es iniciando peleas o destruyendo la propiedad escolar (Lewis, Cuesta Guzmán, Ghisays Cardozo y Rimero Santiago, 2004). Las dificultades escolares por las que continuamente pasan estos estudiantes, se ven reflejadas sobre todo en las áreas instrumentales, como son las Matemáticas (Meliá de Alba, 2008) y la Lengua, destacando dentro de esta la parte de lectura (Miranda, García y Jara, 2001).

Hay que tener en cuenta que un adolescente con hiperactividad, cuando se encuentra dentro de un ámbito académico, tiene que obedecer una serie de instrucciones como son el permanecer sentado, atender la lección, realizar actividades, interaccionar con el resto de compañeros de una determinada manera, etc. (Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013; Vidal-Abarca y Soriano, 2011). Todas estas situaciones no siempre son comprendidas y aceptadas por ellos, por lo que en ocasiones no actúan de la mejor manera posible, ya que contestan antes de que les concedan la palabra, no están atentos en las clases, tienden a distraerse y molestar al resto de compañeros y les cuesta esperar su turno. Su estilo irreflexivo les impide aprender de sus errores y anticiparse a las posibles consecuencias de sus actos. Si sumamos todos estos factores hace que el desajuste escolar y la inadaptación de estos estudiantes hiperactivos pueda presentarse de manera problemática (González y Tourón, 1992; Lora-Espinosa y Díaz-Aguilar, 2013).

Son numerosas las investigaciones que avalan la existencia de diferencias significativas en cuanto a la inadaptación escolar por parte de estudiantes hiperactivos, en comparación con los alumnos no hiperactivos (Lewis et al., 2002; Roselló et al., 2002). Así como las que corroboran la importancia de la intervención familiar fuera del ámbito

académico para mejorar esta situación dentro del propio ambiente escolar (Miranda et al., 2002; Presentación et al., 2010, Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2011).

Otras investigaciones manifiestan que, debido a que las numerosas experiencias vividas en el entorno académico, tanto positivas como negativas, tienen una gran influencia en el bienestar y en su desarrollo escolar y personal, sería necesario y conveniente una detección precoz de este trastorno para poder poner en marcha, lo antes posible, programas de intervención pedagógica y psicopedagógica que ayuden a mejorar dicho trastorno (Lewis et al., 2004; Presentación et al., 2010; Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2014). Sería apropiado que el profesorado dispusiese de unos determinados conocimientos para lograr una detección precoz de este problema pero, al mismo tiempo, sería oportuno contar con una serie de recursos pedagógicos que ayuden a hacer frente a estas peculiaridades atencionales, de hiperactividad e impulsividad que caracterizan a estos estudiantes (Vallés, 2006).

4.3.- Variables implicadas en el logro académico del alumnado con trastorno hiperactivo

Se tiene cierta evidencia de que determinados fallos en el funcionamiento cognitivo son los que explicarían las desventajas de rendimiento y logro académico de los jóvenes con TDAH con respecto a los que no tienen este trastorno (García, 2006; Miranda, Soriano y García, 2002). Se ha sugerido un modelo conceptual basado en la hipótesis de dos vías independientes y paralelas, una sería la vía conductual y otra la cognitiva, para explicar la relación del logro académico y el aprendizaje a largo plazo con el TDAH (Miranda et al., 2002; Miranda y Soriano, 2011). La vía conductual postula que el rendimiento que los estudiantes tengan diariamente en clase debería ser un mediador

significativamente positivo para obtener un adecuado logro académico; en la vía cognitiva la vigilancia es un requisito previo para facilitar la memorización, y ambas (la vigilancia y la memorización) posibilitarían el logro académicos en los estudiantes con hiperactividad (Ferguson et al., 1994; Rapport, Scalan & Denney, 1999).

Resulta evidente que el autoconcepto académico, que se encuentre relacionado con el rendimiento y los resultados escolares, es muy importante en el adolescente ya que la percepción que uno tiene de sí mismo con respecto a sus habilidades y capacidades para el estudio, ineludiblemente, va a influir sobre su logro escolar (Bakker y Rubales, 2013; García, 2006; Miranda et al., 2002). Un alumno que se considera poco hábil probablemente se esfuerce poco para mejorar y no tenga predisposición para obtener buenas calificaciones (Urquijo, 2002).

Para lograr que se produzca una serie de éxitos académicos en el alumnado con TDAH, hay que tener en cuenta que las expectativas que se tengan sobre ellos pueden llegar a condicionar sus comportamientos en la dirección esperada. Hay que considerar que estos jóvenes no suelen pasar desapercibidos en el aula, ya que tienden a presentar problemas de comportamiento y conductas disruptivas (Martínez-Frutos et al., 2014b; Miranda et al., 1999; Miranda y Soriano, 2011; Rosenthal & Jacobson, 1968). Tanto es así, que algunas investigaciones han relacionado los problemas conductuales con el logro académico sólo cuando este aparece coexistiendo con el TDAH (Meliá del Alba, 2008; Miranda et al., 2002; Miranda y Soriano, 2011).

Uno de los principales problemas que presenta un alumno con TDAH, dentro del ámbito académico, es poder mantener la atención durante un largo periodo de tiempo, ya sea para realizar una tarea concreta o prestar atención a una determinada lección (Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Miranda y Soriano, 2011). Este hecho tiene mucho que ver con la

dificultad que tienen estos menores para desatender ciertos estímulos distractores que no resulten relevantes en ese preciso momento (Martínez-Frutos et al., 2014b; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010).

El bajo rendimiento académico que estos adolescentes muestran está relacionado con las dificultades en las tareas de lectura, escritura, matemáticas y resolución de problemas (Castro, 2012; Meliá del Alba, 2008). Por lo general, los estudiantes diagnosticados de TDAH tienen menos habilidades memorísticas, muestran déficit cognitivos en la resolución de problemas y no presentan las destrezas necesarias para inhibir determinadas conductas, controlar sus acciones y valorar las posibles consecuencias de sus actos (Ferrer, Casteller y Casas, 2002; Vidal-Abarca y Soriano, 2011). Todo esto provoca que en ocasiones el trastorno se asocie a problemas en la lecto-escritura y, por lo tanto, igualmente a un bajo rendimiento académico (Barkley, 2006, 2008; Belmonte, 2013; Herrera-Gutiérrez et al., 2011b; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010). Así, por ejemplo, un 30% de los alumnos con TDAH tienen posibilidades de presentar también dislexia (Acebes de Pablo y Carabias-Galindo, 2016; Artigas-Pallarés, 2003).

A pesar de que los niños y adolescentes con trastorno de hiperactividad suelen obtener calificaciones inferiores al resto de sus compañeros, debido a los rasgos de nerviosismo, impulsividad, inatención e inquietud, tenemos que tener en cuenta que esto no está reñido con su capacidad para lograr sus objetivos (Herrera-Gutiérrez et al., 2011a; Vidal-Abarca y Soriano, 2011). Sí es cierto que estos rasgos ralentizan su capacidad de comprensión, de elaboración de tareas y, por lo tanto, de poder beneficiarse de las instrucciones impartidas por el docente (Bauermeister, 2014; Ferrer et al., 2002; García, 2006).

Todos estos factores hacen que un 30% los estudiantes con TDAH repitan curso, un 56% necesiten refuerzo a través de tutorías y que entre un 10-35% no terminen la educación secundaria (Bauermeister, 2014; Estévez et al., 2017; García, 2006; García-Escala y Ramos-Morales, 2012; Miranda et al., 2001).

Si analizamos las diferencias existentes dentro de los subtipos del TDAH comprobamos que, los inatentos tienen dificultades sobre todo en el aprendizaje propiamente académico, mientras que el combinado presenta una problemática más genérica, debido a que su sintomatología afecta tanto al estudio como al comportamiento del alumno, pero a ambos subtipos se les asocia dificultades académicas tanto en el área de las Matemáticas como en el de la Lengua (Castro, 2012; Miranda et al., 1999; 2002, 2006).

Como se ha comentado anteriormente, los síntomas que vienen asociados al TDAH hace que se vea mermado el rendimiento académico de ciertas materias, sobre todo en aquellas consideradas como instrumentales: las matemáticas, en las que entre un 24-60% de los alumnos tienen dificultades; el lenguaje escrito con un porcentaje entre el 15-50% y el lenguaje oral con un ratio del 24-60% (Ferrer et al., 2002; García, 2006; Garía-Escola y Ramos-Morales, 2012).

Matemáticas

En el área de las matemáticas los inconvenientes que estos alumnos presentan se deben a las los problemas de atención, de control inhibitorio y de déficits metacognitivos (Meliá del Alba, 2008). Tienen aprietos para la resolución de problemas, en las ecuaciones espaciales y a la hora de colocar las cifras, todo ello derivado de sus problemas de impulsividad y de déficit de atención (Miranda et al., 2006; Rosich y Casajús, 2008). Las dificultades que presentan los alumnos hiperactivos, en comparación

con el resto de su iguales, les afecta a su memoria, a las estrategias de conteo y a las actividades relacionadas con el cálculo, hace que los alumnos con deficiencias atencionales tengan problemas y cometan errores al analizar el signo de la operación, cambian el algoritmo o resten el número del menor al mayor (Miranda et al., 2006).

Centrándonos en la realización de problemas matemáticos, hay que tener en consideración que, suelen presentar inconvenientes en su realización, debido a que en esas actividades es necesaria la elaboración de una serie de procesos matemáticos, los cuáles exigen una importante labor atencional, memorización, organización y planificación (Miranda et al., 2006; Rosich y Casajús, 2008). Por todo esto, no es de extrañar que los alumnos con TDAH respondan de manera precipitada, sin haber leído detenidamente las instrucciones y no sepan diferenciar los datos relevantes de aquellos que no lo son. Todos estos factores les afectarán en el momento de lograr una correcta resolución del problema (Ferrer et al., 2002; Meliá del Alba, 2008).

Lenguaje escrito

En el ámbito de la lengua, si comparamos los alumnos con TDAH con el resto de compañeros que no tienen dicho trastorno, observamos que los estudiantes hiperactivos cometen más errores en el campo léxico, presentan mayor lentitud y falta de exactitud en la lectura, lo que se relacionaría con la falta de inhibición característica del trastorno de déficit de atención (Castro, 2012; Miranta et al., 2006; Miranda y Soriano, 2011).

El lenguaje escrito requiere de una serie de recursos de carácter multicomponencial, lo que explica las dificultades que pueden aparecer a la hora de su aprendizaje. Los alumnos que presentan trastorno de hiperactividad suelen experimentar una serie de inconvenientes al componer textos escritos (García, 2006, García et al., 2014). Los problemas que manifiestan para realizar textos y frases complejas están

relacionados con su falta de capacidad de concentración, puesto que esta actividad requiere de la adquisición de una serie de conocimientos más complejos y sustanciales (Collados-Torres et al., 2014; García, 2006; Miranda y Soriano, 2011).

En cuanto a la realización de oraciones, algunos estudios han demostrado que otro de los impedimentos que presentan los alumnos con TDAH es en el momento de comprender frases que no empiecen directamente con el sujeto de la oración, al igual que les cuesta trabajo entender las anáforas (Castro, 2012; Ferrer, 2001; Miranda y Soriano, 2011). Otros de los problemas que tienden a presentar es al ordenar correctamente las frases, por lo que suelen concurrir en errores sintácticos (García et al., 2014; García-Escala y Ramos-Morales, 2012; Miranda et al., 2002).

La dificultad para lograr superar todos estos hándicaps hará que estos alumnos recurran al uso de un vocabulario muy básico y a la elaboración de oraciones con estructuras simples. Sin unas adecuadas pautas impartidas por el docente para realizar estas tareas, puede producir una serie de reacciones negativas por parte el alumno, como el negarse a escribir, no querer coger el lápiz, la elaboración de narraciones con poco sentido o con el uso de términos poco adecuados y de un vocabulario muy básico (Castro, 2012; García et al., 2014; Vidal-Abarca y Soriano, 2012).

Lectura

Los alumnos con TDAH presentan también problemas tanto de comprensión de textos (párrafos, frases o simples contenidos de lectura) como a la hora de entender las instrucciones que acompañan a las tareas (Bauermeiste, 2014; Castro, 2012; Miranda et al., 2006). Estas dificultades podrían estar relacionadas con falta de capacidad atencional, dificultades de memoria y un básico conocimiento sintáctico (Collados-Torres et al., 2014; García, 2006; Garrido, 2013).

Otro de los impedimentos surge en el momento de la lectura grupal en clase. Estos alumnos suelen tener dificultades para seguir el ritmo de sus compañeros, por lo que se pierden con facilidad (García et al., 2014; Miranda et al., 2001, 2006; Miranda y Soriano, 2011). En cuanto al ritmo de lectura que siguen, este tiende a lento y de manera silábica o, por el contrario, puede ser demasiado rápido, lo que hace que se salten letras, sílabas o palabras enteras (Acebes de Pablo y Carabias-Galindo, 2016; Barkley, 1999; Tipau et al., 2003).

SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO

CAPITULO 5

ANTECEDENTES

5.1.- Justificación del trabajo

La importancia que presenta este trabajo desde el punto de vista científico y su interés para las innovaciones académicas son las siguientes:

1.- Es una investigación novedosa, que recoge información sobre dos características psicológicas de los alumnos con TDAH, la ansiedad y el autoconcepto, escasamente abordadas (o ausentes) cuando se analizan los problemas de rendimiento académico de esta población.

2.- La información que se obtenga de este estudio puede contribuir a mejorar los conocimientos sobre el perfil psicoeducativo de los alumnos con TDAH y, en consecuencia, las estrategias e instrumentos de aprendizaje que pongamos a su disposición, promoviendo así su mejora en el logro académico.

Se trata, en definitiva, de encontrar algunas repuestas y alternativas a las preguntas que se plantean la mayoría de los docentes de Educación Secundaria que trabajan con alumnos que presentan un trastorno de hiperactividad.

El TDAH hoy día, y tras la última actualización del DSM-5 (APA, 2013), es reconocido como un trastorno del neurodesarrollo, lo que supone que su aparición se manifiesta durante una edad muy temprana, afectando al funcionamiento social, personal, familiar y académico de estos niños y adolescentes.

Los rasgos propios que presentan los menores con TDAH son: la desorganización, lo que les repercute a la hora de la realización de cualquier tarea escolar; la inatención, la cual hace que encuentren dificultades para seguir atentamente y de manera continua las explicaciones de clase, y la impulsividad, que impide a estos adolescentes esperar su turno y permanecer sentados en un mismo lugar durante periodos largos de tiempo. Todas

estas peculiaridades hacen que muchos de estos estudiantes puedan llegar a tener conductas que alteran el clima y ritmo de la clase, molestando a sus compañeros y dificultando la labor del profesorado (Barahona y Alegra, 2016; Bauermeister, 2014; Herrera-Gutiérrez et al., 2011a).

Aunque los primeros síntomas de la aparición del TDAH son durante la niñez, estos siguen perdurando a lo largo del tiempo, y por consiguiente durante la adolescencia. Por esta razón consideramos de interés la presente investigación. Aparte del hecho de que la mayoría de los estudios versan sobre los niños con TDAH en edades infantiles, lo cual justifica la necesidad de profundizar en las características que presenta dicho trastorno durante el periodo de la adolescencia. Además, si ya de por sí esta etapa de la vida de cualquier estudiante es un periodo complicado, por todos los cambios tanto psicológicos como físicos que está experimentando su organismo, la situación se va a ver aún más agravada para aquellos adolescentes con un trastorno de hiperactividad.

Los rasgos, que anteriormente hemos comentado, sobre los síntomas que presentan los adolescentes con este trastorno tienen una amplia repercusión e influencia en el ámbito académico. Recordemos que son la impulsividad, la inatención y la actividad motora excesiva. Por este motivo consideramos que es necesario analizar cómo incide el TDAH en el rendimiento escolar de los adolescentes. No solo por la importancia que tiene este periodo educativo para estos jóvenes, sino porque es en el ámbito escolar donde pasan la mayor parte de las horas del día y es necesario que se sientan cómodos y acogidos en su entorno académico.

En nuestra investigación también nos gustaría centrarnos en el rendimiento escolar de estos adolescentes de un modo más específico y desglosado, a diferencia de lo que podemos encontrar en otras investigaciones que lo han tratado de forma global. De ahí

que hayamos recopilado las calificaciones, no únicamente de las materias instrumentales de Lengua y Matemáticas, sino de otras asignaturas también pertenecientes a las ramas de ciencias y letras, como son las Ciencias Sociales, las Ciencias Naturales, Educación Física e Inglés. Con esto nos gustaría examinar más detenidamente cuáles son las materias en las que mejores o peores calificaciones obtienen los estudiantes con TDAH en comparación con el resto de sus compañeros (no solo sus puntos débiles sino también sus fortalezas).

Por otro lado, conviene recordar que, por la misma naturaleza de este momento evolutivo, tanto la ansiedad como el autoconcepto van a adquirir una gran relevancia en la adolescencia. Hay que tener en consideración el nivel educativo en el que se encuentran estos estudiantes, pues el cambio de la Educación Primaria a la Educación Secundaria suele suponer un gran paso para ellos, donde se incrementa la dificultad del estudio, que al mismo tiempo propicia un aumento de los niveles de ansiedad.

El autoconcepto se va a ver afectado por la propia adolescencia en la que se encuentran inmersos estos estudiantes. Su desenvolvimiento en el entorno escolar hará que mejore o empeore su autopercepción académica. Los cambios físicos y psicológicos propios de todo cambio hormonal van a repercutir en el autoconcepto físico y emocional de estos jóvenes. Sin olvidar la relación con los padres y con sus iguales. Estos estudiantes se encuentran en un momento de sus vidas en el que demandan poder pasar más tiempo con sus amigos y, a la vez, cierta independencia con respecto a la autoridad paterna. Un hecho que suele propiciar ciertos roces con los padres, lo cual suele quedar reflejado en el autoconcepto familiar y social.

Por todo esto consideramos muy necesario conocer cómo en los adolescentes diagnosticados de TDAH se relacionan entre sí factores como la ansiedad, el autoconcepto y el rendimiento académico. Si, además tenemos en cuenta, que la

investigación actual evidencia la existencia de una variedad de subtipos de TDAH con perfiles psicológicos y peculiaridades distintas (Aguilar Domingo, 2013; Aguilar-Domingo et al, 2011, 2013; Herrera-Gutiérrez, 2015; López Ortuño, 2015), resulta imprescindible en nuestro análisis contemplar esta diversidad. De este modo, aumentando nuestro conocimiento de estos factores y de las necesidades de estos alumnos, podremos contribuir a proporcionar unas pautas educativas adecuadas que permitan, desde al ámbito escolar, mejorar las condiciones personales, sociales y académicas de estos jóvenes y así conseguir elevar su calidad de vida.

5.2.- Objetivos

El objetivo *general* de esta investigación fue examinar la relación entre ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en alumnos de Educación Secundaria con TDAH y las posibles diferencias en estas variables con respecto a los que no muestran el trastorno.

Los objetivos *específicos* fueron:

1. Estudiar en la etapa de la adolescencia posibles diferencias en ansiedad (estado y rasgo) entre el alumnado con y sin diagnóstico de TDAH, en general y atendiendo al subtipo de TDAH.
2. Analizar en adolescentes posibles diferencias en autoconcepto (social, académico, emocional, familiar y físico) entre estudiantes con y sin TDAH, globalmente y considerando los diferentes subtipos de trastorno hiperactivo.

3. Estudiar posibles diferencias de rendimiento académico (en las materias de Matemáticas, Lengua, Ciencias Sociales, Ciencias Naturales, Educación Física e Inglés) entre dos grupos de adolescentes, que presentan TDAH y sin esta alteración, en general y según los diferentes subtipos de TDAH.

4. Examinar los hallazgos sobre las variables de ansiedad y autoconcepto, relacionándolos con el rendimiento académico de los adolescentes con y sin TDAH.

CAPÍTULO 6

MÉTODO

6.1.- Descripción de la muestra

Los participantes de la investigación conformaban dos grupos. El primero de 100 adolescentes que presentaban TDAH, por lo tanto, pertenecientes al grupo experimental. Todos ellos atendidos en la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADAHI) de Murcia y diagnosticados a partir del cumplimiento del DSM-5. Y un segundo conjunto de 100 jóvenes sin diagnóstico de TDAH pertenecientes al grupo control. Todos los estudiantes estaban escolarizados en diversos Institutos de Educación Secundaria (IES) de la Región de Murcia y se contó con la autorización de sus padres para participar en la investigación (anexo I).

De este modo, la muestra final del estudio estaba constituida con 200 alumnos, de los cuales un 60.7 % (n = 121) eran chicos y un 39.3% (n = 79) chicas, cuya edad osciló entre los 11 y 20 años, con un promedio de 14.3 años (DT = 2.0). En la Figura 2 se muestra la distribución de los alumnos por curso.

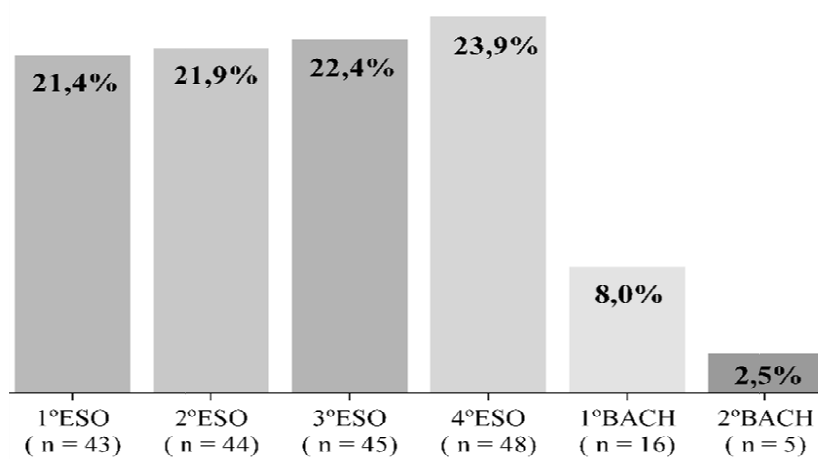


Figura 2: Alumnos por curso

Dentro del grupo experimental (alumnos con TDAH) se encontraron dos subtipos diferentes. En la Figura 3 se muestra el porcentaje de alumnos según el subtipo de TDAH. Se registraron casos de los subtipos inatento y combinado, pero debido a la franja de edad de la muestra no se presentaron casos del subtipo hiperactivo-impulsivo.

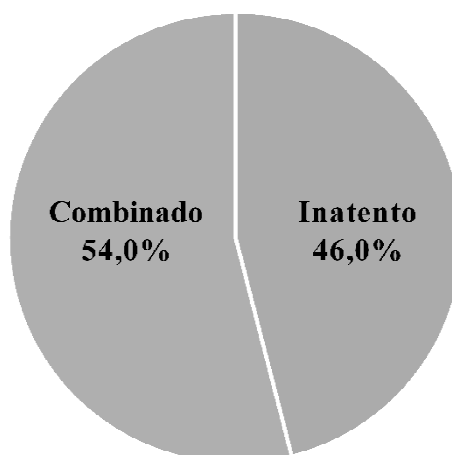


Figura 3: Subtipo de TDAH

6.2.- Instrumentos de evaluación

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo el estudio (recogidos en los anexos II, III, IV, V y VI) fueron los siguientes: Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico; Escalas diagnósticas del TDAH (criterios DSM-5); Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI); Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAIC); Cuestionario de Autoconcepto en su Forma 5 (AF-5).

A) Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico:

Hemos recogido con el cuestionario de Herrera-Gutiérrez (2011) información sobre los datos demográficos, clínicos y de rendimiento académico del alumno (anexo II). El mismo consta de un total de 20 ítems (versión larga), de los que seis recaban información demográfica, como la edad y el género; otros seis ítems aportan datos clínicos y de tratamiento (por ejemplo, diagnóstico y tipo de tratamiento); y el resto de ítems obtienen la información escolar y de rendimiento académico en las materias de Matemáticas, Lengua, Ciencias Sociales, Ciencias Naturales, Educación Física e Inglés.

B) Cuestionario STAI

La Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), creada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002), evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona adulta a responder ante el estrés (anexo IV). El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que permiten medir dos conceptos independientes de la ansiedad, como puede ser, por un lado, la ansiedad estado (AE) y, por otro lado, la ansiedad rasgo (AR). Aunque en un primer momento dicha escala fuera ideada como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI ha resultado ser también útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

Entendemos como AE a una condición o estado emocional transitorio propio del organismo humano, que está caracterizado por una serie de sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad dentro del sistema nervioso autónomo. Este estado puede variar con el tiempo y tener fluctuaciones de intensidad.

La AR hace referencia a una estable propensión ansiosa por la que difieren los adolescentes en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes y a incrementar, por otro lado, los niveles de ansiedad estado.

En general, los adolescentes con unas puntuaciones elevadas de ansiedad rasgo también presentarán puntuaciones altas de ansiedad estado, puesto que perciben muchas más situaciones como amenazadoras. Por lo tanto, este hecho se va a reflejar en sus relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima y el autoconcepto. Las diferencias en cuanto a las puntuaciones de AE y AR dependen, en gran medida, del grado en el que una determinada situación es percibida por el individuo como amenazadora o peligrosa, lo que estará condicionado por las experiencias pasadas.

La prueba consta de un total de 40 ítems, perteneciendo la mitad de ellos, del 1 al 20, a la subescala de Ansiedad Estado, con diferentes opciones de respuestas, teniendo que ser completada marcando una única opción desde *Nada*, *Algo*, *Bastante* y *Mucho* en frases que describen cómo se siente el adolescente en ese momento. Igualmente, la segunda parte de la subescala de Ansiedad Rasgo, la componen los ítems del 21 al 40, formada por enunciados referidos a cómo se siente la persona habitualmente. También tiene que ser completada marcando una única casilla de las siguientes opciones: *Casi Nunca*, *A veces*, *A menudo* y *Casi Siempre*.

Como se ha indicado anteriormente, la primera finalidad para la que se elaboró el cuestionario STAI fue con la idea de crear un instrumento para la investigación de los problemas de ansiedad. Así, la ansiedad estado puede ser usada para medir los niveles de intensidad de una ansiedad producida por procedimientos experimentales cargados de estrés o tensión, o como una medida del nivel de impulso. Por otro lado, la ansiedad rasgo puede ser utilizada en la investigación para seleccionar individuos con diferentes grados

de predisposición a responder al estrés psicológico con distintos niveles de intensidad de la que pueden presentar en la ansiedad estado.

El STAI también ha resultado ser muy útil en la labor clínica, puesto que las puntuaciones de AR permiten discriminar a alumnos que muestren una mayor o menor predisposición a la ansiedad. Así como también sirve para detectar el grado en que están afectados por problemas de ansiedad neurótica los alumnos que acuden a los servicios de orientación y consejo, en determinadas ocasiones.

En cuanto a los criterios de calidad, el cuestionario STAI muestra una fiabilidad con una consistencia interna de 0.90-0.93 en la subescala Estado y de 0.84-0.87 en la subescala Rasgo. El test-retest: 0,73-0.86 en la subescala Rasgo. Con respecto a la validez, el cuestionario muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como pueden ser la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Catterll (0.73-0.85), además presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60.

C) Cuestionario STAIC

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños, STAIC (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 2001) está diseñado como una herramienta de investigación para el estudio de la ansiedad en escolares pertenecientes a los niveles de enseñanza de Educación Primaria y Secundaria (anexo V). Esta prueba consta de dos escalas independientes de autoevaluación, que sirven para evaluar dos aspectos diferenciados como son la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo.

De una parte, la escala de ansiedad estado (AE) consta de 20 ítems con los que el niño o adolescente puede expresar “cómo se siente en un momento determinado”. De

otra, la escala de ansiedad rasgo (AR) también está formada por 20 ítems con los que el alumno puede indicar “cómo se siente en general”.

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, entendiendo como aquellos sentimientos que ocasionan tensión, preocupación y aprensión que varían en intensidad a lo largo del tiempo. La evaluación de la AR, por otro lado, intenta medir las diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, las posibles diferencias existentes entre los niños y adolescentes en su tendencia a mostrar estados de ansiedad. Por lo que, ante situaciones que pueden ser percibidas como amenazadoras, los niños con elevada AR serán más propensos que los niños con bajo nivel de AR a responder con altos niveles de AE.

En la escala de Ansiedad Estado las opciones de respuesta de 1 a 3 señalan expresiones de grado en que se presentan los sentimientos y se han titulado *Nada*, *Algo* y *Mucho*, para facilitar tanto la corrección como la puntuación manual. En el lugar de las escalas de Ansiedad Rasgo, las contestaciones expresan la frecuencia y las respuestas 1 a 3 vienen encabezadas con los titulares *Casi Nunca*, *A veces* y *A menudo*.

Con respecto a los criterios de calidad, al cuestionario STAIC se le ha medio la fiabilidad de las dos mitades (impares y pares) que han dado unos resultados de 0.89 para la ansiedad estado y de 0.85 para la ansiedad rasgo. También se le ha aplicado la fórmula KR-20 y se ha obtenido una puntuación de 0.91 en la subescala estado y de 0.87 en la subescala rasgo. En cuanto a la validez, el cuestionario muestra relación con otras dos medidas, en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños con un coeficiente de 0.75 (CAMS), y en la Escala de Ansiedad General Infantil (GASC) con una puntuación de 0,63.

D) Test Autoconcepto Forma 5 (AF-5)

Todos los alumnos participantes también cumplimentaron el Test AF-5 (García y Musitu, 2011) de acuerdo con el procedimiento estandarizado (anexo VI). Esta prueba, compuesta por 30 preguntas, evalúa el autoconcepto presente en el adolescente en sus contextos social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Es de fácil aplicación, individual o colectiva, y el contenido de los ítems es apropiado al nivel de edad y formación. En concreto, las dimensiones evaluables son:

- **Autoconcepto Social:** alude a la percepción que un adolescente tiene acerca de su competencia en cuanto a relaciones sociales. Esta dimensión está integrada, por un lado, por la red social del individuo y, por otro, por las cualidades que son importantes en las relaciones interpersonales.
- **Autoconcepto Académico:** se refiere a la percepción en el desempeño como estudiante. Esta dimensión se centra en dos aspectos: a) el sentimiento que se genera en el alumno sobre su actividad educativa a través de profesores, y b) cualidades concretas que se valoran ante todo en ese contexto (estrategias de aprendizaje, hábitos de estudio...).
- **Autoconcepto Emocional:** apunta a la percepción subjetiva del estado emocional y de las respuestas que da el adolescente en situaciones concretas. En esta dimensión podemos analizar: a) la percepción general sobre el propio estado emocional y b) la autoevaluación del alumno, desde el punto de vista emocional, en determinadas situaciones (interacción con figuras de autoridad). Un adolescente con un alto autoconcepto emocional es capaz de controlar situaciones con cierto grado de compromiso y actuar adecuadamente ante ellas.
- **Autoconcepto Familiar:** analiza la percepción del adolescente sobre su integración en el seno familiar. Por una parte, esta dimensión incluye la confianza y el afecto

de los padres y, por otra parte, diferentes aspectos de la familia y el hogar (sentimiento de felicidad y apoyo, falta de implicación en la familia, no aceptación).

- Autoconcepto Físico: evalúa la percepción que tiene la persona de su aspecto y condición física, desde dos puntos de vista, el de la práctica deportiva y el del aspecto físico.

En cuanto a su fiabilidad también ha sido objeto de múltiples investigaciones respaldando todas ellas los resultados obtenidos originalmente. Las medianas de los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,71 a 0,88. Cuando se analizaron todos los elementos a la vez, el coeficiente de consistencia fue de 0,84. Por otra parte, han sido numerosos los estudios empíricos que avalan la validez del AF-5. Por ejemplo, Fuentes, García, Gracia y Lila (2011) analizaron la relación entre las dimensiones del AF-5 y 13 indicadores de ajuste psicosocial en la adolescencia. Encontraron que las puntuaciones más altas en las dimensiones del AF-5 se correspondían con el mejor ajuste psicosocial, las mejores habilidades personales y el menor número de problemas conductuales. Otros autores, como Garaigordobil, Durá y Pérez (2005), por su parte, encontraron relaciones entre el autoconcepto emocional y las subescalas de depresión ($r_{xy} = -0,62$) y ansiedad ($r_{xy} = 0,49$) del cuestionario Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R, Derogatis, 1983). Además, las puntuaciones en autoconcepto emocional han sido extensamente relacionadas con el mejor estilo de socialización parental, además de mostrar una relación positiva con la comunicación emocional y una relación negativa con la inhibición en las actividades físicas y deportivas.

6.3.- Procedimiento

Para la obtención de los datos del alumnado con TDAH se contactó con la Asociación ADAHI de Murcia. Una vez aceptada la colaboración en el proyecto, se pudo proceder a administrar las pruebas a los 100 participantes, usuarios de dicha asociación. Estos participantes fueron seleccionados a partir de un muestreo intencional, pues era necesario que existiera una concordancia respecto a los niveles educativos requeridos (Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato) y al diagnóstico clínico de TDAH.

La información del grupo control se recabó de dos Institutos de la Región de Murcia (en concreto, de la ciudad de Cartagena). En dichos centros se nos permitió acceder a los estudiantes para administrarles las mismas pruebas que al grupo de alumnos con TDAH. El criterio de exclusión para la selección de este grupo fue la existencia de algún diagnóstico educativo o necesidad especial conocidos. Así conseguimos acceder a un total de 100 alumnos, manteniendo una equidad entre el grupo control y el grupo experimental.

La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento e información por parte de los adolescentes y sus progenitores. A los padres de cada alumno se les entregó el Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico (Herrera-Gutiérrez, 2011), además de la necesaria autorización para que la cumplimentaran (anexos I y II). A los adolescentes que iban a participar en el estudio pertenecientes al grupo experimental se les pasaron los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), para obtener así datos sobre los subtipos y comorbilidades (anexo III), además de completar la información diagnóstica por un profesional clínico.

Una vez obtenido el consentimiento parental, se administraron a los adolescentes del grupo experimental y control los cuestionarios de ansiedad STAI o STAIC (anexos IV

y V), dependiendo de la edad de cada uno de ellos. El autoconcepto se midió a partir del test AF5 (Anexo VI). La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera individual al grupo TDAH, para conseguir atender a las necesidades de los evaluados y asegurar la comprensión de las preguntas. El grupo control se evaluó de manera colectiva durante el horario de tutoría correspondiente a cada curso, ya que pudimos comprobar que no suponía ningún problema.

Para la elaboración del presente trabajo se dispuso tanto de los laboratorios del Grupo de Investigación EVASALUD de la Universidad de Murcia, como de los centros de la asociación ADAHI de la Región de Murcia, entidad colaboradora en este proyecto.

Durante el desarrollo de la investigación se respetaron los principios éticos de la investigación con adolescentes. Siempre se actuó en beneficio de los participantes, protegiendo su confidencialidad y entregando todos los datos e informes, de manera individual, a los responsables de los centros educativos y a los terapeutas.

6.4.- Análisis de los datos

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas los valores mínimo, máximo, media y desviación típica.

La comparación de las variables dependientes (ansiedad, autoconcepto y calificaciones en las asignaturas) entre los grupos se realizó mediante el análisis multivariante de la varianza (MANOVA).

El modelo de regresión lineal múltiple se ha empleado para determinar si la presencia de TDAH, la ansiedad y el autoconcepto presentan un efecto significativo sobre la calificación en las asignaturas. La metodología seguida en el análisis estadístico del modelo calculado fue: (1) Estimación puntual de los parámetros del modelo, (2) Significación individual de las variables y la constante del modelo, (3) Contraste de regresión (ANOVA) para estudiar la validez global del modelo y verificar que (de forma conjunta) las variables explicativas aportan información en el esclarecimiento o explicación de la variable de respuesta. Evaluación de la bondad de ajuste del modelo a través del coeficiente de determinación y (4) Verificación de las hipótesis del modelo a través del análisis de los residuos.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de las pruebas MANOVA efectuadas para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes (ansiedad, autoconcepto y calificaciones en las asignaturas) entre los alumnos según los grupos considerados.

En estadística el análisis multivariante de la varianza o MANOVA (*Multivariate analysis of variance*) es una extensión del análisis de la varianza o ANOVA empleado para analizar casos donde existe más de una variable dependiente a analizar, las cuales no pueden ser combinadas de manera simple. Además de identificar si los cambios en las variables independientes tienen efectos significativos en las variables dependientes, la técnica también intenta identificar las interacciones entre las variables independientes y su grado de asociación con las dependientes.

Se comprobaron los siguientes supuestos básicos del MANOVA:

a) Contraste de esfericidad de Barlett para determinar si las variables dependientes (dimensiones test) están significativamente correlacionadas.

b) Contraste M de Box para comprobar la homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas entre los grupos, comprobando previamente la homogeneidad univariante de la varianza entre grupos mediante el test de Levene.

La comprobación del supuesto de esfericidad de Barlett se realizó para los test de ansiedad y autoconcepto y para las calificaciones en las asignaturas, y el de homogeneidad univariante y matrices de varianzas-covarianzas se comprobó entre grupos (experimental y control) y comorbilidad (inatento y combinado). Con respecto a la normalidad multivariante, MANOVA es una técnica robusta frente a desviaciones a la normalidad con tamaños muestrales grandes.

7.1.- Test de ansiedad: análisis general, entre grupos y subtipos

En la Tabla 2 se muestran los rangos, medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la muestra del estudio en las dimensiones de la escala de ansiedad (estado y rasgo). La prueba Barlett determinó que las variables dependientes presentan una correlación significativa aprox. $\chi^2(1) = 121.1$; $p < 0.001$.

Tabla 2. *Descriptivo escala ansiedad*

| Ansiedad | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|-----------------|---------------|---------------|--------------|----------------------------|
| Estado | 10 | 64 | 26.8 | 9.2 |
| Rasgo | 3 | 54 | 29.3 | 9.4 |

Según grupo (Control vs. Experimental)

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas, las pruebas realizadas mostraron que ambos supuestos se cumplieron (Tabla 3).

Tabla 3. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según el grupo y ansiedad*

| Ansiedad | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas |
|-----------------|--|---|
| Estado | F(1.199) = 0.27; p = 0.606 | M de Box = 0.16; |
| Rasgo | F(1.199) = 0.27; p = 0.602 | p = 0.984 |

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones de la ansiedad (estado y rasgo) y entre ambos grupos (control y experimental) mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas [F T² de

Hotelling (2.198) = 0.22; $p = 0.805$; $\eta^2 = 0.002$]. En la Tabla 4 se muestran las medias y desviaciones típicas en los grupos en las dimensiones de ansiedad.

Tabla 4. *Medias y desviaciones típicas en ansiedad según grupo*

| Ansiedad | Grupo | |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|
| | Control (n = 100) | Experimental (n = 100) |
| Estado, media (DT) | 26.35 (9.1) | 27.17 (9.3) |
| Rasgo, media (DT) | 29.16 (9.2) | 29.54 (9.6) |

Según subtipos (Inatentos vs. Combinados)

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas, las pruebas realizadas mostraron el cumplimiento de ambos supuestos (Tabla 5).

Tabla 5. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según grupo y ansiedad*

| Ansiedad | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas- covarianzas |
|----------|---|---|
| Estado | F(1.98) = 1.40; $p =$ 0,240 | M de Box = 0.18; $p = 0.981$ |
| Rasgo | F(1.98) = 0.46; $p =$ 0,500 | |

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones de la ansiedad entre inatentos y combinados, mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas [F T² de Hotelling (2.97) = 0.70; $p = 0.499$; $\eta^2 = 0.010$] según subtipo. En la Tabla 6 se muestran las medias y desviaciones típicas en inatentos y combinados en las dimensiones de ansiedad.

Tabla 6. *Medias y desviaciones típicas en ansiedad según grupo*

| Ansiedad | Tipo | |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Inatento (n = 46) | Combinado (n = 54) |
| Estado, media (DT) | 26.07 (9.4) | 28.11 (9.2) |
| Rasgo, media (DT) | 28.41 (9.9) | 30.50 (9.3) |

7.2.- Test de autoconcepto: análisis general, entre grupos y subtipos

En la Tabla 7 se muestran los rangos, medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la muestra del estudio en las dimensiones de la escala de autoconcepto en sus cinco dimensiones (académico, social, emocional, familiar y físico). La prueba Barlett determinó que las variables dependientes presentan una correlación significativa aprox. $\chi^2(10) = 106.5$; $p < 0.001$.

Tabla 7. *Descriptivo escala autoconcepto*

| Autoconcepto | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|---------------------|---------------|---------------|--------------|--------------------------------|
| Académico | 0.1 | 9.9 | 5.7 | 2.2 |
| Social | 0.9 | 10.0 | 6.5 | 2.0 |
| Emocional | 0.8 | 9.8 | 6.4 | 2.1 |
| Familiar | 0.6 | 10.0 | 7.7 | 2.0 |
| Físico | 0.6 | 9.9 | 6.0 | 2.1 |

Según grupo (Control vs. Experimental)

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas, las pruebas realizadas mostraron que ambos supuestos se cumplieron (Tabla 8).

Tabla 8. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según Grupo en autoconcepto*

| Autoconcepto | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas |
|--------------|---|--|
| Académico | F(1.199) = 3.75; p = 0.054 | |
| Social | F(1.199) = 1.91; p = 0.169 | |
| Emocional | F(1.199) = 2.66; p = 0.105 | M de Box = 29.52; p = 0.121 |
| Familiar | F(1.199) = 0.16; p = 0.693 | |
| Físico | F(1.199) = 0.37; p = 0.544 | |

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones del autoconcepto entre los dos grupos (control y experimental) mostró que existen diferencias estadísticamente significativas [F T² de Hotelling (5.195) = 8.82; p < 0.001, eta² = 0.184] entre ambos. El tamaño del efecto -medio- indica que el 18.4% de la varianza, en relación a las dimensiones del test, es explicada por la variable grupo, tanto el control como en el grupo experimental, por lo que se continúa con el estudio para indagar en cuáles de las dimensiones se pudieron obtener las diferencias.

En los resultados de la Tabla 9 se muestran los ANOVAs de continuación para el MANOVA que establece la relación entre ambos grupos (control y experimental) con las dimensiones del test AF5. Los efectos significativos se presentaron en el autoconcepto académico y social, donde las puntuaciones de los alumnos con TDAH fueron

significativamente inferiores con respecto a los alumnos que no presentaban dicho trastorno.

Tabla 9. *Medias (DT) y contrastes univariados entre grupos y su autoconcepto*

| Autoconcepto | Grupo | | ANOVA | |
|--------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------|
| | Control (n = 100) | Experimental (n = 100) | F(g.l.); p-valor | eta ² |
| Académico, media (DT) | 6.12 (2.3) | 5.17 (2.0) | F(1.199) = 9.68; p = 0.002** | 0.046 |
| Social, media (DT) | 7.23 (1.7) | 5.83 (1.9) | F(1.199) = 29.75 ; p < 0.001*** | 0.130 |
| Emocional, media (DT) | 6.43 (1.8) | 6.40 (2.3) | F(1.199) = 0.01; p = 0.914 | 0.001 |
| Familiar, media (DT) | 7.92 (2.0) | 7.39 (2.0) | F(1.199) = 3.51; p = 0.062 | 0.017 |
| Físico, media (DT) | 5.84 (2.1) | 6.19 (2.2) | F(1.199) = 1.37; p = 0.244 | 0.007 |

** p < 0.01 ***p < 0.001

7.2.2.- Según subtipo (*Inatentos vs. Combinados*).

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas las pruebas realizadas mostraron que ambos supuestos se cumplieron entre los casos de inatentos y combinados (Tabla 10).

Tabla 10. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según subtipo y autoconcepto.*

| Autoconcepto | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas |
|---------------------|--|---|
| Académico | F(1.98) = 2.09; p = 0.152 | M de Box = 12.93; p = 0.663 |
| Social | F(1.98) = 0.05; p = 0.821 | |
| Emocional | F(1.98) = 0.13; p = 0.719 | |
| Familiar | F(1.98) = 0.15; p = 0.696 | |
| Físico | F(1.98) = 0.35; p = 0.555 | |

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones del autoconcepto y entre inatentos y combinados, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas [F T² de Hotelling (5.94) = 2.86; p = 0.019; eta² = 0.101] entre los grupos de comorbilidad y la variable de autoconcepto. El tamaño del efecto - medio- indica que el 10.1% de la varianza en relación a las dimensiones de los test STAI/STAIC es explicada por la variable comorbilidad por lo que se continúa con el estudio para indagar en cuáles de las dimensiones se pudieron obtener las diferencias.

En los resultados de la Tabla 11 se muestran los ANOVAs de continuación para el MANOVA que establece la relación entre el grupo con las dimensiones del test. Los efectos significativos se presentaron en el autoconcepto familiar y físico, donde las puntuaciones de los alumnos con TDAH combinado fueron significativamente inferiores con respecto a los alumnos con TDAH inatento.

Tabla 11. *Medias (DT) y contrastes univariados entre subtipo y autoconcepto.*

| Autoconcepto | Tipo | | ANOVA | |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------|
| | Inatento (n = 46) | Combinado (n = 54) | F(g.l.); p-valor | eta ² |
| Académico, media (DT) | 5.40 (2.1) | 4.90 (1.8) | F(1.98) = 1.56; p = 0.215 | 0.016 |
| Social, media (DT) | 5.83 (1.9) | 5.84 (1.9) | F(1.98) = 0.00; p = 0.976 | 0.001 |
| Emocional, media (DT) | 6.44 (2.2) | 6.35 (2.3) | F(1.98) = 0.04; p = 0.842 | 0.001 |
| Familiar, media (DT) | 7.78 (1.9) | 6.93 (1.9) | F(1.98) = 4.95; p = 0.028* | 0.048 |
| Físico, media (DT) | 6.63 (2.1) | 5.66 (2.1) | F(1.98) = 5.24; p = 0.024* | 0.051 |

*p < 0.05

7.3.- Rendimiento académico: análisis general, entre grupos y subtipos

En la Tabla 12 se muestran los rangos, medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la muestra del estudio en las asignaturas. La prueba Barlett determinó que las variables dependientes presentan una correlación significativa aprox. $\chi^2(15) = 599.0$; $p < 0.001$.

Tabla 12. *Descriptivo asignaturas*

| Asignatura | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|--------------|--------|--------|-------|---------------------|
| C. Naturales | 0 | 10 | 5.1 | 2.3 |
| C. Sociales | 0 | 10 | 5.3 | 2.3 |
| Ed. Física | 2 | 10 | 7 | 2 |
| Lengua | 0 | 10 | 4.8 | 2.2 |
| Matemáticas | 0 | 10 | 5.1 | 2.1 |
| Inglés | 1 | 9 | 5 | 1.9 |

Según grupo (Control vs. Casos)

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas las pruebas realizadas mostraron que ambos supuestos se cumplieron (Tabla 13).

El MANOVA realizado para comparar las calificaciones en las asignaturas entre ambos grupos mostró que existen diferencias estadísticamente significativas [$F T^2$ de Hotelling (6.192) = 4.67; $p < 0.001$; $\eta^2 = 0.127$]. El tamaño del efecto -medio- indica que el 12.7% de la varianza en relación a la puntuación en las asignaturas es explicada por la variable grupo, tanto control como en el grupo experimental, por lo que se continúa con el estudio para indagar en cuáles de las asignaturas se pudieron obtener las diferencias.

Tabla 13. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según Grupo en las asignaturas.*

| Asignatura | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas |
|-------------------|--|---|
| C. Naturales | F(1.197) = 2.56; p = 0.111 | |
| C. Sociales | F(1.197) = 1.69; p = 0.196 | |
| Ed. Física | F(1.197) = 2.11; p = 0.148 | M de Box = 13.08; |
| Lengua | F(1.197) = 0.96; p = 0.329 | p = 0.498 |
| Matemáticas | F(1.197) = 1.21; p = 0.273 | |
| Inglés | F(1.197) = 3.08; p = 0.081 | |

En los resultados de la Tabla 14 se muestran los ANOVAs de continuación para el MANOVA que establece la relación entre el grupo con las asignaturas. Los efectos significativos se presentaron en las Ciencias Naturales, Sociales, Lengua y Matemáticas, donde las puntuaciones de los alumnos con TDAH fueron significativamente inferiores con respecto a los alumnos sin TDAH.

Tabla 14. *Medias (DT) y contrastes univariados entre grupos en las asignaturas*

| Asignatura | Grupo | | ANOVA | |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------|
| | Control (n = 100) | Caso (n = 100) | F(g.l.); p-valor | eta ² |
| C. Naturales, media (DT) | 5.47 (2.6) | 4.69 (1.8) | F(1.197) = 5.93; p = 0.016* | 0.029 |
| C. Sociales, media (DT) | 5.64 (2.6) | 4.91 (2.0) | F(1.197) = 4.86; p = 0.029* | 0.024 |
| Ed. Física, media (DT) | 6.86 (1.6) | 6.40 (1.8) | F(1.197) = 3.68; p = 0.057 | 0.018 |
| Lengua, media (DT) | 5.19 (2.5) | 4.32 (1.7) | F(1.197) = 8.44; p = 0.004* | 0.041 |
| Matemáticas, media (DT) | 5.71 (2.3) | 4.55 (1.8) | F(1.197) = 15.82; p < 0.001*** | 0.074 |
| Inglés, media (DT) | 5.01 (2.2) | 5.02 (1.6) | F(1.197) = 0.01; p = 0.971 | 0.001 |

*p < 0.05 ***p < 0.001

Según subtipo (Inatentos vs. Combinados)

En relación a los supuestos de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas, las pruebas realizadas mostraron que ambos supuestos se cumplieron (Tabla 15).

Tabla 15. *Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según subtipo en las asignaturas*

| Asignatura | Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene) | Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas |
|-------------------|--|---|
| C. Naturales | F(1.98) = 1.05; p = 0.308 | |
| C. Sociales | F(1.98) = 1.27; p = 0.262 | |
| Ed. Física | F(1.98) = 1.79; p = 0.184 | M de Box = 23.81; |
| Lengua | F(1.98) = 1.79; p = 0.184 | p = 0.386 |
| Matemáticas | F(1.98) = 0.28; p = 0.596 | |
| Inglés | F(1.98) = 0.61; p = 0.435 | |

El MANOVA realizado para comparar las calificaciones en las asignaturas entre inatentos y combinados, mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas [F T² de Hotelling (6.93) = 1.06; p = 0.392, eta² = 0.064] entre ambos grupos. En la Tabla 16 se muestran las medias y desviaciones típicas en inatentos y combinados en las asignaturas.

A continuación, se muestran los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple realizados para determinar la influencia que sobre las calificaciones de las asignaturas tienen las variables grupo, ansiedad y autoconcepto. Para las calificaciones en las asignaturas Inglés y Educación Física los modelos realizados no resultaron significativos (Inglés: (F (8.192) = 1.59; p = 0.130) y Educación Física (F (8.192) = 1.01; p = 0.430) por lo que las variables introducidas en el modelo no influyen en las notas de dichas asignaturas, centrando la investigación en los resultados obtenidos en las calificaciones de Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Lengua y Matemáticas.

Tabla 16. *Medias y desviaciones típicas en las asignaturas según grupo*

| Asignatura | Tipo | |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------|
| | Inatento (n = 46) | Combinado (n = 54) |
| C. Naturales, media (DT) | 4.96 (2,0) | 4,46 (1,7) |
| C. Sociales, media (DT) | 5.11 (2.2) | 4.74 (1.9) |
| Ed. Física, media (DT) | 6.46 (1.6) | 6.35 (1.9) |
| Lengua, media (DT) | 4.39 (1.9) | 4.26 (1.5) |
| Matemáticas, media (DT) | 4.87 (1.8) | 4.28 (1.7) |
| Inglés, media (DT) | 4.89 (1.6) | 5.13 (1.6) |

Efecto de las variables en la calificación obtenida en Ciencias Naturales

En la Tabla 17 se muestra el análisis de regresión múltiple para la nota en Ciencias Naturales. El modelo resultó significativo ($F(8.192) = 9.97$; $p < 0.001$) con un coeficiente de determinación de 0.264, por lo que el 26.4% de la variabilidad de la nota en esta materia queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

En relación con el efecto predictivo de cada una de las variables independientes, se observa que tener TDAH disminuye la calificación en Ciencias Naturales en 0.11 puntos, en promedio, con respecto a los alumnos sin TDAH ($B = -0.11$; $p = 0.047$). Con respecto al autoconcepto, el académico ($B = 0.44$; $p < 0.001$) y el social ($B = 0.19$; $p = 0.026$) mostraron efectos significativos directos de forma que a mayor autoconcepto académico y social mayor calificación en la asignatura. La ansiedad estado y rasgo y los autoconcepto emocional, familiar y físico no mostraron efectos significativos en la

calificación obtenida. Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), el autoconcepto académico es el mejor predictor de la nota en Ciencias Naturales (r parcial = 0.400) y el social la variable de menor peso (r parcial = 0.160).

Tabla 17. Efecto de las variables en la predicción de la calificación en Ciencias

Naturales

| Variable | B (ET) | Beta | IC _{95%} B | t | p-valor | r parcial |
|---------------------|-----------------|-------|---------------------|--------|----------|-----------|
| Grupo | -0.11 (0.05) | -0.10 | -0.21 ; - 0.01 | -1.998 | 0.047* | -0.185 |
| Ansiedad | | | | | | |
| Estado | 0.03 (0.02) | 0.11 | -0.02 ; 0.07 | 1.277 | 0.203 | 0.092 |
| Rasgo | -0.03 (0.02) | -0.12 | -0.07 ; 0.01 | -1.42 | 0.157 | -0.102 |
| Autoconcepto | | | | | | |
| Académico | 0.44 (0.07) | 0.42 | 0.30 ; 0.58 | 6.056 | 0.001*** | 0.400 |
| Social | 0.19 (0.09) | 0.16 | 0.02 ; 0.36 | 2.246 | 0.026* | 0.160 |
| Emocional | -0.03 (0.07) | -0.03 | -0.18 ; 0.11 | -0.414 | 0.679 | -0.030 |
| Familiar | 0.12 (0.08) | 0.10 | -0.04 ; 0.28 | 1.484 | 0.139 | 0.106 |
| Físico | -0.05 (0.08) | -0.04 | -0.20 ; 0.10 | -0.606 | 0.545 | -0.044 |
| <i>Constante</i> | 1.17 (1.14) | | -1.09 ; 3.42 | 1.021 | 0.309 | |

Resumen del modelo

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| R ² (%) | 26.4 |
| Modelo | F(8.192) = 9.97; p-valor = 0.001 |
| Supuestos | |
| Normalidad [†] | p = 0.234 |
| Independencia [‡] | 1.983 |
| Homocedasticidad ⁺ | p = 0.865 |

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. IC: intervalo de confianza. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001.

Efecto de las variables en la calificación obtenida en Ciencias Sociales

En el modelo para las notas en Ciencias Sociales (Tabla 168, se observa que tener TDAH disminuye la calificación en dicha materia en 0.11 puntos, en promedio, con respecto a los alumnos sin TDAH ($B = -0.22$; $p = 0.003$). Con respecto al autoconcepto, el académico ($B = 0.56$ $p < 0.001$) y el social ($B = 0.13$; $p = 0.040$) mostraron efectos significativos directos de forma que a mayor autoconcepto académico y social mayor calificación en la asignatura. La ansiedad estado y rasgo y los autoconcepto emocional, familiar y físico no mostraron efectos significativos en la calificación obtenida.

Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), el autoconcepto académico es el mejor predictor de la nota para la asignatura de Ciencias Sociales (r parcial = 0.485) y el social la variable de menor peso (r parcial = 0.123). El modelo resultó significativo ($F(8,192)=10.29$; $p<0.001$) con un coeficiente de determinación de 0.271, por lo que el 27.1% de la variabilidad de la calificación en esta asignatura queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

Tabla 18. Efecto de las variables en la predicción de la calificación en Ciencias Sociales

| Variable | B (ET) | Beta | IC _{95%} B | t | p-valor | r parcial |
|-------------------------------|--------------|-------|---------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| Grupo | -0.22 (0.07) | -0.21 | -0.37 ; - 0.07 | -2.985 | 0.003** | -0.191 |
| Ansiedad | | | | | | |
| Estado | 0.03 (0.02) | 0.10 | -0.02 ; 0.07 | 1.158 | 0.248 | 0.083 |
| Rasgo | -0.03 (0.02) | -0.14 | -0.08 ; 0.01 | -1.603 | 0.111 | -0.115 |
| Autoconcepto | | | | | | |
| Académico | 0.56 (0.07) | 0.53 | 0.42 ; 0.71 | 7.686 | < 0.001*** | 0.485 |
| Social | 0.13 (0.06) | 0.12 | 0.01 ; 0.25 | 2.069 | 0.040* | 0.123 |
| Emocional | -0.02 (0.07) | -0.02 | -0.16 ; 0.13 | -0.233 | 0.816 | -0.017 |
| Familiar | 0.07 (0.08) | 0.06 | -0.09 ; 0.23 | 0.841 | 0.401 | 0.061 |
| Físico | -0.03 (0.08) | -0.03 | -0.18 ; 0.12 | -0.416 | 0.678 | -0.03 |
| Constante | 2.53 (1.16) | | 0.24 ; 4.82 | 2.175 | 0.031 | |
| Resumen del modelo | | | | | | |
| R ² (%) | | | | 27.1 | | |
| Modelo | | | | F(8.192) = 10.29; | p-valor = 0.001 | |
| Supuestos | | | | | | |
| Normalidad [†] | | | | p = 0.186 | | |
| Independencia [‡] | | | | 1.992 | | |
| Homocedasticidad ⁺ | | | | p = 0.561 | | |

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. IC: intervalo de confianza. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001.

Efecto de las variables en la calificación obtenida en Lengua

En el modelo para las notas obtenidas en Lengua (Tabla 19), se observa que tener TDAH disminuye la calificación en esta asignatura en 0.32 puntos, en promedio, con respecto a los alumnos sin TDAH (B = -0.32; p = 0.034). La ansiedad rasgo mostró un efecto significativo indirecto (B = -0.10; p = 0.012) de modo que a mayor ansiedad rasgo menor calificación en la asignatura. Con respecto al autoconcepto, el académico (B = 0.48 p < 0.001) y el social (B = 0.11; p = 0.009) mostraron efectos significativos directos de forma que a mayor autoconcepto académico y social mayor calificación en la asignatura.

La ansiedad estado y los autoconcepto emocional, familiar y físico no mostraron efectos significativos en la calificación obtenida.

Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), el autoconcepto académico es el mejor predictor de la nota en Lengua (r parcial = 0.462) y el autoconcepto social la variable de menor peso (r parcial = 0.144). El modelo resultó significativo ($F(8.192) = 11.48$; $p < 0.001$) con un coeficiente de determinación de 0.295; por lo que el 29.5% de la variabilidad de la calificación en esta materia queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

Tabla 19. Efecto de las variables en la predicción de la calificación en Lengua

| Variable | B (ET) | Beta | IC _{95% B} | t | p-valor | r parcial |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------|---------------------|--------|------------|-----------|
| Grupo | -0.32 (0.15) | -0.21 | -0.62 ; - 0.03 | -2.139 | 0.034* | -0.208 |
| Ansiedad | | | | | | |
| Estado | 0.02 (0.02) | 0.08 | -0.02 ; 0.06 | 1.004 | 0.317 | 0.072 |
| Rasgo | -0.10 (0.04) | -0.09 | -0.18 ; - 0.02 | -2.534 | 0.012* | -0.148 |
| Autoconcepto | | | | | | |
| Académico | 0.48 (0.07) | 0.49 | 0.35 ; 0.61 | 7.208 | < 0.001*** | 0.462 |
| Social | 0.11 (0.04) | 0.10 | 0.03 ; 0.19 | 2.637 | 0.009** | 0.144 |
| Emocional | -0.07 (0.07) | -0.06 | -0.20 ; 0.07 | -1.003 | 0.317 | -0.072 |
| Familiar | 0.15 (0.07) | 0.14 | -0.02 ; 0.29 | 1.764 | 0.051 | 0.140 |
| Físico | -0.03 (0.07) | -0.03 | -0.17 ; 0.11 | -0.406 | 0.685 | -0.029 |
| Constante | 1.35 (1.05) | | -0.72 ; 3.42 | 1.284 | 0.201 | |
| Resumen del modelo | | | | | | |
| R ² (%) | 29.5 | | | | | |
| Modelo | F(8.192) = 11.48; p-valor = 0.001 | | | | | |
| Supuestos | | | | | | |
| Normalidad [†] | p = 0.173 | | | | | |
| Independencia [‡] | 2.023 | | | | | |
| Homocedasticidad ⁺ | p = 0.326 | | | | | |

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. IC: intervalo de confianza. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001.

Efecto de las variables en la calificación obtenida en Matemáticas

En el modelo para las notas obtenidas en Matemáticas (Tabla 20), se observa que tener TDAH disminuye las calificaciones en 0.78 puntos, en promedio, con respecto a los alumnos sin TDAH ($B = -0.78$; $p = 0.007$). La ansiedad rasgo mostró un efecto significativo indirecto ($B = -0.12$; $p = 0.041$), de modo que a mayor ansiedad de rasgo menor calificación en la asignatura. Con respecto al autoconcepto, el académico ($B = 0.41$ $p < 0.001$) y el social ($B = 0.17$; $p = 0.034$) mostraron efectos significativos directos de forma que a mayor autoconcepto académico y social mayor calificación en la asignatura.

La ansiedad estado y el autoconcepto emocional, familiar y físico no mostraron efectos significativos en la calificación obtenida. Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), el autoconcepto académico es el mejor predictor de la nota en CCSS (r parcial = 0.400) y, de nuevo, el autoconcepto social la variable de menor peso (r parcial = 0.159). El modelo resultó significativo ($F(8,192) = 9.64$; $p < 0.001$) con un coeficiente de determinación de 0.258, por lo que el 25.8% de la variabilidad de la calificación en Matemáticas queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

Tabla 20. Efecto de las variables en la predicción de la calificación en Matemáticas

| Variable | B (ET) | Beta | IC _{95%} B | t | p-valor | r parcial |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------|---------------------|--------|------------|-----------|
| Grupo | -0.78 (0.29) | -0.78 | -1.35 ; - 0.21 | -2.712 | 0.007** | -0.193 |
| Ansiedad | | | | | | |
| Estado | -0.01 (0.02) | -0.05 | -0.05 ; 0.03 | -0.578 | 0.564 | -0.042 |
| Rasgo | -0.12 (0.06) | -0.10 | -0.24 ; 0.00 | -2.053 | 0.041* | -0.178 |
| Autoconcepto | | | | | | |
| Académico | 0.41 (0.07) | 0.42 | 0.27 ; 0.54 | 6.027 | < 0.001*** | 0.400 |
| Social | 0.17 (0.08) | -0.06 | 0.01 ; 0.32 | 2.133 | 0.034* | 0.159 |
| Emocional | 0.04 (0.07) | 0.03 | -0.10 ; 0.17 | 0.512 | 0.61 | 0.037 |
| Familiar | 0.11 (0.08) | 0.11 | -0.03 ; 0.26 | 1.519 | 0.130 | 0.109 |
| Físico | -0.11 (0.07) | -0.11 | -0.25 ; 0.03 | -1.604 | 0.110 | -0.115 |
| <i>Constante</i> | 4.24 (1.07) | | 2.13 ; 6.35 | 3.96 | < 0.001 | |
| Resumen del modelo | | | | | | |
| R ² (%) | 25.8 | | | | | |
| Modelo | F (8.191) = 9.64; p-valor = 0.001 | | | | | |
| Supuestos | | | | | | |
| Normalidad [†] | p = 0.233 | | | | | |
| Independencia [‡] | 1.978 | | | | | |
| Homocedasticidad ⁺ | p = 0.142 | | | | | |

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. IC: intervalo de confianza. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

Tras la exposición en los capítulos anteriores de la revisión teórica sobre los estudios realizados en investigaciones previas a la presente Tesis Doctoral, en relación al TDAH y cómo este influye en otras variables tales como la ansiedad, el autoconcepto y el rendimiento académico en adolescentes, a continuación se procederá a discutir dicho asunto contrastando los resultados obtenidos en nuestra investigación con los encontrados en estos trabajos.

Un primer dato a destacar de nuestro análisis es la distribución de las presentaciones clínicas o subtipos de TDAH. En esta investigación únicamente se ha contado con los subtipos inatento y combinado, pero no con muestra que presentara el subtipo hiperactivo-impulsivo.

En otras publicaciones (Andreu et al., 2013; Callís-Fernández, 2011; García, 2006; Travella, 2001; Rubiales et al., 2016) sí se ha contado con el subtipo hiperactivo en su estudio. Esto puede deberse a varios motivos. En algunos de los casos debido al amplio número de la muestra empleada, en otros casos al hecho de usar una franja de edad inferior a la nuestra, donde sí es habitual que se manifieste el subtipo hiperactivo-impulsivo.

La falta de muestra con el subtipo hiperactivo-impulsivo en este estudio no se debe necesariamente al tamaño de la misma sino, más bien, a la edad de nuestros estudiantes y al propio curso evolutivo del TDAH. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad tienden a disminuir conforme se va entrando en la adolescencia, a consecuencia del componente de maduración, tanto neurobiológico como genético, de dicho trastorno.

En lo referente a los resultados de la variable ansiedad, nuestros resultados han concluido que no existen diferencias significativas entre los grupos, con y sin TDAH, en relación a esta variable. En nuestra investigación ambos grupos, los alumnos que pertenecen al grupo control y aquellos que presentan el trastorno de hiperactividad, muestran unos niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo, semejantes.

Por el contrario, en otras investigaciones donde también se evaluó cómo se relacionaba la ansiedad y el TDAH dieron unos resultados distintos a los nuestros. En esos casos la relación entre ansiedad e hiperactividad de la muestra empleada era entre un 20-25% (Arenas y Puigcerver, 2009; Fortea-Sevilla, 2016; García-Vallejo, 2013; Polanco-Barreto et al., 2016; Schatz & Rostain, 2006). En otros estudio, pero con edades algo inferiores a las presentadas en esta Tesis, sobre un 40-45% de los estudiantes hiperactivos también mostraba índices elevados de ansiedad (López-Villalobos et al., 2004, 2008; Molinero et al., 2009; Vázquez et al., 2010). Otras investigaciones igualmente hallaron relaciones entre ambas variables, aunque, con índices inferiores a todos los anteriormente expuestos, lo que puede deberse al bajo número de la muestra empleada en su estudio (Garrido, 2013; Herrero et al., 2005; Polanco-Barrento et al., 2016).

La principal explicación que encontramos de nuestros resultados, en comparación con el investigaciones anteriormente expuestas, radica en que durante este periodo de la adolescencia la mayoría de nuestros alumnos se encuentran inmersos en los cursos superiores de la educación secundaria, por lo que ya existe cierta preocupación y presión escolar para obtener buenos índices académicos, perjudicando este hecho a sus niveles de ansiedad. Hay investigaciones donde se demuestra que la presión académica, sobre todo en lo referente a los exámenes, afecta a los niveles de ansiedad de estudiantes, presenten o

no el trastorno de hiperactividad (Arenas y Puigcerver, 2009; Arias et al., 2000; Urquijo, 2002; Villarroel, 2011).

Dentro del grupo TDAH, en lo referente a los diferentes subtipos y su relación con la ansiedad, tampoco se han hallado relaciones importantes entre los alumnos que presentan un TDAH con rasgos de inatención y aquellos que presentan el subtipo combinado. Es decir, en nuestra investigación, independientemente del subtipo que tengan los participantes de la muestra empleada, van a presentar similares niveles de ansiedad, lo que corrobora otras investigaciones con resultados semejantes (García, 2006; Meliá del Alba, 2008; Miranda et al., 2001, 2002, 2006; Miranda y Soriano, 2011). No obstante, a diferencia de estos datos, otros trabajos sí han corroborado que los adolescentes con TDAH que pertenecen al subtipo inatento muestran mayores niveles de ansiedad que aquellos otros que únicamente presentan síntomas de hiperactividad (Pascua-Castroviejo, 2002; Polanco-Barrento, et al., 2016; Takahashi et al., 2007).

Atendiendo a la variable autoconcepto, comprobamos que en este caso sí que existen diferencias entre ambos grupos estudiados. En nuestro estudio aquellos alumnos diagnosticados de TDAH mostraban unas puntuaciones significativamente inferiores en lo correspondiente al autoconcepto social y académico, en comparación con los adolescentes que no presentan dicho trastorno.

Estos resultados se asemejan a los de otros trabajos donde también se obtuvieron diferencias significativamente negativas entre el autoconcepto y los jóvenes con TDAH, pero en diferentes variables. En unas investigaciones los adolescentes sin hiperactividad mostraban índices mayores de autoconcepto académico, social y emocional en comparación con sus iguales sin dicho trastorno (Muelas y Beltrán, 2011; Soutuollo-Esperón, 2008). Por otro lado, en otro trabajo los resultados concluyeron que es en las

variables del autoconcepto emocional y familiar donde los adolescentes con hiperactividad muestran menores niveles que el resto de los jóvenes (Bakker y Rubiales, 2012).

Por el contrario, hemos hallado investigaciones donde, a diferencia de nuestros resultados, son los estudiantes con TDAH los que muestran niveles de autoconcepto superiores, en comparación a aquellos alumnos sin el trastorno (Hoza et al., 2010; Owens et al., 2007). Bajo esta misma línea, los datos de otros investigadores demuestran que, aunque el alumno con TDAH presente unos niveles de autoconcepto superiores al resto de sus compañeros, existe un sesgo ilusorio positivo, que los demás alumnos no diagnosticados de este trastorno no poseen, lo que aclararía el por qué de las altas puntuaciones relacionadas con esta variable (Molina, 2014; Molina y Maglio, 2013).

La explicación de nuestros resultados posiblemente tiene que ver con que los estudiantes con hiperactividad frecuentemente se sienten menos capaces que el resto de sus compañeros, pero no únicamente en los aspectos académicos, sino también en los sociales (Herrera-Gutiérrez et al., 2011a; Ojales, 2002, 2007). Los problemas para seguir la lección y tomar apuntes, las dificultades para realizar las actividades encomendadas por el docente y los bajos resultados escolares, ineludiblemente, se ven reflejados en un bajo autoconcepto académico. Al mismo tiempo, las continuas sanciones hacia su comportamiento, su predisposición a interrumpir la dinámica de la clase, su impulsividad que les incita a actuar de determinadas maneras y los frecuentes problemas que presentan en el aula repercuten negativamente en la relación con sus compañeros, viéndose por lo tanto influenciado de manera negativa su autoconcepto social (Nowak, 2016; Urquijo, 2002).

En nuestro estudio aparecieron matices importantes al comparar las puntuaciones del autoconcepto de los subtipos inatento y combinado, pertenecientes al grupo experimental, mostrando los resultados que existen diferencias significativas entre ambos en las puntuaciones de autoconcepto familiar y físico. Los alumnos que presentan un TDAH combinado tienen unas puntuaciones en estas dos variables muy inferiores si las comparamos con las que presentan sus homónimos que pertenecen al grupo inatento.

Otros estudios también demuestran la existencia de diferencias significativas al examinar los subtipos del trastorno de hiperactividad en relación con el autoconcepto. En estos trabajos, los alumnos con TDAH que presentan el subtipo combinado poseen unos niveles de autoconcepto inferiores que aquellos que solamente son diagnosticados de inatención (Ruiz-Gálvez, 2015; Sánchez et al., 2016).

Nuestros resultados podrían deberse a que, en un adolescente con TDAH combinado, el hecho de tener más síntomas asociados a este trastorno, que aquellos alumnos con hiperactividad del subtipo inatento, hace que se ejerza más presión hacia ellos y sufran más sanciones por parte de los adultos. Estas reprimendas no vendrían únicamente de sus profesores, sino también de sus padres, lo que podría influir en el ambiente familiar. De ahí que el autoconcepto de estos menores a menudo resulte perjudicado (García-Vallejo, 2013; Herrera-Gutiérrez et al., 2003, 2011a). Además, los rasgos propios de su actividad motora excesiva puede que sean los que afecten a su condición y autopercepción física, lo que podría explicar los bajos niveles en esta variable (Bakker y Rubiales, 2012).

Los análisis realizados sobre las calificaciones académicas concluyeron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental, en lo referente a las asignaturas de Ciencias Naturales, Ciencias Sociales,

Lengua y Matemáticas, donde los alumnos con TDAH obtuvieron puntuaciones muy inferiores en relación a aquellos alumnos pertenecientes al grupo control. Aunque no hubo disparidad en lo referente a las asignaturas de Educación Física e Inglés.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en otras investigaciones que abordan esta misma temática, comprobamos que se confirma la asociación negativa entre rendimiento académico y presencia de TDAH (Castro, 2012; Ferrer et al., 2002; Lewis et al., 2004; Meliá del Alba, 2008; Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013). Estos datos corroboran los numerosos trabajos que postulan que los rasgos propios del trastorno y los síntomas asociados a él, como son la impulsividad, la inatención, el nerviosismo y la inquietud, hacen que se vean mermadas las capacidades de estos alumnos para el rendimiento óptimo en ciertas materias (Bauermeister, 2014; Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2003, 2011a; Orjales, 1999, 2002, 2007).

Las bajas habilidades del estudiante con TDAH en la autorregulación de su comportamiento, su fuerte temperamento, debido a la impulsividad propia de este trastorno, y sus déficits cognitivos hacen que todos estos hándicaps afecten negativamente los resultados escolares (García et al., 2016; García-Escala y Ramos-Morales, 2012).

En nuestra investigación hemos podido constatar que en las asignaturas de Inglés y Educación Física no existen diferencias entre los alumnos con y sin TDAH. Este hecho puede deberse al tipo de actividades desarrollado durante la docencia de dichas asignaturas y las tareas que se requieren para llevar a cabo su aprendizaje. En el caso de la Educación Física, se ha comprobado que unos óptimos ejercicios pueden ayudar al alumnado hiperactivo a mejorar sus habilidades motrices, su atención y a reducir su hiperactividad e impulsividad, obteniendo de este modo buenas calificaciones en esta materia (Carriedo, 2014; López, López y Díaz, 2016). Consideramos que tal vez por este

motivo no existen diferencias en las calificaciones de Educación Física entre los alumnos, independientemente de si forman parte del grupo TDAH o del grupo control.

En relación con las calificaciones y el TDAH atendiendo al subtipo, en nuestro estudio no se hallaron diferencias significativas de ningún tipo. Es decir, independientemente de que nuestros estudiantes con hiperactividad pertenezcan al grupo inatento o combinado presentan unos resultados académicos semejantes. Nuestros resultados contrastan con los reflejados en otros estudios, donde los estudiantes con TDAH combinado tienden a mostrar en general peores resultados académicos y, en consecuencia, peores calificaciones (Gonzalez-Tourón, 1992; Lora-Espinosa y Díaz-Aguilar, 2013; Urquijo, 2012).

Con respecto a la ansiedad, se ha demostrado que la variable ansiedad rasgo se relaciona negativamente en las calificaciones de Lengua y Matemáticas, de manera que cuanto mayor es la ansiedad rasgo peores son las calificaciones en estas dos materias. No ocurre lo mismo con la ansiedad estado, no habiéndose obtenido resultados estadísticamente significativos. En las calificaciones de Ciencias Naturales y Ciencias Sociales no se ha podido establecer que la ansiedad, tanto estado como rasgo, pueda estar manifiestamente relacionada con la obtención de mejores o peores calificaciones.

Sin embargo, hay investigaciones donde sí se aprecia una clara relación entre la ansiedad y el rendimiento académico, evidenciándose que una elevada ansiedad interfiere en la obtención de unos óptimos resultados académicos. Mientras que una baja ansiedad así como una ansiedad moderada, que permita al estudiante cierto grado de alerta y preocupación por el estudio, repercuten de modo muy positivo hacia el logro de buenas calificaciones (De la Peña et al., 2012; Fortea-Sevilla et al., 2016).

En cuanto a la relación entre el autoconcepto y las calificaciones escolares de los adolescentes, nuestros datos revelaron que existe una relación positiva en las variables académicas y sociales en las asignaturas de Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Lengua y Matemáticas. Lo que significa que los alumnos, con y sin TDAH, que mostraban altas puntuaciones en autoconcepto académico y social también obtenían buenas calificaciones en dichas materias, y viceversa.

A la hora de contrastar nuestros resultados con los de otras investigaciones, no hemos encontrado estudios que comparen las variables analizadas con materias como las de Ciencias Sociales y Naturales. La mayoría de los estudios se centran en las asignaturas instrumentales (Lengua y Matemáticas). En este último caso sí encontramos trabajos que avalan nuestros resultados, donde unas buenas puntuaciones en Matemáticas y Lengua van acompañadas de un autoconcepto favorable (Miranda et al., 2006, Miranda y Soriano, 2011; Rosich & Casajús, 2008). En este sentido, otras investigaciones igualmente señalan que altos niveles en autoconcepto, tanto académico como social, podrían incidir de manera positiva en la obtención de buenas calificaciones y, por consiguiente, en un adecuado logro académico (Guay et al., 2003; Jiménez et al., 2007).

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las principales conclusiones de los hallazgos de nuestra investigación que se han expuesto previamente. Para comenzar, y partiendo del objetivo general de nuestro estudio –determinar si existe relación entre la ansiedad, el autoconcepto y el rendimiento académico de adolescentes con y sin TDAH–, podemos sostener que hay relaciones significativas directas entre el autoconcepto y el rendimiento académico e inversas, al menos parcialmente, entre este último y la ansiedad. Asimismo, es posible afirmar que la presencia de TDAH conlleva peores puntuaciones escolares y de autoconcepto. Seguidamente resumimos las conclusiones específicas más destacadas del trabajo.

- I. En relación con los síntomas de ansiedad, no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en ansiedad (estado y rasgo) entre los grupos control y experimental. Atendiendo a la presentación clínica de TDAH, tampoco hemos hallado diferencias significativas entre los subgrupos inatento y combinado.
- II. En cuanto al autoconcepto, se han constatado diferencias significativas entre los grupos control y experimental. Concretamente estas diferencias están presentes en las variables de autoconcepto académico y social, con puntuaciones más elevadas en el grupo control.
- III. También hemos encontrado diferencias de autoconcepto en cuanto a la presentación clínica de TDAH, mostrando los alumnos con subtipo inatento puntuaciones significativamente superiores en autoconcepto familiar y físico que aquellos pertenecientes al subtipo combinado.

- IV. Respecto a las calificaciones, hemos observado diferencias entre los adolescentes dependiendo de si presentan o no el trastorno de hiperactividad, con resultados sensiblemente inferiores en las asignaturas de Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Lengua y Matemáticas en el grupo de alumnos con TDAH. Sin embargo, no se han apreciado diferencias notables de rendimiento académico entre los subtipos de TDAH inatento y combinado.
- V. Finalmente, nuestros resultados han corroborado la hipótesis de que a mejor autoconcepto (académico y social) mejores son los resultados académicos (en Ciencias Naturales y Sociales, Lengua y Matemáticas) y también el supuesto de que la ansiedad rasgo puede repercutir negativamente en el rendimiento académico, al menos en las materias instrumentales de Lengua y Matemáticas.

CAPÍTULO 10

IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE Y PERSPECTIVAS FUTURAS

10.1.- Implicaciones en el proceso de aprendizaje

Desde la perspectiva del trabajo en el aula, el principal interés de este estudio reside en señalar determinadas pautas que los docentes puedan llevar a cabo para hacer frente a algunas de las necesidades y retos que plantea en la actualidad la Educación Secundaria. Para saber cómo podemos mejorar el rendimiento académico de los estudiantes, principalmente en el caso del alumnado con necesidades especiales como el TDAH, parece interesante conocer el papel que juegan en la adolescencia variables tales como la ansiedad y el autoconcepto (Beltrán et al., 2006).

Una de las estrategias de aprendizaje que podemos llevar a cabo en el aula puede ser la temporización de los objetivos y contenidos, los agrupamientos con compañeros y el trabajo cooperativo, así como la adaptación de la metodología y evaluación dependiendo de las características del subtipo concreto de TDAH. Los alumnos con trastorno hiperactivo en ocasiones es conveniente que realicen un menor número de actividades pero logrando, por otro lado, una mejor comprensión de lo que se pretende enseñar (Vallés, 2006).

Cuando se va a trabajar con adolescentes con TDAH se pueden confeccionar una serie de estrategias que les ayuden a mejorar su actitud en el aula. Comenzando por su colocación en el entorno de la clase, una posición adecuada sería cerca de la mesa del profesor, alejados de estímulos distractores y cerca de compañeros con buenas habilidades atencionales y académicas. Cuando se vaya a trabajar en grupo es aconsejable que sean en agrupaciones pequeñas, no más de tres alumnos (Acebes de Pablo y Carabias-Galindo, 2016; Amando, Jarque, Dignes, Extremiana y Puig, 2016; Martínez-Frutos et al., 2014a).

En el momento de la realización de la tarea escolar, se recomendaría fragmentarlas en partes, que tras la elaboración de una primera actividad se corrija de manera inmediata, para comprobar posibles errores o detalles que no les hayan quedado claros y, a continuación, proseguir con la explicación y ejecución de la siguiente actividad. Hay que tener en consideración que estos alumnos, posiblemente, necesiten un tiempo extra para realizar las tareas, en comparación con el resto de sus compañeros (Acebes de Pablo y Carabias-Galindo, 2016; Martínez-Frutos et al., 2014a).

En el momento de hacer el examen escrito también podemos tener en cuenta una serie de detalles que les ayuden a su elaboración. Sería recomendable realizar el examen en un ambiente tranquilo, eliminando en lo posible sensaciones de tensión y estrés sobre esta actividad (Beltrán, 2006; Monedero et al., 1994). Además, podemos valorar el hecho de evaluar al adolescente con un medio diferente al escrito, como puede ser mediante un examen oral (Amando et al., 2016; Muelas y Beltrán, 2011).

Para disminuir la ansiedad, comúnmente asociada a esta etapa evolutiva, es importante desarrollar y potenciar en el aula los aprendizajes cooperativos (Gallego, 1999; Muelas y Betrán, 2011). Asimismo, a los alumnos que en grupos grandes se muestran más ansiosos sería interesante plantearles actividades en grupos más reducidos, donde sea más fácil crear un ambiente relajado y donde el alumno se pueda comunicar mejor con sus compañeros (García-Fernández, 2013; Martín y Juidías, 2008). En estos casos, es si cabe más importante evitar exigirles más allá de sus capacidades, dar instrucciones claras y precisas, otorgarles cierta libertad y no ejercerles demasiada presión (Martínez-Monteagudo et al., 2013; Menéndez, 2001; Orjales, 1999).

En cuanto a las actividades de los alumnos, está comprobado que las dinámicas de grupo pueden ayudar a generar seguridad y confianza en los estudiantes con altos niveles de ansiedad. Se puede impartir, de un modo esporádico, algún tipo de actividad de carácter más lúdico, crear algún juego, interpretar personajes históricos, hacer debates que les puedan ayudar a desestresarse o, como tutores de un determinado curso, instarles a que realicen algún ejercicio deportivo de relajación, ya sea dentro o fuera del ámbito escolar (Beltrán et al., 2006; Sánchez et al., 2016). Además, como se ha comprobado en nuestra investigación, ciertas actividades deportivas y físicas podrían ayudar a mejorar la atención y el rendimiento académico de los adolescentes.

Según nuestros datos, la relación entre autoconcepto y rendimiento académico parece evidente. En este sentido, sería interesante plantear actividades y usar estrategias que tiendan a aumentar el autoconcepto en los alumnos, tales como elogiarles por sus logros y potenciar el trabajo colaborativo (Denegri, Opazo y Martínez-Toro, 2007; Estévez, 2017; Uriarte, 1996; Urquijo, 2002). Hay que tener en cuenta que en esta etapa de la adolescencia el grupo de iguales adquiere una gran relevancia. Si las relaciones entre los compañeros son buenas, el autoconcepto del alumno puede mejorar y con ella también la comunicación, favoreciendo a su vez el aprendizaje a través de la interacción social. En esta misma dirección, otras actividades que se pueden plantear son los debates, los trabajos de investigación, las visitas culturales, etc. Es decir, todas aquellas actividades que al mismo tiempo les animen y les motiven para conseguir sus objetivos (Barahona y Alegre, 2016; Urquijo, 2002; Villaroel, 2011).

Otra técnica que el profesorado puede emplear para aumentar el autoconcepto, y a la vez mejorar el rendimiento académico, consiste en el uso en clase de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Se ha demostrado que el uso de pizarras digitales, Internet y ordenadores en las clases, además de optimizar la enseñanza y ayudar a los docentes a mejorar sus explicaciones, produce una mayor participación del alumnado y favorece las relaciones sociales, el aprendizaje cooperativo y el desarrollo de las habilidades de comunicación, creatividad y razonamiento, lo cual repercute de forma positiva en su desempeño académico (Ballesta y Cerezo, 2011; Moya, 2009). El uso de las TIC para la enseñanza-aprendizaje acrecienta el autoconcepto, la autoestima y la motivación de los estudiantes, lo que también contribuye a su integración en el grupo-clase y a desarrollar capacidades cognitivas de gran relevancia educativa (Beltrán et al., 2006; Cánovas, 2012; Cánovas et al., 2014a; Orjales, 2007).

Como apunta Gallego (2009), a partir de los grupos de ayuda entre compañeros es posible mejorar la seguridad del alumno, lo que daría lugar a un aumento de autoconcepto y, al mismo tiempo, a una disminución de la ansiedad. Junto a las horas de clase, otro buen momento para realizar una dinámica grupal es en las tutorías (para mejorar la comunicación entre compañeros, plantear soluciones para mejorar la convivencia en clase, etc.).

Un procedimiento para trabajar en el horario de tutoría es la conocida como “técnica frente al espejo”, que persigue mejorar el autoconcepto de los menores. En ella, con la ayuda de un espejo y a través de una serie de preguntas, podremos guiar al estudiante para que se observe, para que realice una introspección y exprese qué ve en el espejo cuando se mira. Está destinada a trabajar con niños y adolescentes de todas las

edades, puesto que siempre es un buen momento para mejorar el autoconcepto que tienen de ellos mismos (Contreras et al., 2005; Uriarte, 1996).

En definitiva, no hay duda de que el enfoque, las actividades, los medios y los recursos educativos condicionan en gran parte las posibilidades de aprendizaje y progreso personal de los adolescentes. Desde este planteamiento, el papel que desempeñan los profesionales de la enseñanza en la tarea de potenciar el desarrollo integral y el rendimiento académico de sus alumnos puede resultar crucial (Herrera-Gutiérrez, 2015).

10.2.- Limitaciones del estudio y perspectivas futuras

En este apartado señalaremos cuáles han sido las principales dificultades que nos ha presentado el estudio y las perspectivas de la investigación futura, destacando aspectos relacionados con las peculiaridades de la muestra, las pruebas empleadas y la disponibilidad de los padres y estudiantes.

Para comenzar, mencionaremos que el bajo tamaño muestral del grupo TDAH puede que haya afectado a los resultados estadísticos, a los contrastes de hipótesis y a la posibilidad de extrapolar la muestra. Junto a lo anteriormente añadido, tenemos que destacar, dentro de las características de la muestra de estudiantes con TDAH, el bajo porcentaje de participantes de género femenino.

Otro rasgo a destacar en nuestro estudio es que no contamos con participantes que pertenezcan al subtipo hiperactivo. Este hecho se puede deber a varios factores. Por un lado, a lo reducido del tamaño muestral del grupo experimental y, por otro lado, al propio curso evolutivo del TDAH. Esto último se explicaría por la edad media de los participantes de nuestra muestra, que haría que el subtipo hiperactivo desapareciera.

Dentro de las propias limitaciones de la muestra, debemos señalar que los participantes del grupo TDAH pueden haber estado sometidos a una intervención multimodal por parte del grupo terapéutico de ADAHI, lo cual puede afectar, en mayor o menor modo, a los resultados obtenidos en las pruebas.

En lo referente a las pruebas empleadas para la investigación, sería interesante para futuras investigaciones el uso de otros cuestionarios que también midan los niveles de ansiedad y autoconcepto, lo que nos permitiría poder contrastar los diferentes datos que nos aporten. También sería aconsejable analizar estas mismas variables, pero estableciendo una comparación entre alumnos de Educación Primaria y Educación Secundaria, para poder determinar así una posible evolución a lo largo de los cursos académicos y edades. Por último, de cara a futuros trabajos, sería interesante evaluar otras variables no contempladas en este estudio, tales como los síntomas de depresión y la autoestima, que son importantes para el desarrollo psicológico y desempeño académico de estos jóvenes estudiantes.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Acebes de Pablo, A. y Carabias-Galindo, D. (2016). El alumnado de primaria con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH): la Musicoterapia como herramienta integradora dentro del contexto del aula de música. *Revista Electrónica de LEEME*, 38, 1-16.
- Acosta, M.T. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista de Neurología*, 44(2), 37-41.
- Aguilar Domingo, M. (2013). *Subtipos electrofisiológicos de personas diagnosticadas de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: características e implicaciones psicofisiológicas y educativas. Tesis Doctoral*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Aguilar-Domingo, M., Gómez-Amor, J., & Herrera-Gutiérrez, E. (2011). Classification of ADHD subtypes using independent ERP components. *ADHD: Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 207-208.
- Aguilar-Domingo, M., Herrera-Gutiérrez, E. y Gómez-Amor, J. (2013). *Subtipos electrofisiológicos de personas diagnosticadas de TDAH. Características e implicaciones psicofisiológicas y educativas*. Madrid: Editorial Académica Española. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45.

- Alcaide-Risoto, M. (2009). Influencia del rendimiento y el autoconcepto en hombre y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 2, 27-44.
- Almeida, L.S., Guisande, M.A., Primi, R. y Lemos, G. (2009). Contribuciones del factor general y de los factores específicos en la relación entre inteligencia y rendimiento escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 1(3), 5-16.
- Amado, L., Jarque, S., Signes, M.T., Extremiana, A.A. y Puig, A.L. (2016). Propuesta de un programa de intervención psicosocial para maestros de niños con TDAH. *Revista Internacional de Evaluación y Medición de la Calidad Educativa*, 1(1), 1-13.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM II*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM III*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised: DSM III-R*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM- IV*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*. Washington, DC: Author. (trad. cast. Madrid: Médica Panamericana, 2014).
- Amezcuca, J.A. y Pichardo, M.C. (2000). Diferencias de género en el autoconcepto de sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 207-214.
- Andreu, J.M., Peña, M.E. y Larroy, C. (2010). Conducta antisocial, impulsividad y creencias justificativas: análisis de sus interrelaciones con la agresión proactiva y reactiva en adolescentes. *Psicología Conductual*, 18, 57-72.
- Andreu, J.M., Peña, M.E. y Penado, M. (2013). Impulsividad cognitiva, conductual y o planificadora en adolescentes agresivos, reactivos, preceptivos o mixtos. *Anales de Psicología*, 29(3), 734-740.
- Arenas, M.C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Arribas, A.M. (2009). Los trastornos de ansiedad en el ámbito escolar. *Innovación y Experiencias Educativas*, 21, 1-6. Disponible en: <http://docplayer.es/8026467-Los-trastornos-de-ansiedad-en-el-ambito-escolar.html>
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con Trastorno por déficit de atención. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicología*, 4(1), 5-11.
- Ballesta, F.J. y Cerezo, M. (2011). Familia y escuela ante la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación. *Educación XXI*, 14(2), 133-156.

- Ballester-Arnal, R., Morales-Sabuco, A., Orgilés-Amorós, M. y Espada-Sánchez, J.P. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Barahona, L.M. y Alegre, A.A. (2016). Inteligencia emocional y TDAH: Un análisis comparativo en estudiantes de Lima Metropolitana. *Propósitos y Representaciones*, 4(1), 61-114.
- Barkley, R.A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (2006). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (2005). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, 2. New York: Guilford Press.
- Bauermeister, J.J. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído ¿Me Conoces?: Guía Acerca del Déficit Atencional (TDAH) Para Padres, Maestros y Profesionales*. New York: Guilford Press.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112.
- Belmonte García, L. (2013). *Ansiedad y rendimiento académico en alumnos de educación primaria con TDAH. Tesis de Máster*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Beltrán, J.A., Pérez, L.F. y Ortega, M.I. (2006). *Cuestionario de estrategias de aprendizaje*. CEA. Madrid: TEA.
- Benjumea, P. (2006). *Trastornos hiperkinéticos. Guía para su diagnóstico*. Madrid: Ballesteros.
- Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220.

- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818.
- Borrás-Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 5-7.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*. Paris: Alcan.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Braun, M., Kahn R.S., Froehlich, T., Auinger, P., & Lanphear, B.P. (2006). Exposures to Environmental Toxicants and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in U.S. Children. *Environ Health Perspect*, 114(12), 1904-1909.
- Brinkerhoff, S. (2004). *Drug therapy and anxiety disorders*. Philadelphia: Mason Crest Publishers.
- Caballo, V.E. y Simón, M.Á. (2009). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Caledrón, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Programa de tratamiento cognitivo-conductual. Tesis Doctoral*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Callís-Fernández, S. (2011). Terapia floral en Bach en niños con manifestaciones de hiperactividad. *Medisan*, 15(2), 729-735.

- Cánovas López, A. (2012). *Ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico en Ciencias Sociales en alumnos de secundaria. Tesis de Máster*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Cánovas López, A., Herrera-Gutiérrez, E. y Peyres, C. (2014a). Ansiedad, autoconcepto y rendimiento académico: implicaciones en el proceso de aprendizaje. En J. Maquilón y N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 393-402). Murcia: Editum.
- Cánovas López, A., Martínez-Frutos, M.T. y Collados-Torres, L. (2014b). Buenas prácticas en la enseñanza a alumnos de secundaria con necesidades de apoyo educativo. En J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineros y F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/acanovas.pdf>
- Cantwell, D.P., & Baker, L. (1991). Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24(2), 88-95.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111.
- Cardo, E., Meisel, V., García-Banda, G., Riutort, L., Palmer, C., Bernad, M. y Servera, M. (2009). Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, 48(2), 17-21.
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Journal of Sport and Health Research*, 6(1), 47-60.

- Castro, L. (2012). *Estudio de las dimensiones del lenguaje en un alumno con TDAH de Educación Primaria. Tesis de Máster*. Madrid: Universidad Internacional de la Rioja.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20, 389-395.
- Cazalla, N. y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10, 43-64.
- Chamorro, T., Furnham, A., & Lewis, M. (2007). Personality and approaches to learning predict preference for different teaching methods. *Learning and Individual Differences*, 17(3), 241-250.
- Collados-Torres, L., López-Ortuño, J. y Cánovas López, A. (2014). La Didáctica de la Lengua en el proceso de aprendizaje de los alumnos con necesidades especiales. En J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineros y J.F. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/lcollados.pdf>
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, 1(2), 183-194.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cornejo, J.M., Osio, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., ... Holguin, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40(12), 716-722.

- Clements S. (1966). *Task Force One: minimal brain dysfunction in children*. Washington DC: US Public Health Service.
- Clements, S.D., & Peters, J.E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child: diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6(3), 185-197.
- Clouston, T.S. (1892). *Mental diseases. Clinical lectures on mental disease, 3th ed.* London: Churchill.
- Clouston, T.S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and treatment by the bromides. *Scottish Medical and Surgical Journal*, 4, 481-490.
- Crichton, A. (1798). *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects, I.* London: T. Cadell, Junior and W. Davies.
- Cubero-Venegas, C.M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagogo. *Actualizaciones Investigaciones en Educación*, 6, 1-42.
- De Gracias, M., Marcó, M., Fernández, M.J. y Juan, J, (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- De la Peña, F., Ulloa, R.E. y Páez, F. (2013). Comorbilidad del Trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del procedimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22, 88-92.

- Denegri, M., Opazo, C. y Martínez Toro, G. (2007). Aprendizaje cooperativo y desarrollo del autoconcepto en estudiantes chilenos. *Revista de Pedagogía*, 28(81), 13-41.
- Díaz, A., Jiménez, J.E., Rodríguez, C., Alfonso, M. y Artiles, H. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 155-170.
- Díaz-Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 44-55.
- Díez-Suárez, A., Figueroa-Quintana, A. y Soutullo-Esperón, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(8), 135-156.
- Eddy, L. y Ugarte, R. (2011). TDAH y trastornos del sueño. En AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2011* (pp.397-406). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Emberley-Moreno, E. y Pelegrina Del Río, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220.
- Escobar, I. D. (2007). Disfunciones tiroideas y estrés. *Acta Médica Colombiana*, 32(2), 37-38.
- Esnaola, I., Goñi, A. y Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179-194.
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117.
- Espada, J.P., Méndez, F. X. y Orgilés, M. (2008). *Ansiedad por separación* (1ª ed.). Madrid: Pirámide.

- Espada, J.P., Morales, A. y Orgilés, M. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Estévez, C.A., González, P.I., Hernández, A. y Valladares, A. (2017). TDAH a nivel de secundaria. *Debates en Educación y Curriculum*, 2(2), 513-524.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., ... Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Feifel, D. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Postgraduate medicine*, 100(3), 207-218.
- Ferguson, D.M., Horwood, L.J., & Linskey, M.T. (1993). Defects of Conduct Disorder and Attention Deficit in middle Childhood on offending and scholastic ability age 13. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 899-916.
- Fergusson, D.M., Horwood, L., & Lynskey, M.T. (1994). Parental separation, adolescent psychopathology and problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1122-1133.
- Fernández, J.M., Martínez-Monteagudo, M.C. e Inglés, C.J.(2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 255-259.
- Fernández, M.A., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.

- Ferrer, M.S., Castellar, R.G. y Casas, A.M. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(2), 249-274.
- Fiorello, C.A., & Primerano, D. (2005). Cattell-Horn-Carroll cognitive assessment in practice: Eligibility and program development tissues. *Psychology in Schools*, 42, 525-536.
- Fortea-Sevilla, M.S., Escandell-Bermúdez, M.O., Castro-Sánchez, J.J. y Martos-Pérez, J. (2016). Valoración de la ansiedad en los trastornos del espectro autista y en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 62(1), 99-102.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Furegato, A.R., Santos, J.L. y Silva, E.C. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 198-204.
- Gallego, A.J. (2009). Trabajo cooperativo e intervención social en la práctica educativa. *Innovación y Experiencias Educativas*, 16, 1-10. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/ANA_J_GALLEGO_2.pdf
- Garaigordobil, M. y Durá, A. (2013). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.

- García, A.K., Herrán, M.A., Herrán, M.E., Rodríguez-Díaz, A. y Órtiz, R. (2014). Una revisión narrativa de las escalas de evaluación usadas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Medwave*, 14(1), 1-9.
- García, A.M. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 17-24.
- García, E. (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clase. Tesis Doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, M.T., Fernández, N., Loew, S.J. y Pérez, C.R. (2016). Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*, 9(1), 29-37.
- García-Escala, G. y Ramos-Morales, C. (2012). Propuesta didáctica para niños con déficit atencional: estimulando el razonamiento analógico verbal para desarrollar la oralidad tardía. *Estudios Pedagógicos*, 38(1), 131-148.
- García-Fernández, L. (2013). *Intervención para reducir el trastorno de ansiedad asociado al TDA/TDAH. Tesis de Máster*. Logroño, La Rioja: Universidad Internacional de la Rioja.
- García-García, M.D, Prieto-Tato, L.M., Santos-Bordujo, J., Monzón-Corral, L., Hernández-Fabián, A. y San Feliziano-Martín, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69, 244-250.

- García-Jiménez, M.A., Salcedo-Aguilar, F., Rodríguez-Almonacid, F.M., Redondo-Martínez, M.P., Monterde-Aznar, M.L., Marcos-Navarro, A., ... Torrijos-Martínez, M. (2004). Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. *Revista de Neurología*, 39, 18-24.
- García-Vallejo, R. (2013). *Mejora de la atención precoz del TDAH tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial. Tesis Doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Gardner, H. (2005). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.
- Garrido, V. (2013). *Comorbilidad en el niño y adolescente con T.D.A.H. Tesis Doctoral*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- González, M.C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento académico. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: EUNSA.
- González, M.C., Tourón, J. e Iriarte, C. (1994). Autoconcepto, motivación y rendimiento escolar en alumnos de 5º de EGB. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 25-44.
- González, R., Mendiri, P. y Arias, A. (2014). Una aproximación a las variables predictoras del rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *REOP*, 13(2), 223-235.
- González-Pienda, J.A, Nuñez, J.C., González-Pumariega, S., Álvarez, L., Roces, C., García, M., González, P., Cabanach, R.G. y Valle, A. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12(4), 548-556.

- González-Ribes, A., Martín-Carrera, I., Martínez-González, A., Garaizar, C. y Prats-Viñas, M. (2003). Factores que influyen en la remisión a corto plazo de los tics en niños con síndrome de Gilles de la Tourette. *Revista de Neurología*, 23(10), 901-903.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 179-194.
- Granado-Alcón, M.C. (2004). El aprendizaje escolar: una perspectiva cognitiva-motivacional. *XXI Revista de Educación*, 6, 189-198. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1932/b15161857.pdf?sequence=1>
- Guay, F., Pantano, H. y Boivin, M. (2003). Autoconcepto académico y logro académico: perspectiva del desarrollo sobre su ordenamiento causal. *Diario de Psicología Educativa*, 95, 124-136.
- Gutiérrez, E. (2010). *Estudio comparativo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia: Análisis de variables psicoeducativas. Tesis Doctoral*. Granada: Universidad de Granada.
- Gutiérrez Quintanilla, J.R. y Portillo García, C.B. (2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 533-557. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art12.pdf>
- Herrera-Gutiérrez, E. (2011). *Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico*. Documento de investigación no publicado, Universidad de Murcia.

- Herrera-Gutiérrez, E. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad: su investigación desde la perspectiva del desarrollo integral. *Boletín de Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia*, 2, 195-203. Disponible en: <http://www.um.es/documents/299436/1725297/Boleti%CC%81n+de+Investigacio%CC%81n+Facultad+de+Educacio%CC%81n+2015-1.pdf/b9e997e3-f3b0-4a24-a02a-503546c2db17>
- Herrera-Gutiérrez, E., Bermejo, R., Fernández, M.C. y Soto, G. (2011a). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto (Coord.), *Psicología de la Excepcionalidad* (pp.139-152). Madrid: Síntesis.
- Herrera-Gutiérrez, E., Brito, A.G., Pérez, J., Martínez, M.T. y Díaz, A. (1998). Percepción de estilos educativos paternos e inadaptación personal y social en adolescentes. En Varios (Eds.), *Intervención psicológica en la adolescencia. Vol. II* (pp. 455-460). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Herrera-Gutiérrez, E., Brito, A.G., Pérez, J., Martínez, M.T. y Díaz, A. (2001). Percepción de estilos educativos parentales e inadaptación en adolescentes. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, XXIII(1-2), 44-57.
- Herrera-Gutiérrez, E., & Calvo, M.T. (2005). Discrepancy in parenting styles' perception as predictor variable of hyperactivity and adjustment of school students. In *XIIIth European Conference on Developmental Psychology, Abstracts Book* (pp. 137). La Laguna, Tenerife, Spain: University of La Laguna.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T. y Peyres, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.

- Herrera-Gutiérrez, E., Sáez-Gutiérrez, E. y Sastre, I. (2015). Intervención en el trastorno hiperactivo desde la terapia multifamiliar. En *Actas del I Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud, vol.1*. Almería: ASUNIVEP. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/actas-i-congreso-internacional-en-contextos-clinico-y-de-la-salud-vol1.pdf>
- Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez-Mármol, D.J., Peyres, C. y Rodríguez, J.M. (2011b). Hiperactividad, problemas de adaptación y rendimiento académico. En J.M. Román, M.A. Carbonero y J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 8225-8239). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Herrero, M.J. y Siegenthaler Hierro, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28(3), 261-275.
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 18(1), 82-88.
- Hernández, P. (2002). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et délinquants juveniles*. París: Thèse De Médecin.
- Hoffman, L.B. (1873). *The story of fidgety phil (from der struwwelpeter oder lustige geschichten und drollige bilder 1844)*, traducido al inglés en 1846. En J. Opie (Dir). *The Oxford Book of Children's Verse*. Oxford: Clarendon Press.

- Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L.E., & Hinshaw, S. P. (2010). Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with ADHD: A developmental psychopathology perspective. *Developmental Psychology*, 22(2), 375–390.
- Inglés, C.J., Martínez-Monteaudo, M.C., Delgado, B., Torregrosa, M.S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, JM. y García-López, L.J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 449-461.
- Idiazábal-Aletxa, M. y Aliagas-Martínez, S. (2009). Sueño en los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 48(2), 13-16.
- Ireland, W.W. (1877). *On idiocy and imbecility*. London: Churchill:
- Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079.
- Jiménez, J.E. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Evaluación de las Funciones Ejecutivas. Introducción a la Serie Especial. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 5-11.
- Jiménez, J.E., Rodríguez, C., Camacho, J., Alfonso, M. y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13-26.
- Jiménez, L, Sánchez, A.S. y González, A. (1994). *Trastorno de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Caja Salamanca y Soria.

- Jiménez, M.I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios: diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93, 21-39.
- Jiménez, T.I., Murgui, S., Estévez, E., & Musitu, G. (2007). Family communication and delinquent behavior among Spanish adolescents: The mediating role of self-esteem. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 473-485.
- Joselevich, E. (2003). *AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-92.
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic drivenness a brainstem syndrome and experience. *Journal of Medicine*, 5, 748-756.
- Kieling, C., Roman, T., Doyle, A., Hutz, M.H., & Rohde, L.A. (2006). Association between the DRD4 gene and performance of children with ADHD in a test of sustained attention. *Biological Psychiatry Journal*, 60(10), 1163-1165.
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Psicología*, 15, 51.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., Van Daalen, E., Fegert, J., ... Kusumakar, V. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11-28. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14659983>

- Lewis, S., Cuesta Guzmán, M., Ghisays Cardozo, Y. y Rimeró Santiago, L. (2011). La adaptación social y escolar en niños con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 14, 125-149.
- López, N. (2008). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Revisión teórica*. Granada: TFSL.
- López Ortuño, J. (2015). *Estudio descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y comorbilidad en los diferentes subtipos*. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- López Sánchez, G.F., López Sánchez, L. y Díaz Suárez, A. (2016). Efectos de un programa de actividad física en la calidad del sueño de escolares con TDAH. *SPORT TK-Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 5(1), 19-25.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastorno de comportamiento. *Clínica y Salud*, 15(1), 9-31.
- López-Villalobos, J.A., Serrano, I. y Delgado, J. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Lora-Espinosa, A. y Díaz-Aguilar, M.J. (2013). Trastornos de aprendizaje en el niño con TDAH. En AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2013* (pp. 23-36). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Lorenzo, A., Grau, J.A., Fumero, A., Vizcano, M.A., Martín, M. y Prado F. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), 203-214.

- Lufi, D., & Parish-Plass, J. (1995). Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 51*(1), 94-99.
- Magallón, S. y Narbona, J. (2009). Detección y estudios específicos en el trastorno de aprendizaje procesal. *Revista Neurología, 48*(2), 71-76.
- Malo, S., Bataller, S., Casas, F., Gras, M.E. y González, M. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos. *Psicothema, 33*(4), 871-878.
- Marchago, J. (1991). *El profesor y el autoconcepto de sus alumnos*. Madrid: Escuela Española.
- Marsh, H.W. (1986). Global self-esteem: Its relation to specific facets of selfconcept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1224-1236.
- Marsh, H.W., & Ayotte, V. (2003). Do multiple dimensions of self-concept become more differentiated with age? The differential distinctiveness hypothesis. *Journal of Educational Psychology, 95*, 687-706.
- Martín, P.A. y Juidías, J. (2008). Discriminación de la ansiedad a través del Test Gestáltico Bender. *Apuntes de Psicología, 26*(3), 449-458.
- Martínez, I., García, J.F., & Yubero, S. (2007). Parenting styles and adolescents self-esteem in Brazil. *Psychological Reports, 100*, 731-745.
- Martínez-Bermejo, A., Moreno-Padillo, D.M. y Soler-López, B. (2008). Evaluación del diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en España mediante la técnica Achievable Benchmarks of Care (ABC). *Revista Neurología, 47*(9), 451-456.

- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y López-Ortuño, J. (2014a). Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. En J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineros y F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Disponible en: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/mtmartinez.pdf>
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y Peyres, C. (2014b). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón y N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: EDITUM.
- Martínez-Monteagudo, M.C., García-Fernández, J.M. e Inglés, C.J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.
- Marx, R.M., & Winne, P.H. (1978). Construct interpretations of three self-concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15, 99-102.
- Mayor, J.G. y García, R.S. (2011). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión. ¿Hacia dónde vamos ahora? *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 22(2), 111-182.
- Meliá de Alba, A. (2008). *Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas en niños con TDAH: comparación de los perfiles cognitivos y metacognitivos*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 4(1), 92-102.

- Mestre, V., Sampere, P. y Pérez, E. (2009). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 243-259.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S.V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Aguilar.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., & Chen, L. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *The American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1138-1142.
- Miranda, A., García, R. y Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 2, 125-138.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Tratamiento para niños con TDAH: programa psicopedagógico en la escuela frente a medicación psicoestimulante. *Psicothema*, 18, 335-341.
- Miranda, A., Jarque, S. y Soriano, M. (1999). TDAH: polémicas actuales acerca de su definición epidemiológica, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28(2), 182-88.
- Miranda, A., Meliá de Alba, A., Marco, R., Roselló, B. y Mulas, F. (2006). Dificultades de aprendizaje de matemáticas en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42(2), 163-170.

- Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores*. Castellón: Universidad Jaime I.
- Miranda, J.A. y Soriano, M. (2011). Investigación sobre Dificultades en el Aprendizaje en los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad en España. *Revista Electrónica de Dificultades de Aprendizaje*, 1(1). Disponible en: <http://www.ldworldwide.org/pdf/spanish/spain/ssl/spain-ssl-n1v1-miranda-soriano.pdf>
- Miranda, J.A., Soriano, M. y García, R. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(2), 249-274.
- Mirón, L., Serrano, G., Godás, A. y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 255-282.
- Moizeszowicz, J. (2007). *Evaluación interactiva de evidencias psicofarmacológicas, para un tratamiento adecuado de los riesgos médicos de la depresión y la ansiedad. Psicofarmacología Psicodinámica IV, Actualizaciones 2007*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, M.F. y Maglio, A.L. (2013). Características del Autoconcepto y el Ajuste en las Autopercepciones de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología. Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(2), 1-22.

- Molinero, L.R., Villalobos, J.L., Redondo, M.G., Martín, A.S., Rivera, M.M. y Sanz, F.R. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Monedero, C., Castelló, M., Clariana, M., Palma, M. y Pérez, M.L. (1994). *Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela*. Barcelona: Graó.
- Moreno, J.A., Moreno, M. y Corvelló, E. (2013). Autoconcepto físico como predictor de la intervención de ser físicamente activo. *Psicología y Salud*, 17(2), 261-267.
- Morris, T.L., & March, J.S. (2004). *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moya, A.M. (2009). Las nuevas tecnologías en la educación. *Innovación y Experiencias Educativas*, 24. Disponible en: http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/ANTONIA_M_MOY_A_1.pdf
- Muelas, Á. y Beltrán, J. (2011). Variables influyentes en el rendimiento académico de los estudiantes. *Revista de Psicología y Educación*, 1(6), 173-195.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (2001). *Cuestionario de Autoconcepto Forma-5 (AF5)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Musitu, G., Jiménez, T.I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias: un modelo de medicación. *Revista de Salud Pública de México*, 49, 3-10.

- Navarro González, M.I. (2009). *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica. Tesis Doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Navarro-González, M.I. y García-Villamisar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 3(4), 23-36.
- Navarro-González, M.I. y García-Villamisar, D.A. (2011). Funcionamiento ejecutivo en el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): una perspectiva ecológica de los perfiles diferenciales entre los tipos combinado e inatento. *Revista de Psicología y Psicopedagogía Clínica*, 16(2), 113-124.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, Jr, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Stephen, J., ... Urbina, S. (1996). Intelligence: knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 77-101.
- Nowak, D. (2016). *Las habilidades sociales de los niños y las niñas con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H)*. Tesis Fin de Grado. Alicante: Universidad de Alicante.
- Ochoa-Mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., Villaceros-Durbán, I., Llama-Sierra, P. y Sancho-Acero, J. L. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes. *Trastornos Adictivos*, 12(2), 79-86.
- Orgilés, M., Gómez, M., Piqueras, J.A. y Espada, J.P. (2014). Relación entre el rendimiento escolar y la sintomatología depresiva en niños españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(33), 447-460.

- Orjales, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2002). *Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con TDAH*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-31.
- Ortiz, V.G., Froehlich, W.D. y Knop, J. (2001). Reacciones hormonales e inmunológicas agudas en situaciones de estrés. Estudio experimental sobre el papel moderador de la experiencia de control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 72-96.
- Owens, J.S., Goldfine, M.E., Evangelista, N.M., Hoza, B., & Kaiser, N.M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351.
- Palacio, J.D., Ruiz-García, M., Bavermeister, J.J., Montiel-Navas, C., Henao, G.C. y Agosta, G. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Salud Mental*, 32, 3-16.
- Parada-Navas, J.L. y González-Ortiz, J.J. (Eds.) (2009). *La familia como espacio educativo*. Murcia: Espigas.
- Pascual-Castroviejo, I. (2002). Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 35(1), 11-17.
- Pelegrín, C. y Tirapu, J. (1995). Neuropsiquiatría del daño prefrontal traumático. *Monografías de Psiquiatría*, 7, 11-21.

- Perrin, S., & Last, C.G. (1996). Relationship between ADHD and anxiety in boys: results from a family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 988-996.
- Piek, J.P., Pitcher, T.M., & Hay, D.A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in males with attention deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41, 159-165.
- Poeta, L.S. y Rosa-Neto, F. (2007). Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44(3), 146-149.
- Polaino-Lorente, A. Ávila, C., Cabanyes, J., García, D. A., Orjales, I. y Moreno, C. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Polanco-Barreto, A.M., Arboleda-Bustos, H., Pinto, M.C., Ávila, J. E. y Vásquez, R. (2016). TDAH con y sin ansiedad en niños: Caracterización clínica, sociodemográfica y neuropsicológica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(1), 23-33.
- Puig, C. y Balés, C. (2007). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Barcelona: CEAC.
- Ramos-Quiroga, J.A., Ribases-Haro, M., Bosch.Musó, R., Cormand-Rifá, B. y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44(3), 51-55.
- Rappoport, M.D., Scanlan, S.W., & Denney, C.B. (1999). Attention-deficit hyperactivity disorder and scholastic achievement: A model of dual developmental pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1169-1183.

- Reimblat, S.P., & Walkup, J.T. (2005). Psychopharmacologic treatment of pediatric anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 877-908.
- Reyes-Tejada, Y.N. (2003). *Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM. Tesis Doctoral*. Lima, Perú: Universidad de Lima.
- Rief, S. (2000). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodrigo-Alfageme, M. y Hernández-Guillén, R. (2003). Ansiedad. *ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, XII(1), 36-41.
- Rodríguez-Lafora, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*. Madrid: La lectura.
- Romero-Ramírez, D.S. (2007). Etiopatogenia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 31(2), 71-78.
- Rosa-Alcázar, A.I., Parada-Navas, J.L. y Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142.
- Roselló, B., Pitarch, I. y Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurobiología*, 34(1), 82-90.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rosich, N. y Casajús, A. (2008). El alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDHA) en el aprendizaje de las matemáticas en los niveles obligatorios. *Revista Iberoamericana de Educación Matemática*, 16, 63-83.
- Rubiales, J., Bakker, L. y Delgado, I.D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evolución y propuesta de un programa de estimulación. *Journal Panamericana of Neuropsychology*, 5(2), 145-161.
- Rubiales, J., Bakker, L., Russo, D. y González, R. (2016). Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *CES Psicología*, 9(2), 99-113.
- Ruiz-Gálvez, C. (2015). *Trastorno déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoconcepto: diferencias en autoconcepto en función de los subtipos de TDAH. Tesis de Máster*. Madrid: Universidad Pontificia.
- Ruiz-Sancho, A.M. y Lago-Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2005* (pp.265-280). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Salamanca, L., Naranjo, M.M. y González, A. (2013). Validez y confiabilidad del cuestionario del trastorno del desarrollo de la coordinación versión en español. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), 263-274.
- San Sebastián, J. y Quintero, F.J. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 61(6), 503-514.

- Sánchez, M., Romero, J.F., Lavigne Cerván, R. y Juárez, R. (2016). Análisis de Deficiencias en Autoconcepto en Niños Diagnosticados con TDAH. *VII Congreso Internacional de Psicología y Educación* (pp.5-67). Málaga: Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga.
- Sánchez de Medina, C.M. (2008). Autoconcepto y Autoestima: Construyo mi yo. *Innovación y Experiencias Educativas*, 12. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_12/CARMEN_SANCHEZ_1.pdf
- Sánchez-Álvarez, P. (Coord.) (2004). *Influencia del autoconcepto en el rendimiento escolar*. Murcia: Nausícaä.
- Sánchez-Carpintero, R. y Narbona, J. (2011). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con TDAH. *Revista de Neurología*, 33(1), 47-53.
- Sánchez Mármol, D. (2015). *Discrepancia educativa parental y TDAH: intervención psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres. Tesis Doctoral*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Sánchez-Mármol, D.J. y Herrera-Gutiérrez, E. (2010). El alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito académico. En A. de Pro Bueno (Coord.), *Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria, II* (pp. 579-598). Murcia: Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
- Sánchez-Mármol, D.J. y Herrera-Gutiérrez, E. (2011). Educación familiar, comportamiento hiperactivo y problemas de adaptación en alumnos de Educación Primaria. En A. de Pro Bueno (Coord.), *Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria, III* (pp. 771-784). Murcia: Facultad de Educación. Universidad de Murcia.

- Sánchez-Mármol, D.J. y Herrera-Gutiérrez, E. (2016). Discrepancia educativa parental, insatisfacción familiar e inadaptación social en preadolescentes. En J.L. Castejón (Coord.), *Psicología y Educación: Presente y Futuro* (pp. 2139-2146). Madrid: ACIPE.
- Sánchez-Pérez, N. y González-Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumnado con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivos, Emocionales y Temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *11*(30), 527-550.
- Sandberg, S. (1996). *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schatz, D., & Rostain, A.L. (2006). *ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature*. *Journal of Attention Disorders*, *10*(2), 141-149.
- Semrud-Clikman, M. y Teeter-Ellison, A. (2011). *Neuropsicología infantil*. Madrid: Pearson.
- Shanahan, L., Erkanli, A., Castello, E.J., & Angold, A. (2013). Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 144.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, J. C. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, *46*, 407-441.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividad/Fortaleza*, *3*(1), 10-59.
- Silverman, W.K., & Treffers, P.D. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment, and intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Soutullo-Esperón, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Médica Panamericana.

- Soutullo-Esperón, C. y Díez Suárez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Médica Panamericana.
- Spencer, T., Biederman, J., & Wilens, T. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 915-927.
- Spencer, T.J., Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Coffey, B., Geller, D., ... Wilens, T. (2001). Impact of tic disorders on ADHD outcome across the life cycle: findings from a large group of adults with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 611-617.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2002). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.C., Montuori, J. y Platzek, D. (2001). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Steger, J., Imhof, K., Coutts, E., Gundelfinger, R., Steinhausen, H.C., & Brandeis, D. (2001). Attentional and neuromotor deficits in ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43, 172-179.
- Still, G.F. (1902). The Goulstonian lectures on one abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 108-112.
- Strauss, A.A., & Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and Education of the Brain Injured Child*. New York: Grune & Stratton.
- Suhrcke, M., & Paz Nieves, C. D. (2011). *The impact of health and health behavior son educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: World Health Organization.

- Takahashi, K., Miyawaki, D., Suzuki, F., Mamoto, A., Matsushima, N., Tsuji, H., ... Kiriike, N. (2007). Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(3), 255-262.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M. y Pelegrín-Valera, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidades de integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34(7), 673-685.
- Travella, J. (2011). Síndrome de atención dispersa, hiperactividad e impulsividad en pacientes adultos (ADHD). *ALCMEON*, XII(10), 2-38.
- Tredgold, A.F. (1914). *Mental Deficiency (Amentia)*. New York: W. Wood & company.
- Uriarte, J.D. (1996). Los efectos del autoconcepto académico en los procesos de aprendizaje cooperativo. *Revista de Psicodidáctica*, 1, 193-202.
- Urquijo, S. (2002). Autoconcepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución. *PsycINFO*, 7(2), 211-218.
- Vallés, A. (2006). *Alumnos con inatención, impulsividad e hiperactividad. Intervención multimodal*. Madrid: EOS.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., & Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 17(4), 221-226.
- Vásquez, M.J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

- Véliz, A.L. (2010). *Dimensiones del autoconcepto en estudiantes chilenos: un estudio psicométrico. Tesis Doctoral*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Velting, O.N., & Whitehurst, G.J. (1997). Inattention-hyperactivity and reading achievement in children from low-income families: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 321-331.
- Vereau, D. (1998). *Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva*. Lima: Ministerio de Salud.
- Vicuña-Peri, L., Hernández-Valz, H. y Ríos Díaz, J. (2014). La motivación de logros y el autoconcepto en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista de Investigación en Psicología*, 7(2), 136-149.
- Vidal-Abarca, E. y Soriano, M. (2011). *Evaluación e interpretación psicoeducativa en dificultades de aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Villarroel, V.A. (2011). Relación entre autoconcepto y rendimiento académico. *Psyche*, 10(1), 3-18.
- Vives, J.B. (2015). *Intervención asistida con caballos para mejorar el autoconcepto de un adolescente con TDAH. Tesis de Máster*. Castellón: Universidad Jaime I.
- Wylie, R.C. (1979). *The self-concept: Theory and research on selected topics*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes. Tesis Doctoral*. Granada: Universidad de Granada.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZACION DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A A LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO/A EN EL ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y ACADÉMICAS DEL ALUMNADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Yo _____ en mi calidad de padre, madre y/o tutor/a.

Autorizo a mi hijo/a _____ a participar en el mencionado estudio, desarrollado desde el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación y el Grupo de Investigación EVASALUD de la Universidad de Murcia, bajo la dirección de la profesora Dra. Eva Herrera Gutiérrez, a través de la cumplimentación de diversos cuestionarios que serán realizados en el ámbito escolar.

En _____ a ___ de _____ de 201_

FDO.: _____

ANEXO II

Cuestionario de datos socio-demográficos, clínicos y de rendimiento académico (Herrera-Gutiérrez, 2011)

| | |
|--|---------------------|
| Número: _____ | Fecha de hoy: _____ |
| CUMPLIMENTADO POR: | |
| PADRE X MADRE X TUTOR X OTRO X (especificar) _____ | |
| DATOS DEL ALUMNO/A: | |
| Nombre: _____ | |
| Apellidos: _____ | |
| Género: | |
| Fecha de Nacimiento: | |
| Procedencia del alumno/a: | |
| Nacionalidad del alumno/a: | |
| Teléfono(s) de contacto del alumno/a: | |
| Correo electrónico: | |
| <i>Información Clínica</i> | |
| Diagnóstico (especificar subtipo y comorbilidad): | |
| Terapeuta del alumno/a: | |
| Asociación/Clínica: | |
| ¿Recibe algún tratamiento? Sí X No X | |
| En caso afirmativo, especificar tipo de tratamiento (médico/psicológico...): | |
| Duración del tratamiento: | |

Información Académica

Colegio (especificar localidad):

Profesor/a Tutor/a:

Orientador/a:

Calificación numérica en Matemáticas:

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

Calificación numérica en Lengua:

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

Calificación numérica en Ciencias Sociales:

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

Calificación numérica en Ciencias Naturales:

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

Calificación numérica en Educación Física:

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

Calificación numérica en Idioma Extranjero (Inglés/Francés):

Suspense 0-4.9 / Aprobado 5-6.9 / Notable 7-8.9 / Sobresaliente 9-10 /
Matrícula de Honor

ANEXO III**A.D.A±H.I.**

PADRE / MADRE / PROFESOR

NOMBRE: _____ Fecha: _____

DSM-5

RODEE CON UN CÍRCULO la palabra SÍ, en caso de que el niño presente este tipo de conducta y NO si no la presenta. Anote en el margen y por detrás lo que crea necesario para recoger aquello que usted considere importante destacar, así como los ejemplos que crea oportunos.

A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (por ejemplo, pierde objetos, e trabajo es erróneo). SÍ NO

A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, dificultad para permanecer concentrado durante las conferencias, conversaciones, o leer textos largos). SÍ NO

A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (su pensamiento parece estar en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción evidente). SÍ NO

Con frecuencia no sigue instrucciones (comienza tareas, pero rápidamente pierde el foco y se desvía fácilmente, no finaliza tareas escolares, tareas del hogar o las tareas en el lugar de trabajo). SÍ NO

A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. (Tiene dificultades para manejar las tareas secuenciales y mantener los materiales y objetos en orden. Es desordenado y desorganizado. Tiene mala gestión del tiempo y tiende a dejar de cumplir los plazos.) SÍ NO

Es característico evitar, parece que no les gusta, y es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, o para los adolescentes mayores y adultos, la elaboración de informes, completar formularios, o la revisión de documentos largos). SÍ NO

Pierde frecuentemente objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, o teléfonos móviles). SÍ NO

A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos. (Para los adolescentes mayores y los adultos pueden incluir pensamientos no relacionados.) SÍ NO

A menudo es descuidado en las actividades diarias, las tareas y mandados (para adolescentes y adultos mayores, regresar las llamadas, pagar las cuentas, y las citas). SÍ NO

| | | |
|---|----|----|
| A menudo mueve en exceso manos o pies o se retuerce en su asiento. | SÍ | NO |
| A menudo parece ser incansable durante las actividades cuando los demás están sentados (puede dejar su lugar en el salón de clases, oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer sentado). | SÍ | NO |
| A menudo corre o trepa en los muebles y se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas. En los adolescentes o adultos puede limitarse a sentirse inquieto o confinadas. | SÍ | NO |
| A menudo es demasiado fuerte o ruidoso durante el juego, el ocio o las actividades sociales. | SÍ | NO |
| A menudo está en continuo movimiento, actúa como si "tuviera un motor." Es incómodo estar quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones, etc. es visto por otros como inquieto y difícil de seguir el ritmo. | SÍ | NO |
| A menudo habla en exceso. | | |
| A menudo precipita una respuesta antes de que la pregunta se haya completado. Los adolescentes mayores o adultos acaban terminando las oraciones de los demás y "cambian de tema" en las conversaciones. | SÍ | NO |
| Tiene dificultad para esperar su turno o esperando en la cola. | SÍ | NO |
| A menudo interrumpe o se inmiscuye en los demás (con frecuencia se entromete en conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir permiso, adolescentes o adultos pueden invadir y apoderarse de lo que otros están haciendo). | SÍ | NO |
| Tiende a actuar sin pensar, como el inicio de las tareas sin la preparación adecuada o evitar la lectura o escuchar las instrucciones. Puede hablar sin considerar las consecuencias o tomar decisiones importantes en el fragor del momento, como la compra impulsiva de artículos, de pronto renunciar a un trabajo, o romper con un amigo. | SÍ | NO |
| Es a menudo impaciente, como lo demuestra sintiéndose inquieto al esperar por los demás y el deseo de moverse más rápido que los demás, querer que la gente llegue puntualmente, acelerando mientras se conduce, e interrumpir el tráfico al ir más rápido que otros. | SÍ | NO |
| Le resulta difícil hacer las cosas con calma y de manera sistemática y con frecuencia se precipita en actividades o tareas. | | |
| Tiene dificultades para resistir las tentaciones y oportunidades, incluso si esto conlleva tomar riesgos (Un niño puede agarrar los juguetes de un estante de la tienda o jugar con objetos peligrosos, los adultos pueden comprometerse en una relación sin conocer apenas a la otra persona o tomar un trabajo o entrar en un acuerdo de negocios si hacen la debida diligencia). | SÍ | NO |
| | SÍ | NO |

| | | |
|---|----|----|
| A menudo se encoleriza o incurre en pataletas. | SÍ | NO |
| A menudo discute con adultos. | SÍ | NO |
| A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. | SÍ | NO |
| A menudo molesta deliberadamente a otras personas. | SÍ | NO |
| A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. | SÍ | NO |
| A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros. | SÍ | NO |
| A menudo es colérico y resentido. | SÍ | NO |
| A menudo es rencoroso o vengativo. | SÍ | NO |

ANEXO IV

STAI

Apellidos y nombre:

Edad:

Centro:

Otros datos

Sexo:

curso/puesto:

Fecha:

| A-E | Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|-----|---|------------|---------|----------|--------------|
| 1 | Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Estoy contrariado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Estoy preocupado por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Tengo confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Estoy desasosegado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Me siento muy "atado" (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Me siento aturdido y sobrecitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| A-R | Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. | Casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
| 21 | Me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Me canso rápidamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Siento ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Me gustaría ser tan feliz como otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Pierdo oportunidades por no decidirme pronto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Soy una persona tranquila, serena y sosegada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29 | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30 | Soy feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31 | Suelo tomar las cosas demasiado seriamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32 | Me falta confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34 | Evito enfrentarme a las crisis o dificultades | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35 | Me siento triste (melancólico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36 | Estoy satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37 | Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38 | Me afecta tanto los engaños, que no puedo olvidarlos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Soy una persona estable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Cuándo pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO V

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)

Nombre y Apellidos _____ Edad _____

PRIMERA PARTE

| | | | | |
|----|--------------------------|---|---|---|
| 1 | Me siento calmado | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Me encuentro inquieto | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Me siento nervioso | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Me encuentro descansado | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Tengo miedo | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Estoy relajado | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Estoy preocupado | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Me encuentro satisfecho | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Me siento feliz | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Me siento seguro | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Me encuentro bien | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Me siento molesto | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Me siento agradable | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Me encuentro atemorizado | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Me encuentro confuso | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Me encuentro animoso | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Me siento angustiado | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Me encuentro alegre | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Me encuentro contrariado | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Me siento triste | | | |

SEGUNDA PARTE

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 1 | Me preocupa cometer errores | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Siento ganas de llorar | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Me siento desgraciado | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Me cuesta tomar una decisión | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Me cuesta enfrentarme a mis problemas | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Me preocupo demasiado | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Me encuentro molesto | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Me preocupan las cosas del colegio | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Noto que mi corazón late más rápido | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Aunque no lo digo, tengo miedo | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Me preocupo por cosas que puedan ocurrir | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Me cuesta quedarme dormido por las noches | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Tengo sensaciones extrañas en el estómago | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Me preocupa lo que los otros piensen de mi | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Me influye tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Tomo las cosas demasiado en serio | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Encuentro muchas dificultades en mi vida | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Me siento menos feliz que los demás chicos | 1 | 2 | 3 |

ANEXO VI

AF5

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| 1. | Hago bien los trabajos escolares (profesionales)..... | | | |
| 2. | Hago fácilmente amigos..... | | | |
| 3. | Tengo miedo de algunas cosas..... | | | |
| 4. | Soy muy criticado en casa.....100- | | | = |
| 5. | Me cuido físicamente..... | | | |
| 6. | Mis superiores me consideran un buen trabajador..... | | | |
| 7. | Soy una persona amigable..... | | | |
| 8. | Muchas cosas me ponen muy nervioso..... | | | |
| 9. | Me siento feliz en casa..... | | | |
| 10. | Me buscan para realizar actividades deportivas..... | | | |
| 11. | Trabajo mucho (en el trabajo)..... | | | |
| 12. | Es difícil para mí hacer amigos100- | | | = |
| 13. | Me asusto con facilidad..... | | | |
| 14. | Mi familia está decepcionada de mí.....100- | | | = |
| 15. | Me considero elegante..... | | | |
| 16. | Mis superiores (profesores) me estiman..... | | | |
| 17. | Soy una persona elegante..... | | | |
| 18. | Cuando los mayores me dicen algo me pongo nervioso..... | | | |
| 19. | Mi familia me ayuda en cualquier tipo de problemas..... | | | |
| 20. | Me gusta como soy físicamente..... | | | |
| 21. | Soy un buen trabajador (estudiante)..... | | | |
| 22. | Me cuesta hablar con desconocidos.....100- | | | = |
| 23. | Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor..... | | | |
| 24. | Mis padres me dan confianza..... | | | |
| 25. | Soy bueno haciendo deporte..... | | | |
| 26. | Mis superiores me consideran inteligente y trabajador | | | |
| 27. | Tengo muchos amigos..... | | | |
| 28. | Me siento nervioso..... | | | |
| 29. | Me siento querido por mis padres..... | | | |
| 30. | Soy una persona atractiva..... | | | |

| DIMENSIONES | | | | | | | | | | | | | | PD | CENTIL | | |
|------------------|-----|--|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|----|--------|-----|--|
| Acad./Laboral | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1+6+11+16+21+26 | | | | + | | | + | | | | + | | | + | | :60 | |
| = | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2+7+12+17+23+27 | | | | + | | | + | | | | + | | | + | | :60 | |
| = | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emocional | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3+8+13+18+24+28 | 600 | | | + | | | + | | | | + | | | + | | :60 | |
| = | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4+9+14+19+25+29 | | | | + | | | + | | | | + | | | + | | :60 | |
| = | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Físico | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5+10+15+20+26+30 | | | | + | | | + | | | | + | | | + | | :60 | |
| = | | | | | | | | | | | | | | | | | |

