

## **CAPITULO I**

### **I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Se conoce que los trastornos como la hiperactividad, el déficit de atención, la depresión y la ansiedad afectan a casi todos los aspectos de la vida de un individuo, es decir, a su forma global de ser y funcionar dentro de la sociedad, lo que conlleva a muchos obstáculos en su desarrollo infantil, en el que no pueden crecer y sentirse adecuadamente seguros de sí mismos y del mundo, por ello no son felices y, desde luego, no pueden hacer felices a los demás.

En este sentido, a nivel mundial se estima que entre un 3% y un 7% de la población infanto-juvenil padece el trastorno de hiperactividad y déficit de atención esto equivale aproximadamente a uno o dos niños por aula. (Polanczyk G, Silvia M, 2007)

Por otra parte, los últimos estudios en España han demostrado una prevalencia del 4.6% en los niños de edad escolar en cuanto a la depresión, así se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, lo cual puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia, por lo que los esfuerzos se encaminan a detectar y tratar precozmente a niños con síntomas depresivos. En los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de la depresión a edades tempranas, además de un incremento de las tasas o intentos de suicidio por lo que, al igual que ocurre con la depresión adulta, la depresión infantil constituyen también uno de los mayores problemas de salud en nuestra sociedad.

En cuanto al papel de la edad, se estima que la prevalencia de la depresión es aproximadamente del 0,5% para la edad preescolar, ascendiendo al 2% de la población en la edad escolar, sin ir más lejos, se pueden hallar síntomas y signos depresivos que, sin alcanzar un nivel clínico, tienen un claro impacto en el funcionamiento de las personas, y que se conocen con el nombre de síntomas depresivos subclínicos, y la presencia de estos síntomas subclínicos en niños y adolescentes se ha asociado con un mayor riesgo para el posterior desarrollo problemas diversos, tales como trastornos depresivos, conductas suicidas, deterioro funcional o problemas de rendimiento académico. (Alaez M, 2000)

Los trastornos de ansiedad son los trastornos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. Los trastornos de ansiedad (T.A.) incluyen trastornos de inicio específico en la infancia (ej. el trastorno de separación) y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los (T.A.) del adulto (ej. Trastorno de pánico). Las manifestaciones de los (T.A.) son polimorfas y desconcertantes en ocasiones (quejas físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia a ir a dormir, hiperactividad y oposicionismo, etc.). Por lo que es importante establecer un diagnóstico y proceder a la indagación y posterior confirmación. (Ruiz Sancho A, 2005)

A nivel nacional Los indicios que se muestran durante la niñez y la adolescencia son generalmente ignorados. “Se porta mal”; “no hace caso a nadie”; “todo lo destruye”; “no puede concentrarse”; “no duerme”; “come demasiado”. Todo eso se trata de

corregir mediante una disciplina rígida, y además mal entendida. Así se enmascaran problemas como trastornos conductuales y emocionales, desórdenes de ansiedad, trastornos del aprendizaje y el comportamiento, depresión y suicidio. Hay, desde luego, factores que predisponen la aparición de estos problemas. Los estudios muestran que una familia en crisis, por ejemplo, es uno de esos factores. Aunque lo mejor es tener una familia intacta y no conflictiva, las separaciones ocurrirán siempre. Una familia intacta y conflictiva es más perjudicial que una familia separada y sin conflictos. “Lo que más hace daño a los niños es presenciar esos problemas, porque genera varias condiciones en ellos. (Mendez J, 2013)

Actualmente, la política educativa del Estado Plurinacional de Bolivia intenta incorporar en las escuelas regulares a niños que presenten cualquier tipo de dificultad bajo el esquema de la integración educativa y la capacitación al magisterio como instrumento para lograrlo, lo que permitiría tener mayores recursos y conocimientos que formen habilidades para poder detectar a los alumnos que se encuentren en situaciones riesgosas logrando con esto formar un diagnóstico más apropiado que los ponga en condiciones de brindarles las mejores alternativas de solución a los alumnos y cambiar sus actitudes y creencias en relación a los problemas de los niños.

Sin embargo, en la mayoría de los casos no poseen el conocimiento y la capacitación para detectar y canalizar a los niños que padecen un determinado trastorno. Así, el maestro al enfrentarse a los alumnos con este tipo de característica, no solo se enfrenta a ellos, si no a él mismo, la falta de instrumentos para identificarlos, trae como consecuencia, un mal diagnóstico o carencia de él, lo que acarrea incertidumbre en la manera de cómo enfrentarlo, iniciando una serie de medidas que van desde someter al alumno a controles e inconsistentes reglas disciplinarias, que generalmente no le dan los resultados esperados pero si son causas de una conducta aversiva en la relación con el alumno. De tal manera, el considerar la detección

oportuna, sin duda representa de gran valor social, ya que son más los beneficios de brindarles educación a los niños con estas características.

A nivel local, se muestra una carencia en cuanto a estudios formales sobre los trastornos que pueden sufrir tanto niños como adolescentes, por lo que en caso de presentar problemas en su entorno escolar, familiar o social no cuentan con un verdadero diagnóstico que les permita enfocar y trabajar su problemática, que en este caso se puede presentar como fracaso escolar, falta de aprovechamiento, deserción escolar, reprobación, falta de asistencia y algunos otros problemas de aprendizaje han sido vistos bajo una misma perspectiva educativa, donde se confundía los factores que se encontraban fuera del ámbito escolar y los que se encontraban dentro del ámbito escolar.

Es en este contexto que se plantea la siguiente problemática:

¿Existe nivel de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes de 8 a 12 años en la U. E. José Manuel Ávila, de la ciudad de Tarija?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Una de las necesidades más importantes en nuestra sociedad debería ser investigaciones en el área de la psicología clínica que permitan abordar los diferentes trastornos que van afectando no solo a adultos sino también a niños, por lo que en la actualidad el incremento de casos de niños que padecen trastornos de hiperactividad, déficit de atención, depresión y ansiedad son los que generan demanda hoy en día ya que estos predisponen a los niños a sufrir algún problema psicológico, temas que al no ser investigados, definitivamente no son tratados.

En este sentido, la presente investigación pretende diagnosticar la problemática, que se genera a partir de una inquietud personal fruto de experiencias vividas con alumnos que sufren diferentes trastornos y del poco conocimiento que se maneja en la sociedad sobre estos trastornos en la cual existe bastante despreocupación y falta

de atención tanto de la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión en niños.

De esta manera, se manifiesta una relevancia teórica, pues se pretende brindar conocimientos acerca de los trastornos de hiperactividad, déficit de atención ansiedad y depresión en nuestro medio, tomando en cuenta a niños. Un aporte práctico ya que la integración comprensiva de la información obtenida permitirá a posteriores estudios que puedan trabajar en asesoramiento a padres para ayudarles a enfrentar de manera positiva con el trastorno.

Así también a partir de la investigación se trata de prevenir la falta de atención, mecanismos inapropiados para el abordaje de los trastornos, evitando como es el caso de los niños con TDAH pasen a engrosar las filas de la delincuencia juvenil, de los embarazos no deseados, de problemas severos de conducta, personas con baja autoestima que son más vulnerables.

Por otra parte, el coadyuvar que los niños sean diagnosticados adecuadamente, es darles la oportunidad de tener un mejor desarrollo y una mejor calidad de vida, tomando en cuenta el buen potencial para su educación, puesto que si el trastorno no es detectado a tiempo puede prolongarse durante toda la vida del sujeto.

## **CAPITULO II.**

### **DISEÑO TEÓRICO**

#### **2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO**

¿Existe nivel de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes de 8 a 12 años en la U. E. José Manuel Ávila, de la ciudad de Tarija?

#### **2.2. OBJETIVOS GENERAL**

Determinar el nivel de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila, de la ciudad de Tarija

#### **2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el nivel de hiperactividad
- Determinar el nivel de déficit de atención
- Identificar el nivel de ansiedad en los estudiantes
- Establecer el nivel de depresión en los estudiantes
- Valorar en que curso es más frecuente la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión
- Evaluar en que sexo es más prevalente la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión

#### **2.4. HIPÓTESIS**

Los estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila de la ciudad de Tarija presentan lo siguiente:

- Un nivel de hiperactividad grave
- Un nivel de déficit de atención grave
- un nivel de depresión severa
- un nivel de ansiedad severa
- La hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión es más frecuente en estudiantes de 4° curso de primaria

- Los varones presentan mayor prevalencia de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión.

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Hiperactividad	Conducta persistente, caracterizada por inquietud excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Taylor E. (2005)	*Hiperactividad  * Impulsividad	* Dificultad para mantenerse quieto  * Interrumpe conversaciones	( Cuestionario CEAL TDAH) Autor: De La Peña Francisco  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia</li> <li>• Leve</li> <li>• Merada</li> <li>• Grave</li> </ul>
Déficit de atención	Alteración(es) causadas por la deficiencia atencional, es decir, por la carencia, ausencia e insuficiencia de las actividades de orientación, selección, mantenimiento de la atención.  . Tomás J, Casas M.(2004)	* Desatención  * Conducta social	* Problemas de concentración  * Desorganizado en las tareas	( Escala CEPO) Autor: Calle P. Silvia  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Grave</li> </ul>
Ansiedad	La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso central (SNC), por el que el organismo se prepara ante situaciones extraordinarias. Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B.O. (2004)	* Ansiedad generalizada  * Fobia escolar	* Pesadillas nocturnas  * Miedo de asistir al colegio	( Escala SCARED) Autor: Boris Bismaher  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> </ul>

Depresión	Trastorno de humor en el cual el paciente presenta un sufrimiento psíquico asociado a la falta de ánimo, energía y pensamientos negativos Bomby, J, (1983)	* Pérdida del sentido de la existencia  * Baja autoestima	* Suicidio  * Falta de ánimo	(Escala de Birleson) Autor: Birleson P.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> </ul>
-----------	---	---	------------------------------------	--

## **CAPITULO III.**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. NIÑEZ**

A los niños de entre dos y tres años les cuesta obedecer, intentan oponerse a las normas que les imponen los padres y se ponen agresivos cuando los padres no aciertan a comprender lo que piden o no acceden a sus deseos. Estas actitudes son normales, porque corresponden a etapas evolutivas en las que se adquiere la autonomía y la oposición aparece como vía de consolidación de la identidad.

Los padres y cuidadores tienen un papel fundamental en la regulación de la conducta del niño para que aprenda a comportarse según las exigencias propias de la edad y de los diversos lugares y personas con quienes interactúa. Los estilos educativos en los que predomina la flexibilidad y el afecto suelen ser más efectivos que los autoritarios. El riesgo de padecer un trastorno de conducta empieza cuando un niño no respeta a los demás, incumple las normas con actitud desafiante y la relación con los padres y profesores se deteriora.

El trastorno de conducta en la infancia se denomina también “trastorno disocial” porque el niño que lo padece rompe normas sociales importantes y se salta los derechos de las personas, pudiendo llegar a delinquir. No se trata de vandalismo esporádico sino de una manera de actuar persistente. Los padres deben solicitar ayuda si observan que sus hijos son crueles con los animales, roban en lugar de pedir, mienten habitualmente, hacen novillos en la escuela o destruyen intencionadamente objetos de los demás.

Cuando un niño intimida a los demás, provoca peleas y agrede con frecuencia, indica que no ha aprendido a relacionarse ni a resolver los conflictos adecuadamente. Los padres han de consultar a los profesionales de salud mental para que efectúen un detallado estudio de las capacidades y las dificultades del niño y puedan orientar a la familia. (Alda J, 2009)

## **3.2. HIPERACTIVIDAD**

La hiperactividad es un patrón de comportamiento caracterizado por la vehemencia y la inquietud. Los niños hiperactivos están siempre en movimiento, no se quedan quietos ni siquiera en situaciones que requieren una calma relativa. En casos extremos los niños pueden ser absolutamente incapaces de entretenerse solos; parecen estar buscando constantemente algo que nunca llega. La hiperactividad también se caracteriza por una falta de autocontrol; de forma imprudente e impulsiva el niño llega a conclusiones sin calcular lo que implican, y este proceder a menudo lo lleva a enfrentarse con problemas de disciplina o a sufrir accidentes.

En otras palabras, la hiperactividad es mucho más que un exceso de actividad. La diferencia es un niño exultante de energía pero que no presenta dificultades en su desarrollo, en tanto que la actividad de un niño hiperactivo es caótica y carente de concentración, además de ser excesiva. (Taylor E, 1998)

### **3.2.1. Causas Físicas de la Hiperactividad**

Los niños son muy diferentes, y dicha diferencia no es meramente el resultado del entorno familiar. Niños que viven en ambientes semejantes difieren entre sí. Los bebés tienen personalidades bastante definidas incluso durante los primeros días de vida; y más tarde tienen influencia sobre sus padres y a la vez son influenciados por ellos.

#### **❖ Temperamento**

El temperamento en un niño es el primero paso en la formación de su personalidad que tiene diferentes aspectos, uno de los cuales es el nivel general de actividad. El temperamento se revela de diferentes maneras y a diferentes edades.

Un bebé muy activo probablemente responderá de forma directa a los diversos estímulos del ambiente en que se desarrolla y moverá vigorosamente sus extremidades cuando este despierto; y es muy probable que duerma profundamente. Un niño que comienza a andar con un alto nivel de actividad, saltará, correrá, trepará

la mayor parte del tiempo. Muchos niños de dos y tres años son muy activos, pero en gran parte se trata de una actividad "normal" a esa edad.

Después de los tres años, la mayoría de los niños se calman un poco. Un niño de seis años que sea muy activo puede no desarrollar más actividad que un niño normal de tres años, pero ser más inquieto que otros niños de su edad. Un niño de diez años que sea muy activo puede apuntarse a numerosas actividades y ocuparse de diversos intereses, o puede tener una energía sin canalizar similar a la de un niño más pequeño. En otras palabras, el exceso de actividad implica diferentes tipos de comportamiento según la edad del niño. A través del desarrollo los niños manifiestan un estilo para hacer las cosas, aunque lo que hagan parezca un tanto inconexo. (Taylor E, 1998)

### **3.2.2. Causas Biológicas**

La "variación normal" es solo una de las razones para la inquietud y la falta de atención. Por lo general, se trata del aspecto más suave de la hiperactividad que se puede considerar como el extremo de la variabilidad normal. Los tipos más graves de hiperactividad pueden tener causas biológicas.

Las características físicas y de comportamiento se transmiten de padres a hijos por medio de unidades mínimas de material genético llamadas genes. El hijo recibirá aproximadamente la mitad de los genes del padre y la otra mitad de la madre. Los hermanos tienen, por término medio, la mitad de sus genes en común.

Los gemelos no idénticos se desarrollan a partir de dos huevos separados que son fertilizados simultáneamente. Cada uno de los gemelos tiene un conjunto diferente de genes y los dos niños no son idénticos. Los gemelos idénticos provienen del mismo ovulo fertilizado que se divide en dos fetos, por ello poseen exactamente los mismos genes.

Cuanto más estrecha sea la relación de una persona con un niño hiperactivo, más probable será que evidencie los mismos problemas de conducta. Esto no sugiere que

algo de lo que se hereda contribuye a la hiperactividad, pero esto no es completamente cierto, ya que incluso los gemelos idénticos pueden tener una actividad y una capacidad de atención diferentes, del mismo modo es preciso destacar que los niños no eligen ser hiperactivos, no es culpa de ellos, pero tampoco se debe a que los padres hayan cometido errores al educarlos.

De todos modos, no se trata de los "genes de la hiperactividad" que nos brindarían pruebas precisas para el diagnóstico, para algunos niños con estos genes no son hiperactivos, para otros existen probablemente muchos genes comprometidos en la situación. Y aún más, puede que no sea hiperactividad lo que se herede, sino cierta tendencia a reaccionar de forma específica ante determinados ambientes.

Muchos padres que han sufrido de hiperactividad cuando eran niños temen transmitírselas a sus hijos y a las próximas generaciones, sin embargo las leyes de la herencia son complejas y, en cualquier caso, se trata de un factor entre otros muchos. (Taylor E, 1998)

La importancia del sexo del niño: la diferencia más evidente entre los niños es su sexo. Es interesante comprobar que existe una gran diferencia entre niños y niñas en términos de hiperactividad. Los niños tienen tres o cuatro veces más posibilidades de sufrir este problema.

En parte, esto puede deberse a que no es tan probable que las niñas desarrollen los otros problemas asociados a la hiperactividad, tal como una fuerte agresividad y por lo tanto, tienen menos probabilidades de padecer este trastorno que requiere una evaluación y un tratamiento. Se espera que las niñas sean más tranquilas y también más conformistas. Pero además se ha sugerido que en parte esa diferencia se debe a que el cerebro de las niñas se desarrolla de un modo más estable que el de los niños y por ello tienden menos a cualquier tipo de retraso en su desarrollo.

### ❖ **Desarrollo Lento**

De alguna forma, la hiperactividad se podría describir como un tipo especial de desarrollo lento.

Los niños pequeños corretean más que los mayores y aunque se concentran intensamente, lo hacen durante un breve periodo de tiempo. Lo que se considera normal para un niño de tres años en su propia casa representaría un problema para un niño hiperactivo de ocho años que lucha por llevarse bien con sus amigos, maestros y por progresar en la escuela. Esto, obviamente, significa que se debe juzgar si un niño es hiperactivo comparándolo con una muestra normal de niños de su misma edad; pero también quiere decir que es esperable que el trastorno disminuya a medida que el niño crece.

Los niños hiperactivos presentan también otros tipos de problemas. A menudo, aunque no siempre, son lentos para empezar a hablar y presentan cierto retraso en la comprensión del lenguaje. Esto puede significar un obstáculo para aprender a concentrarse, a organizarse y a llevarse bien con los otros niños.

#### ❖ **Embarazo y Nacimiento**

La toxemia más conocida como pre-eclampsia es un estado que afecta a las mujeres en avanzado estado de gestación. El cuidado prenatal garantiza su detección temprana con el fin de proteger el desarrollo del bebe, tanto psicología como físicamente. Existen evidencias de que la pre-eclampsia puede favorecer de que su bebe sea mucho más activo en los primeros años de vida; pero el efecto no es significativo. El tabaco y el alcohol consumidos durante el embarazo tienen un efecto adverso sobre el futuro desarrollo del niño. El efecto del humo del tabaco puede causar que las crías al nacer evidencien un comportamiento hiperactivo y un problema de aprendizaje.

Las complicaciones del parto pueden en ocasiones dañar el cerebro en desarrollo del bebe o privarlo de oxígeno durante un tiempo suficiente como para que se presenten problemas. Una de esas posibles consecuencias son los trastornos de conducta.

El ambiente psicológico que rodea al niño durante toda su infancia parece ser más determinante, investigaciones afirman que cuando el entorno psicológico del niño es adecuado no se ha observado que los niños con un mínimo daño cerebral desarrollen posteriormente un síndrome de hiperactividad. Los problemas reales surgen cuando el daño es grave o cuando crecen en circunstancias adversas.

Del mismo modo que la mayoría de los niños cuyo cerebro ha resultado afectado durante el parto no son hiperactivos, la mayor parte de los niños hiperactivos no han tenido problema al nacer. No se debería conjeturar que ha sucedido algo sutilmente malo, ya que, como otras "causas" físicas, el daño cerebral temprano es generalmente un pequeño factor que entre otros contribuyen a la aparición de la hiperactividad.

### **3.2.3. Desarrollo Emocional del Niño Hiperactivo**

Emocionalmente los niños hiperactivos muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad, caracterizado por:

Baja tolerancia a la frustración. La sucesión de situaciones frustrantes por las escasas experiencias de éxito provocan en el niño un sentimiento de indefensión que contribuye a hacerle más intolerante ante situaciones de exigencia.

Baja autoestima que se agrava al llegar a la adolescencia, mayor índice de sentimientos depresivos, un desfase entre la capacidad intelectual y emocional.

La inmadurez, gran dependencia de la aprobación de los adultos, sienten la necesidad de llamar constantemente la atención de los mayores. Los niños hiperactivos tienen dificultades en las relaciones sociales son más rechazados por sus compañeros; además de los trastornos de aprendizaje y el fracaso escolar manifiesta agresividad y trastornos de conducta de todo tipo. (Bonet, T. 2009)

### **3.3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN**

Uno de los procesos más afectados es el de la atención. En los estudios del déficit atencional, se han diferenciado dos componentes de la misma. La atención selectiva

y la atención sostenida. La primera hace referencia a la habilidad para centrarse en la información relevante de la tarea que se pretende efectuar e ignorar otros estímulos irrelevantes próximos. La segunda o sostenida, es el mantenimiento de la atención durante todo el tiempo.

La atención selectiva se ha utilizado para medir el factor de "distrabilidad". Los niños suelen interrumpir la tarea que están efectuando para prestar atención a estímulos irrelevantes para la mayor parte de sus compañeros en una situación de clase. Esta capacidad de distracción suele darse en situaciones muy rutinarias. Contrariamente, el niño, sí que puede ser capaz de atender selectivamente aquellos estímulos que resulten de su interés o que le motiven. Sería el caso de algunos juegos, actividades en el ordenador o deportes. Todos estos aspectos deben ser clarificados antes de proceder a la intervención psico-educativa. (Gratch L, 2009)

### **3.3.1. Características del Trastorno por Déficit de Atención**

Se caracteriza por un grupo de síntomas entre los que se destacan:

- La inatención o la dificultad para sostener la atención por periodo razonable de tiempo
- La impulsividad
- La hiperactividad (en algunos casos)
- La dificultad para postergar las gratificaciones
- Los trastornos en la conducta social y escolar
- Dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (estudio, trabajo, vida de relación)
- El daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros que se obtienen a causa de estas dificultades.

### **3.3.2. Causas**

- ❖ **La inteligencia o el Cociente intelectual**

No todas las personas tienen la misma disponibilidad de inteligencia para el aprendizaje. No solo es necesaria la inteligencia para aprender, ya que un niño puede ser inteligente y, sin embargo, presentar dificultades en su aprendizaje por falta de motivaciones personales.

#### ❖ **La distraibilidad**

Nadie puede lograr un buen nivel de aprendizaje si no puede sostener la atención durante un lapso razonable.

#### ❖ **El Déficit en el Sensorio**

Un déficit en las funciones perceptivas visuales o auditivas puede provocar trastornos en el aprendizaje. Por ello frente a cualquier problema que presente un niño en el aprendizaje de la lectoescritura, es imprescindible evaluar su agudeza visual y auditiva con el correspondiente especialista.

#### ❖ **Retraso Madurativo**

En los comienzos de la escolaridad especialmente puede ponerse de manifiesto la diferencia en los niveles de maduración de diferentes niños. Algunos pueden llegar a presentar retraso madurativo y requieren más tiempo que otros para disponer de las capacidades necesarias para el aprendizaje.

En esos casos suele ser conveniente retrasar el ingreso a la escolaridad por el plazo de un año o proveer un apoyo extraescolar lo más tempranamente posible y, si fuera necesario, un tratamiento psicopedagógico para resolver lo antes posible el trastorno de aprendizaje.

### **3.4. ANSIEDAD**

La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso central (SNC), por el que el organismo se prepara ante situaciones extraordinarias. En condiciones normales, la ansiedad permite al individuo adaptarse a estímulos externos que

pueden ser un peligro generando una respuesta adecuada. La ansiedad es patológica cuando la respuesta del organismo es desproporcionada a la situación a la que se enfrenta.

Los estudios epidemiológicos de los trastornos de ansiedad muestran tasas de prevalencia elevadas. Se calcula que a lo largo de la vida cerca del 20% de la población presenta algún trastorno de ansiedad. En Europa, el estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project (ESEMED) muestra que el más prevalente es la fobia simple (7,7%), y el menos prevalente la agorafobia sin trastorno de pánico (0,9%). En general, la proporción en cuanto al sexo señala que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social. La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad es distinta en el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. (Bobes Garcia, J, 2001)

#### ❖ Factores Genéticos

El componente genético parece ser más relevante en el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo que en el trastorno de ansiedad generalizada. En los dos primeros se ha observado una mayor concordancia en gemelos monocigóticos que dicigóticos, con tasas del 40-80% y hasta el 35% para cada entidad diagnóstica; estas diferencias no se han podido constatar en el trastorno de ansiedad generalizada.

#### ❖ Factores Psicosociales

En todos los trastornos de ansiedad se han descrito factores ambientales y rasgos de personalidad concretos que pueden influir en la etiopatogenia de cada trastorno. Así, en el trastorno obsesivo-compulsivo antes de que se inicie el

trastorno en algunos pacientes se aprecian ya rasgos obsesivos de personalidad, o sensación de miedo o ansiedad ante estímulos neutros. En el trastorno de ansiedad generalizada se describe la presencia de rasgos ansiosos, obsesivos o dependientes en la personalidad, con una tendencia excesiva a la preocupación. En el trastorno de pánico y en la agorafobia se observan en las personas necesidades de protección elevadas, con sobrevaloración de las amenazas externas, valoración cognitiva negativa e infravaloración de su propio potencial.

#### **3.4.1. Manifestación en Niños de Edad Escolar**

Una de las disyuntivas en el estudio de los trastornos de ansiedad, así como en la práctica clínica, consiste en definir qué constituye un trastorno de ansiedad, en comparación con la ansiedad normal. Los síntomas de ansiedad más frecuentes en la edad escolar son la excesiva preocupación por la competencia, la excesiva necesidad de reafirmación, el miedo a la oscuridad, miedo a que una de las principales figuras vinculadas sufra algún daño, y los síntomas somáticos.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes durante la etapa media de la infancia incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada, y las fobias específicas. En menor frecuencia, se da también a esta edad el mutismo selectivo.

#### **3.4.2. Ansiedad y Relaciones Interpersonales en la Escuela**

El sistema escolar constituye un espacio de convivencia. Cada día en la escuela, los alumnos se esfuerzan para establecer y mantener relaciones interpersonales, tratando de desarrollar identidades sociales y un sentido de pertenencia. Observan y adquieren modelos de conducta que imitan de los otros y son gratificados por comportarse de manera aceptable para sus compañeros y para sus profesores. Generalmente aquellos niños que tienen éxito en el contexto social son los más exitosos como estudiantes. El ambiente cargado de evaluaciones del sistema escolar contribuye, además, al incremento del temor que puede provocar el contacto interpersonal, intraescolar, especialmente cuando el alumno se siente

inseguro de sus habilidades sociales y tiene temor a las evaluaciones negativas de sus compañeros, amigos y profesores. Asimismo, los estudiantes ansiosos a menudo presentan problemas en su socialización, porque su dependencia del adulto y sus propias aprensiones los hacen aparecer muy infantiles ante sus compañeros.

La evidencia empírica indica que la ansiedad en la niñez tiene implicaciones negativas en el ámbito psicosocial, ya que está asociada con significativos deterioros en sus relaciones con sus pares y en su competencia social.

El fracaso es fuente de frustración en una escuela que estimula la competitividad en sus estudiantes. La frustración es uno de los factores que pueden llevar a la conducta agresiva, ya que fomenta la hostilidad entre los alumnos. La competencia por las calificaciones académicas aumenta la tensión emocional. La competencia entre los estudiantes genera hostilidad y está vinculada con la agresión, de tal manera que cuando los estudiantes compiten por rendimiento académico la violencia intraescolar aumenta. La estabilidad personal y emocional está ligada con la tolerancia a la frustración. En general, el alumno que posee antecedentes de inestabilidad emocional tiene menos posibilidades de resistir los efectos de la frustración que aquellos emocionalmente estables. Por lo tanto, el alumno que sufre ansiedad está en alto riesgo de trastornos conductuales asociados a su inestabilidad emocional. (Cobhan, V, M. Dadds y S. Spence, 1998)

### **3.4.3. Características Clínicas de la Ansiedad**

La ansiedad tiene una vertiente motriz y neurovegetativa, una vertiente cognoscitiva y de percepción de la realidad, y una vertiente emocional y afectiva. En la vertiente motriz, la ansiedad se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor, e imposibilidad de permanecer sentado. Otras veces, aunque más raramente, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del adolescente para hablar o moverse. Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al

respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo. La frecuencia cardiaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el electroencefalograma, y aparece sudoración, palidez, y temblor.

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían, además, en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto. La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado, son síntomas típicos de los niños pequeños, a los que se añadirá más adelante la expresión verbal de la angustia, los miedos y temores, a medida que se desarrolle el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos. Las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, son síntomas ya propios de la etapa escolar. (Mardomingo M.J, 1994)

### **3.5. DEPRESIÓN**

La depresión es una enfermedad de los sentimientos. Va desde una acción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aun puedes funcionar, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración. En la depresión grave, incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, etc.

No existe una idea clara y definitiva sobre la causa de los trastornos del estado de ánimo. No se puede hablar tampoco de un único origen de las depresiones, lo mismo que se sabe que no existe un único tipo de depresión (desde siempre se ha hablado de depresiones exógenas o reactivas y depresiones endógenas, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos las exógenas y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos -las endógenas).

El tema se ha abordado desde diferentes puntos de vista, dando lugar a diferentes modelos explicativos que inciden en aspectos biológicos, psicológicos o sociales. Con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos.

En general, se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud. Según la persona uno o varios factores de vulnerabilidad de base se combinarían de una determinada manera y frente, a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida desembocarían en una depresión. (Trickett S, 2009)

### **3.5.1. Características de la depresión**

- Sistema conservación/regulación de energía
- Eventos de fallo, pérdida o degradación
- Pensamientos de fallo, pérdida o degradación
- Disminución de la actividad física y social (retraimiento y enlentecimiento de los movimientos)
- Tristeza y dificultad para sentir placer
- Pérdida del sentido de la existencia
- Culpa inapropiada
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad (Vallejo, J. R. Gasto, C. F, 1990)

### **3.5.2. Causas de la Depresión**

#### **❖ Factores Genéticos**

Actualmente existen datos sólidos para poder afirmar que existe un componente genético en la aparición de los trastornos depresivos. A través de diversos

estudios se ha confirmado que los familiares de primer grado de pacientes con depresión presentan una mayor probabilidad de sufrir o haber sufrido un trastorno del humor. Pero para poder descartar la posible influencia del ambiente familiar como principal factor frente a la carga genética, se han realizado estudios con niños adoptados, a través de los que se ha podido concluir que los hijos biológicos de progenitores afectados tienen un riesgo mayor de sufrir depresión, aunque sean criados por familias no afectadas.

### ❖ Herencia

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

### ❖ Factores Bioquímicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético

o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

#### ❖ **Situaciones Estresantes**

Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

#### ❖ **Personalidad**

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo. (Friedman T, 2001)

## **CAPITULO IV.**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio pertenece al área de la **psicología clínica** es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar,

tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y la enfermedad en los distintos y variados contextos en que estos pueden tener lugar”.

El tipo de investigación a la cual pertenece es **descriptivo- exploratorio**, mediante este estudio se describen las características del fenómeno observado, las diferentes variables miden más profundamente al objeto. Utiliza criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza. Por ende es un estudio más estructurado por que se adentra en la causalidad de las cosas.

Mientras que la exploratoria permite determinar problemas poco estudiados, o que no han sido tenidos en cuenta. Los estudios de estas características generalmente afectan a campos del conocimiento que no tienen un sustento claro o han sido imperfectamente abordados. Dan una visión general de tipo aproximativo, porque el fenómeno no admite todavía una descripción sistemática, o los recursos son insuficientes.

**Cuantitativo.-** porque las características o propiedades se presentarán en diversos grados de intensidad y tendrán un carácter numérico o cuantitativo, transformando esta información recopilada para luego ser procesada en distintos cuadros referenciales y las diferentes gráficas ya sea mediante barras, tortas u otros mapas, etc.

## **4.2. POBLACIÓN**

El universo de la investigación está constituida por todos los estudiantes de 8 a 12 años de edad que actualmente se encuentran estudiando en el nivel primario de la Unidad Educativa. José Manuel Ávila.

La Unidad Educativa se encuentra ubicada en el barrio Avaroa, que corresponde al distrito N° 7, los estudiantes que acuden a esta unidad pertenecen a un estrato socio

económico entre medio y bajo. El colegio en la actualidad cuenta con 144 estudiantes en nivel primario, estos estudiantes asisten en el turno tarde.

### 4.3. MUESTRA

Se utilizara un tipo de muestreo intencional, la importancia de esta muestra depende de su intención y por consiguiente es de gran utilidad especialmente en investigaciones exploratorias.

Se utilizara un criterio muestral del 50% sobre el total de la población, es decir se trabajara con 72 estudiantes de nivel primario, comprendidos entre las edades de 8 a 12 años, la distribución de la muestra fue conformada de la siguiente manera: nueve estudiante de 3° A y nueve estudiantes de 3° B haciendo un total de dieciocho de la misma forma nueve de 4° A y nueve de 4° B, del 5° A se trabajó con dieciocho estudiantes debido a que no existe paralelo, sin embargo del 6° A y del 6° B también se trabajó con nueve alumnos de cada curso.

Tomando en cuenta que los instrumentos están diseñados para niños mayores de 8 años, que tengan buena comprensión de lectura para que puedan responder adecuadamente a los instrumentos que se emplearan, los mismos que se encuentran cursando el 3°, 4°, 5°, 6° de primaria. Es por esta razón que no se integra a escolares de primero y segundo de primaria ya que no cumplen los requisitos necesarios de acuerdo al instrumento que se aplica dentro de la investigación.

CURSOS		%
3° de primaria	18	25
4° de primaria	18	25
5° de primaria	18	25
6° de primaria	18	25
TOTAL	72	100

## 4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 4.4.1. MÉTODOS

\* **Teórico:** estos se utilizan en la construcción y desarrollo de la teoría científica, y el enfoque general para abordar problemas de la ciencia, por lo que permiten profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades esenciales de los fenómenos. Los métodos teóricos comprenden el análisis y la síntesis, la inducción y la deducción, el tránsito de lo abstracto a lo concreto, la modelación, el enfoque de sistema, y el enfoque complejo.

\* **Empírico:** Los métodos de investigación empírica conlleva toda una serie de procedimientos prácticos con el objeto y los medios de investigación que permiten revelar las características fundamentales y relaciones esenciales del objeto; que son accesibles a la contemplación sensorial.

Los métodos de investigación empírica, representan un nivel en el proceso de investigación cuyo contenido procede fundamentalmente de la experiencia, el cual es sometido a cierta elaboración racional y expresado en un lenguaje determinado.

\* **Estadístico:** el método estadístico cumple una función relevante en la investigación en general, ya que contribuyen a determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos, procesar de una manera coherente a los mismos y establecer generalizaciones apropiadas a partir de ellos. (Mejía Ibáñez, 2001)

### 4.4.2. TÉCNICAS

Son las estrategias empleadas para recabar la información requerida y así construir el conocimiento de lo que se investiga. Dentro de la investigación se utilizaran cuestionarios y escalas.

Cuestionario: es una técnica que se realiza en forma escrita, mediante un formulario o formato contentivo de una serie de preguntas, ítems, proposiciones, enunciados

reactivos. Es auto administrado, porque debe ser llenada por el encuestado sin intervención del encuestador.

Escalas: Se le llama escala a una serie de valores o grados que pueden ubicarse dentro de una misma contingencia o entidad cuantitativa.

#### **4.4.3. INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se utilizaran en la presente investigación son:

##### **Cuestionario para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (CEAL-TDAH)**

Autor: De La Peña Francisco

Es el primer instrumento desarrollado a partir de un consenso de expertos de Latinoamérica, reunidos en Ciudad de México en 2007 y elaborado de acuerdo a las características culturales de la región. Consta de 28 reactivos, de los cuales 15 evalúan inatención, 7 hiperactividad y 4 impulsividad. El puntaje total que se puede obtener en la prueba son 84 puntos, a manera de enunciados tipo Likert para ser contestados por un padre del niño de acuerdo con la frecuencia que observaban en sus hijos las conductas enunciadas. Se puso especial cuidado en el lenguaje de cada reactivo en relación al castellano y sin utilizar localismos, de manera que el instrumento pueda aplicarse en todos los países.

Las propiedades psicométricas del CEAL-TDAH se probaron en una muestra de 985 sujetos proveniente de nueve países de Norte, Centro y Sudamérica. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.96. El análisis factorial mostro tres factores que explicaron el 62.7% de la varianza: inatención, hiperactividad, impulsividad y tempo cognitivo lento. El valor de la correlación del puntaje total del CEAL-TDAH con el diagnóstico del TDAH fue  $r=0.45$  ( $p=0.001$ ). Al evaluar la validez convergente y la divergente, se obtuvo una correlación significativa entre el puntaje obtenido en el CEAL-TDAH, y una escala de TDAH (CEPO) de  $r=0.89$  ( $p<0.0001$ ); con una escala de ansiedad la correlación fue de  $r=0.31$  ( $p=0.003$ ), y con una escala de depresión no fue significativa,  $r=0.19$  ( $p=0.074$ ).

En el análisis de confiabilidad temporal se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0.9697 (IC=95%; intervalo 0.95-0.98). Se realizó un estudio psicométrico del cuestionario para escolares y adolescentes latinoamericanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (CEAL-TDAH) en una muestra de niños y adolescentes en Bolivia.

La población abierta fue captada en el Colegio La Salle de la Paz-Bolivia y la población clínica se evaluó en consulta externa de Paidopsiquiatría en el hospital Materno infantil de la Caja Nacional de Salud de la Paz-Bolivia. Donde la muestra se integró con 162 evaluaciones de niños y adolescentes bolivianos con edades comprendidas entre 5 a 17 años que provenían de población clínica (26.5%) y la población abierta (73.5%). El 50.6% fueron hombres, su edad promedio fue de 11.01 años (DE 3.21) y la escolaridad promedio fue de 5.05 años (DE 3.18). El total de la muestra completo el CEAL-TDAH. La población clínica fue diagnosticada mediante el listado diagnóstico con los criterios del DSM-IV. Este grupo de la muestra también contestó las escalas; ADAA para TDAH, Birlson para depresión y SCARED para ansiedad.

Resultados: Se obtuvo una Alfa de Cronbach 0.96. El puntaje promedio del CEAL-TDAH correlacionó con el diagnóstico de TDAH ( $p=0.01$ ). El análisis factorial mostró dos factores: inatento (Valor Eigen= 15.2) e hiperactivo/impulsivo (Valor Eigen= 2.7) que representan el 64.2% de la varianza. Se encontraron diferencias significativas entre el puntaje promedio del CEAL-TDAH entre la población clínica (54.9, de 16.4) y la población abierta (19.17, de 12.3). Al evaluar la validez convergente se obtuvo una correlación significativa para el puntaje obtenido por el CEAL-TDAH y el ADAA de  $r=0.88$  ( $p=0.01$ ). En el caso de la validez divergente se encontró una correlación baja ( $r=0.33$ ,  $p=0.03$ ) con la escala de SCARED y con la escala de Birlson ( $r=0.25$ ,  $p=NS$ ). Al utilizar el CEAL-TDAH como prueba diagnóstica, se obtuvo un punto de corte de 30 para el máximo equilibrio entre sensibilidad (0.74) y especificidad.

Conclusiones: se observó que el CEAL-TDAH tiene adecuadas propiedades psicométricas y se considera que es útil en la evaluación de TDAH en población de niños y adolescentes bolivianos. (Ulloa R, 2007)

### **Escala de autovaloración del déficit de atención para niños (CEPO)**

Autor: Calle P. Silvia

Con versiones para padres, se integra con 36 ítems basados en los criterios de DSM-IV para TDAH; 18 para los síntomas de inatención, doce para los síntomas de hiperactividad y seis para los de impulsividad. Los reactivos se califican en una forma tipo Likert de 0 a 3 que va de nunca a siempre de acuerdo a su presencia en la última semana.

Se validó en población clínica y abierta tanto en versión para padres como para niños y adolescentes, durante el estudio de validación se aplicó a niños y adolescentes de población clínica y abierta. Al utilizar el instrumento, tanto en la versión adolescentes como la de padres para prueba diagnóstica, se obtuvo un punto de corte de 46 para máximo equilibrio entre sensibilidad 76.2 y especificidad 75.

El análisis factorial realizado por el método de componentes principales con rotación varimax señaló dos factores: inatención e hiperactividad-impulsividad explicando un 64% de la varianza. Esta escala ha mostrado utilidad para la evaluación de niños y adolescentes

La escala (CEPO) en sus dos versiones permite distinguir de manera global los grupos de pacientes con (TDAH) de aquellos que no lo padecen, así como la severidad de los síntomas de este trastorno. La puntuación de 87 o más para ambas versiones, indica alta probabilidad de padecer (TDAH); sin embargo no sustituye el diagnóstico clínico. (Apiquian R., Fresan A., Nicolini H., 2000)

### **Escala (SCARED) niños ansiosos relacionados a desordenes emocionales**

Autor: Boris Bismaher

Es un instrumento construido para determinar la severidad de diferentes categorías de trastornos ansiosos. Tiene 41 reactivos, en dos versiones para niños y adolescentes. Tiene cinco dimensiones que se establecen a partir del DSM-IV que son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia escolar, somatización.

En México se realizó su traducción y adaptación para determinar la consistencia interna y realizar el análisis factorial en niños y adolescentes procedentes de población clínica y abierta. Se realizó una investigación en una población de niños y adolescentes de 8 a 17 años con algún trastorno psiquiátrico y ansiedad comórbida. La muestra incluyó 179 sujetos. La calificación promedio de la versión para pacientes fue de  $28.7 \pm 12.9$  y la reportada por los padres fue de  $25.8 \pm 9$  puntos. Los valores del Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la versión de pacientes fueron de 0.87 y 0.85 para las versiones de hijos y padres, respectivamente. (Vicuña JA. 2000)

### **La escala de Birleson para depresión (DSRS)**

Autor: Birleson P.

Esta escala fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es un instrumento, tipo Likert, que consta de 18 reactivos, cada uno de los cuales puede obtener una calificación de 0 a 2 siendo una calificación máxima de treinta y seis, diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7,9,11,13,15) y ocho reactivos se califican de 2 a 0 (3,5,6,10,14,16,17). El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

Como prueba diagnóstica arroja una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue 15. La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba de Alfa de Cronbach obteniéndose un valor de 0.85. El análisis factorial explícito con un solo elemento el 28.8% de la varianza. (Lara MC, Cortes J. 2010).

#### **4.5. PROCEDIMIENTOS**

Para el presente trabajo de investigación se realizara el siguiente procedimiento, el cual consiste en las siguientes fases:

##### **1° fase. Revisión Bibliográfica:**

En esta primera fase se hace una revisión de la bibliografía que se va a utilizar, la determinación del tema a investigar y la justificación de dicho tema.

##### **2° fase. Contacto con la Población:**

Esta fase consiste en el acercamiento que tiene el investigador con las personas que formaran parte de la investigación, para ir adquiriendo más confianza con los mismos, en este caso los estudiantes que presentan hiperactividad, déficit de atención, depresión y ansiedad de la Unidad Educativa José Manuel Belgrano.

### **3° fase. Delimitación de la Muestra:**

En esta etapa se realiza la selección de la muestra, que en este caso constituye el 10% de la población la cual será objeto de estudio, las mismas fueron seleccionadas por muestreo estratificado intencional.

### **4° fase. Prueba Piloto:**

Consiste en la previa aplicación de los instrumentos de los cuales son seleccionados para realizar la investigación, es decir cuestionarios, escalas, mismos que están relacionados al tema abordado, esta prueba piloto se realiza para saber, si los instrumentos seleccionados muestran la confiabilidad y validez de los mismos.

### **5° fase. Aplicación de los Instrumentos:**

Consiste en la aplicación de los instrumentos que fueron seleccionados para la investigación.

### **6° fase. Análisis e Interpretación de los datos**

En esta fase se realiza la corrección y análisis de los instrumentos que fueron seleccionados para la investigación, esto previo a la aplicación.

### **7° fase. Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones:**

En esta etapa se realiza la elaboración de las conclusiones y recomendaciones en base a los datos que se obtendrán de la aplicación de los instrumentos.

### **8° fase. Organización y Presentación del Informe Final:**

Por último esta fase consiste en la organización y presentación de informe final, para su respectiva presentación.

## **CAPITULO V.**

### **4.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En este capítulo se presenta los resultados a los que se ha llegado mediante la aplicación, corrección e interpretación de los instrumentos utilizados como: El cuestionario para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (CEAL-TDAH), Escala de autovaloración del déficit de atención

para niños (CEPO), Escala (SCARED) niños ansiosos relacionados a desordenes emocionales y La escala de Birlson para depresión (DSRS). A través de los cuales se pretende **“Determinar el nivel de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila, de la ciudad de Tarija”**

Los datos fueron organizados en una serie de cuadros en los que se reflejan los valores numéricos y porcentuales de cada una de las dimensiones de las variables investigadas, derivando de ello un análisis cuantitativo y cualitativo, dando mayor énfasis a este último. La interpretación de cada uno de los cuadros se hará tomando en cuenta los tres resultados generales obtenidos en cada uno de los cuadros presentados.

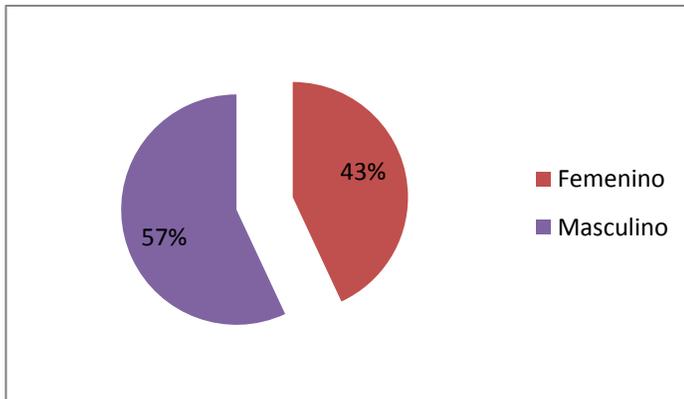
Los resultados se presentan a continuación de acuerdo a los objetivos específicos planteados expresados en cuadros y el respectivo análisis cualitativo de cada uno:

**Cuadro N 1.** Género de los estudiantes, obtenidos del levantamiento demográfico proporcionado por la escuela

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Femenino</b>	31	43 %
<b>Masculino</b>	41	57 %
<b>Total</b>	72	100 %

En este cuadro vemos la distribución de los estudiantes de acuerdo al sexo, de los que 57 % fueron niños y 43 % niñas, esto nos muestra un predominio del género masculino en relación al femenino, fenómeno que se ve en todo nuestro estudiantado del departamento.

**Grafico N 1** Género de los estudiantes.



Al verificar las muestras de los diferentes estudios sobre este tema, existe mayor porcentaje de niños que padecen esta enfermedad, en relación a las niñas, los niños son los más afectados que las niñas de acuerdo a varios estudios realizados a nivel mundial.

**Cuadro N 2.** Puntuación de las Escalas Aplicadas a Escolares y Padres de los estudiantes. Cuestionarios para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (CEAL-TDAH)

Escalas	Frecuencia	Puntuación Mínima	Puntuación Máxima	Media
<b>CEPO Déficit de Atención Niños</b>	72	6	71	36
<b>BIRLESON Depresión</b>	72	0	26	14
<b>SCARED Ansiedad</b>	72	4	69	30
<b>CEAL-TDAH Escala para Padres</b>	72	7	73	30

En el

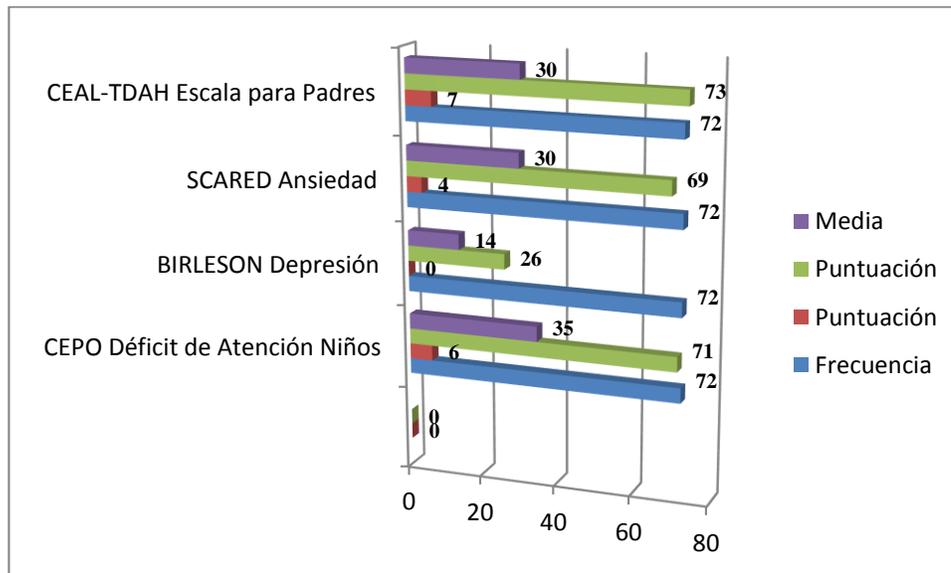
presente cuadro vemos la puntuación de todas las escalas aplicadas en el presente estudio, en cuanto a la CEPO se obtuvo una media de 36 puntos, al sumar todos los puntajes que obtuvieron los alumnos y dividirlos por el total de participantes, es importante verificar que la puntuación máxima llego a 71 puntos, ningún estudiante puntó por encima de 87 puntos que es el nivel más severo del trastorno.

Para la escala BIRLESON de Depresión, la media en la calificación fue de 14 puntos, lo que nos muestra ausencia de depresión ya que el punto de corte es de 15 puntos.

Diferentes resultados se encontró en la escala SCARED para ansiedad, donde la media se sitúo en 30 puntos, por encima del punto que demarca ansiedad, que es de 25 puntos, a diferencia de la escala BIRLESON no se obtuvo valoraciones de 0 puntos, otro dato importante es la puntuación máxima que sobrepaso el límite de severidad que es de 67, siendo que se consiguió una puntuación máxima de 69 puntos.

Por ultimo en la escala CEAL-TDAH para padres, nos muestra una media en la puntuación de 30 puntos, siendo que el puntaje que marca este trastorno es de 33 puntos en el total de la escala; ya la valoración mínima fue de 7 puntos y la máxima de 73 puntos, ahora en el desglose de este instrumento podemos evidenciar que si tiene un punto de corte, lo significativo es que se subdividen en ítems como: inatención, hiperactividad, impulsividad, lo que nos permite reclasificar a los chicos por estas tres características

**Grafico N 2.** Puntuación de las Escalas Aplicadas a Escolares y Padres de los estudiantes.



Haciendo un análisis se considera que cada progenitor tiene un modelo interno de sí mismo como padre o madre y que incluye tanto lo que uno espera de sí mismo como lo que espera de sus hijos.

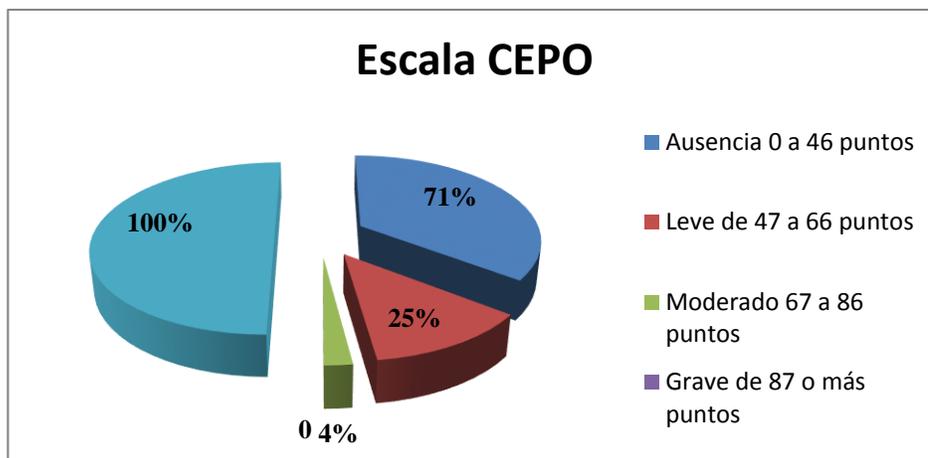
Los padres que muestran mayor nivel de estrés parental perciben a sus hijos como más difíciles, muestran patrones de disciplina más ineficaces e interacciones paterno filiales más disfuncionales, esto a su vez conlleva la presencia de mayores dificultades en el hijo, lo que nos muestra que existen varias razones por las que se desencadena diferentes trastornos que se instalan en los niños que son por múltiples causas, que de una u otra manera llegan a afectar al desarrollo integral del niño en su entorno.

**Cuadro N 3.** Escala de Autovaloración del Déficit de Atención (CEPO).

<b>Escala CEPO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Ausencia 0 a 46 puntos</b>	51	71 %
<b>Leve de 47 a 66 puntos</b>	18	25 %
<b>Moderado 67 a 86 puntos</b>	3	4 %
<b>Grave de 87 o más puntos</b>	0	0 %
<b>Total</b>	72	100 %

Como se observa en el cuadro el mayor porcentaje fue de ausencia del trastorno de déficit de atención, el mismo que alcanzó a un porcentaje de 71% de la muestra, representando casi  $\frac{3}{4}$  partes del total de alumnos, luego tenemos que un 25% con 18 escolares, puntuaron en déficit de atención leve, solo 4% del total de la muestra que presento déficit de atención moderado.

**Grafico N 3.** Escala de Autovaloración del Déficit de Atención (CEPO).



De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que se debe a que los maestros en muchas ocasiones realizan diferentes actividades en las que implica la participación de los alumnos, en el que les asignan temáticas interesantes que deben de realizar para que los temas que son impartidos por los mismos sean menos aburridos y de esta manera puedan obtener atención plena de todos los alumnos en el aula, sin embargo aunque tuvo éxito en la mayoría de los estudiantes se puede aseverar que algunos de ellos presentan un nivel leve de déficit de atención esto se debe a la resistencia de algunos por participar en actividades que para ellos no eran de mucho interés pero se logró de igual manera aumentar su nivel de atención en comparación a la situación que anteriormente atravesaban, por otro lado en cuanto al nivel moderado se debe a la desobediencia y el rechazo que mostraban algunos de los alumnos sobre las actividades planteadas, es por eso que se trabajaba de manera específica con estos alumnos con la psicóloga del establecimiento a partir de la conducta rebelde que tienen en el aula.

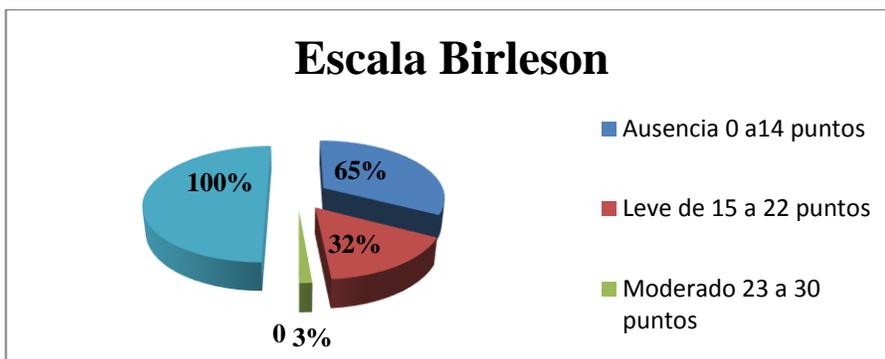
**Cuadro N 4.** Escala Birleson para Depresión (DSRS) versión niños.

Escala Birleson	Frecuencia	Porcentaje %
Ausencia 0 a 14 puntos	47	65 %
Leve de 15 a 22 puntos	23	32 %

<b>Moderado 23 a 30 puntos</b>	2	3 %
<b>Grave de 31 o más puntos</b>	0	0 %
<b>Total</b>	72	100 %

La escala BIRLESON, presenta los siguientes resultados dentro de lo que se ve que hubo ausencia de Depresión, con un 65%, de alumnos que puntuaron por debajo de 15 puntos que es el baremo que marca ausencia o presencia de depresión, un dato significativo que un 32% de ellos presentaron depresión leve, y solo un 3% moderada.

**Grafico N 4.** Escala Birleson para Depresión (DSRS) versión niños.



Si analizamos los datos que nos muestra este gráfico, hubo ausencia de depresión con 47 alumnos, que puntuaron de 0 a 14 puntos en la escala para depresión Birleson, luego vemos que 23 escolares presentaron depresión leve, con un puntaje en la escala de 15 a 22 puntos; seguido por 2 estudiantes que mostraron depresión moderada, de acuerdo a la puntuación de 23 a 30 puntos.

Algunos autores contemplan con cierta normalidad las manifestaciones del síndrome depresivo en relación al ámbito escolar, en general al ser la escuela el lugar donde transcurre gran parte de la vida del niño. Por otro lado, se puede decir que son las tareas escolares, la ocupación por excelencia de la etapa infantil, por lo que resulta casi evidente que cualquier desajuste a este nivel incida en el equilibrio afectivo y emocional del niño (Buisán y Marín, 1987).

Por lo que cabe destacar que la depresión puede presentarse en la infancia en forma sumergida o enmascarada con diferentes síntomas y trastornos psicopatológicos, que muchas veces difieren de las manifestaciones normales y esto puede ser observada en ocasiones a través de conductas como son la hiperactividad, fobias, bajo rendimiento escolar entre otras, es por eso que se debe llevar un control de la vida del niño para poder detectar a tiempo diferentes patologías que se presentan durante su desarrollo o etapa de vida.

Dentro de la investigación existen índices de sentimientos depresivos en los niños aunque esto se da en un nivel leve no debe de pasar desapercibida, que son a causa de diferentes problemas que atraviesan en la familia, o también por dificultades en la escuela, etc. Son muchas las causas algunos de ellos por pérdida de seres queridos que en muchos de los casos no hay asimilación ni resignación por lo que manifiestan síntomas depresivos influyendo de esta manera en el rendimiento académico y en la vida social del niño, ya que pierden las ganas de estudiar y tienen un autoestima deteriorada. Es por esta razón que la familia juega un papel importante en este tipo de situaciones para que puedan enseñar y apoyar para que sus hijos se puedan adaptar a la nueva realidad que les toca enfrentar.

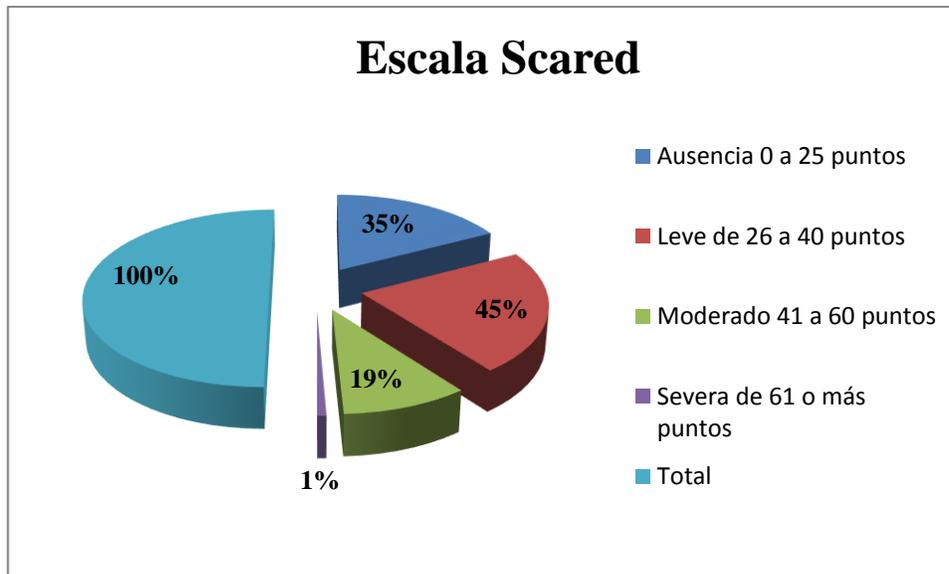
**Cuadro N 5.** Niveles de Ansiedad de acuerdo a la escala (SCARED). Versión niños

<b>Escala Scared</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Ausencia 0 a 25 puntos</b>	25	35 %
<b>Leve de 26 a 40 puntos</b>	32	45 %
<b>Moderado 41 a 60 puntos</b>	14	19 %
<b>Severa de 61 o más puntos</b>	1	1 %
<b>Total</b>	72	100 %

El siguiente cuadro referido a la Ansiedad se observa que, un 45% de los alumnos mostraron ansiedad leve, en segundo lugar se encontró ansiedad moderada con 14

estudiantes representando un 19%, solo un estudiante que fue el 1%, presento ansiedad severa; ya que 25 escolares con un 35% del total de los 72 no mostraron ansiedad de acuerdo al baremo de la escala (SCARED.).

**Grafico N 5.** Niveles de Ansiedad de acuerdo a la escala (SCARED) versión niños.



De acuerdo a los datos que nos muestra el gráfico, hubo ausencia de depresión con 25 alumnos, que puntuaron de 0 a 25 puntos en las escala (SCARED) para ansiedad, luego vemos que 32 escolares presentaron ansiedad leve, con un puntaje en la escala de 26 a 40 puntos; seguido por 14 estudiantes que mostraron ansiedad moderada, de acuerdo a la puntuación de 41 a 60 puntos, y finalmente 1 estudiante con ansiedad severa con un puntaje en la escala de 61 a más puntos.

Cuando se compara estudios sobre ansiedad en escolares, vemos una prevalencia de 20% en comparación con nuestra población donde se puede observar un porcentaje alto de ansiedad, a pesar de ser una muestra pequeña de 72 alumnos, si ampliaríamos el número de estudiantes, tal vez encontraríamos que la prevalencia de ansiedad sea igual

o tal vez un poco mayor, pero con una presencia de ansiedad alta como se encontró en la presente investigación. (Bobes Garcia, J 2001)

Sufrir ansiedad en la infancia es un factor de riesgo, que aumenta las posibilidades de sufrir trastornos mentales en la edad adulta. Es por eso que los padres deben darles el cuidado y atención necesaria a sus hijos sobre todo en momentos en el que presenten conductas o síntomas repetitivos relacionados con la ansiedad, por otra parte se puede observar un nivel alto de ansiedad esto puede ser a causa de situaciones nuevas que debe enfrentar el niño día a día además que tienen que lidiar con la sensación de inseguridad y otros síntomas que se presentan frecuentemente en forma de somatizaciones como (sudoración, temblor, mareos,) esto generalmente ocurre porque el niño coloca en el cuerpo cosas que por inmadurez no puede ubicar en la mente, ya que en este periodo de la vida existe cierta incapacidad para relacionar síntomas físicos con problemas emocionales.

**Cuadro N 6.** Niveles de Inatención, Hiperactividad e Impulsividad de acuerdo al cuestionario (CEAL-TDAH)

<b>Escala CEAL - TDAH</b>	<b>N de alumnos</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Inatención</b>	17	52 %
<b>Hiperactividad</b>	10	30 %
<b>Impulsividad</b>	6	18 %
<b>Total</b>	33	100 %

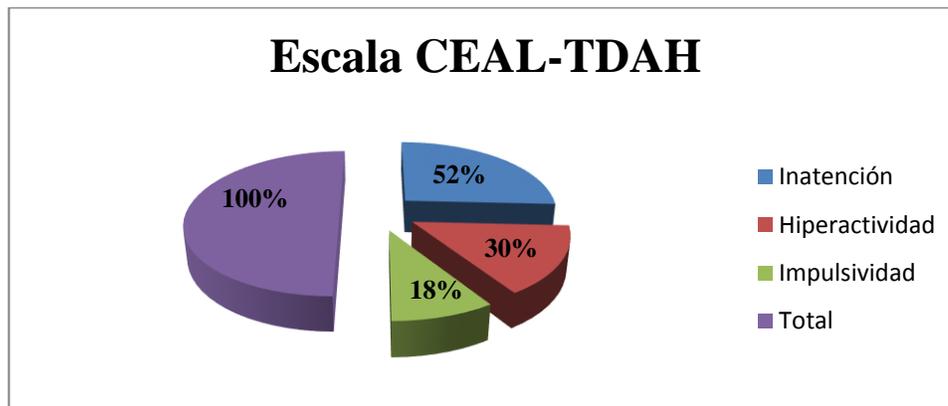
Al desglosar los resultados de este cuadro, tenemos que aclarar que 33 alumnos llegaron a puntuar por encima de 30 puntos, esto significa que los que están por encima de los 30 puntos tienen el trastorno (TDAH), ya que de los 33 escolares se dividió en los que presentaron Inatención, Hiperactividad e Impulsividad.

En lo que respecta a inatención 17 alumnos, se clasificaron con predominio del mismo, haciendo un porcentaje de 52%, por lo que nos muestra que existe más niños que son

inatentos en relación a los otros parámetros; en otras investigaciones la mayor población son de niños con características de inatención.

En hiperactividad 10 niños se catalogaron con esta característica, haciendo un 30% del total de 33 estudiantes, solo 6 escolares presentaron impulsividad con 18% de los que clasificaron con este trastorno, tenemos que ver que estos datos coinciden con los que nos muestran los diversos estudios en esta población escolar.

**Grafico N 6.** Niveles de Inatención, Hiperactividad e Impulsividad de acuerdo al cuestionario (CEAL-TDAH)



De los resultados obtenidos, se puede afirmar que el crecimiento de este trastorno sea convertido en un problema que cada día es más frecuente en las aulas, en los hogares y en la comunidad. La distracción más vulnerable es hacia estímulos de contexto ambiental, a menudo parecen no escuchar les cuesta seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para realizar tareas y actividades con tendencia a olvidarse y a perder objetos. Se puede decir que las dificultades de atención aparecen más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica.

En cuanto a la hiperactividad como se puede ver en la gráfica se encuentra en segundo lugar ya que a estos niños les resulta difícil permanecer quietos cuando la situación así lo requiere, se levantan del asiento y tocan todo, no paran quietos, manifestando

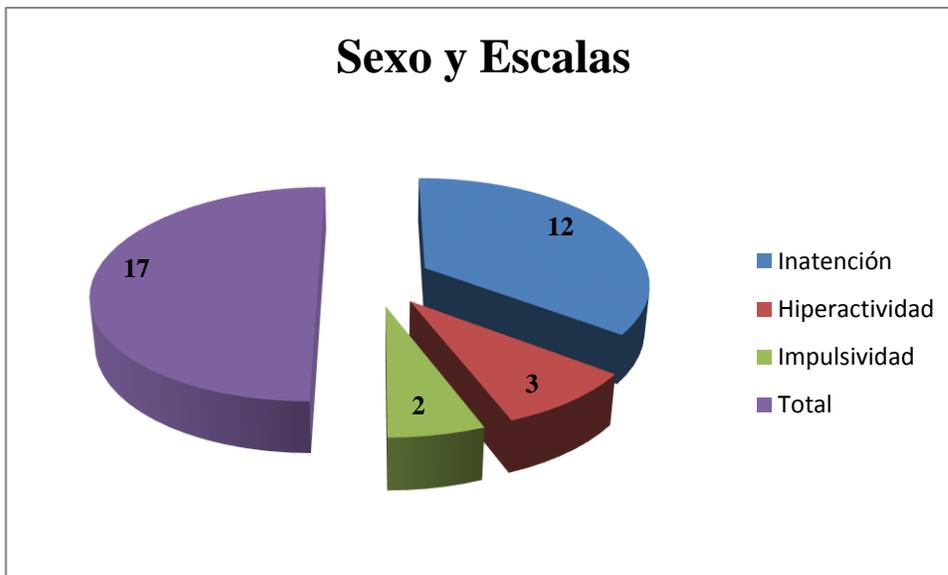
conductas de impaciencia donde generalmente interrumpen conversaciones de adultos, actúan sin pensar, no piensan en las consecuencias de su conducta. Generalmente los niños con estos trastornos tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando así dificultades de adaptación familiar, escolar y familiar.

**Cuadro N 7.** En que **Sexo** es más frecuente, la Inatención, Hiperactividad e Impulsividad por el cuestionario (CEAL-TDAH).

<b>Sexo</b>	<b>Inatención</b>	<b>Hiperactividad</b>	<b>Impulsividad</b>	<b>Total</b>
<b>Femenino</b>	12	3	2	17
<b>Masculino</b>	5	7	4	16
<b>Total</b>	17	10	6	33

Aquí se hizo una comparación entre los dos sexos para cumplir con uno de los objetivos de la tesis, donde verificamos que en el sexo femenino predomina la inatención con 12 escolares en comparación a 5 del sexo masculino, la hiperactividad fue más frecuente en niños con 7 estudiantes en contraposición a las niñas que solo fueron 3, por último la impulsividad mostro más prevalencia en alumnos con 4 a diferencia de las alumnas en las que solo 2 mostraron impulsividad.

**Grafico N 7.** En que **Sexo** es más frecuente, la Inatención, Hiperactividad e Impulsividad por el cuestionario (CEAL-TDAH).



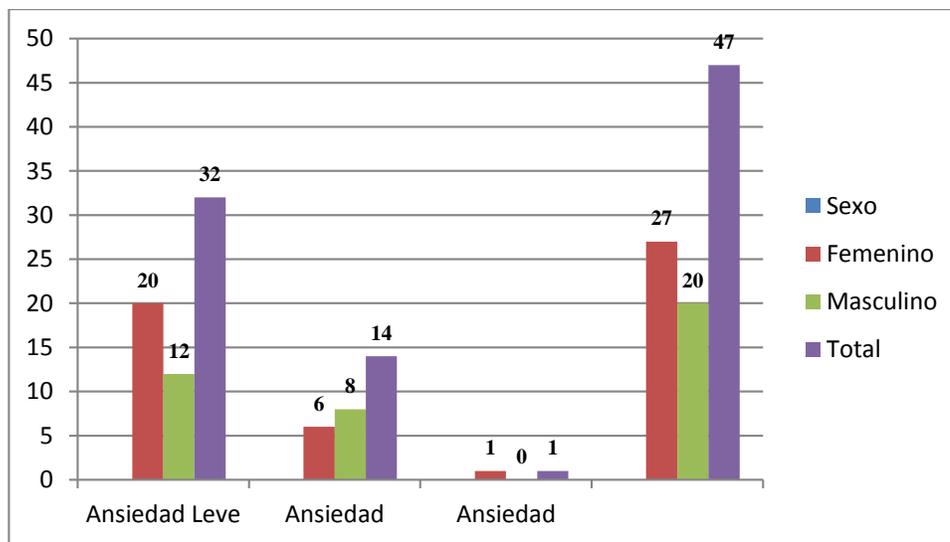
Los resultados nos muestran la tendencia mundial, en la que siempre encontramos más inatención en mujeres, ya que en hombres se registra primero la hiperactividad y luego impulsividad, estos son datos que se repiten en los diversos trabajos que se pueden revisar sobre el tema. El nuestro no fue la excepción, ya que la inatención fue más frecuente en niñas con 12 alumnas, 3 presentaron hiperactividad y solo 2 estudiantes tuvieron impulsividad. Ahora al hacer la comparación, entre los dos sexos, veremos que las diferencias en cada uno de estos parámetros sea inatención, hiperactividad e impulsividad, fue del 50% entre uno y otro sexo.

**Cuadro N 8.** Ansiedad según sexo de acuerdo a la escala (SCARED) versión niños

Sexo	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Total
<b>Femenino</b>	20	6	1	27
<b>Masculino</b>	12	8	0	20
<b>Total</b>	32	14	1	47

La ansiedad de acuerdo al sexo, observamos que las niñas presentan más ansiedad que los niños, las escolares con ansiedad son 27, a diferencia de 20 niños que presentan ansiedad; si comparamos los niveles de ansiedad sea leve, moderada o severa las alumnas llevan la ventaja en todos los índices de gravedad, en comparación con los alumnos.

**Grafico N 8.** Ansiedad según el sexo de acuerdo a la escala (SCARED) versión niños



Sabemos que la ansiedad es más frecuente en el sexo femenino ya que son las más vulnerables ante cualquier padecimiento, nuestros resultados muestran esta tendencia, de que este trastorno es más prevalente en las mujeres que los hombres.

Algunos rasgos masculinos como la independencia, el nivel de actividad o la asertividad constituyen factores protectores contra el miedo y la ansiedad. A las niñas se les refuerzan las conductas prosociales y empáticas, mientras que a los niños se les fomenta los comportamientos de autonomía e independencia, la asertividad y la iniciativa, a la hora de desempeñar distintas actividades. Las niñas desde muy pequeñas, reciben respuestas más positivas cuando cometen actos de obediencia y sumisión, a su vez reciben respuestas más negativas al mostrarse más

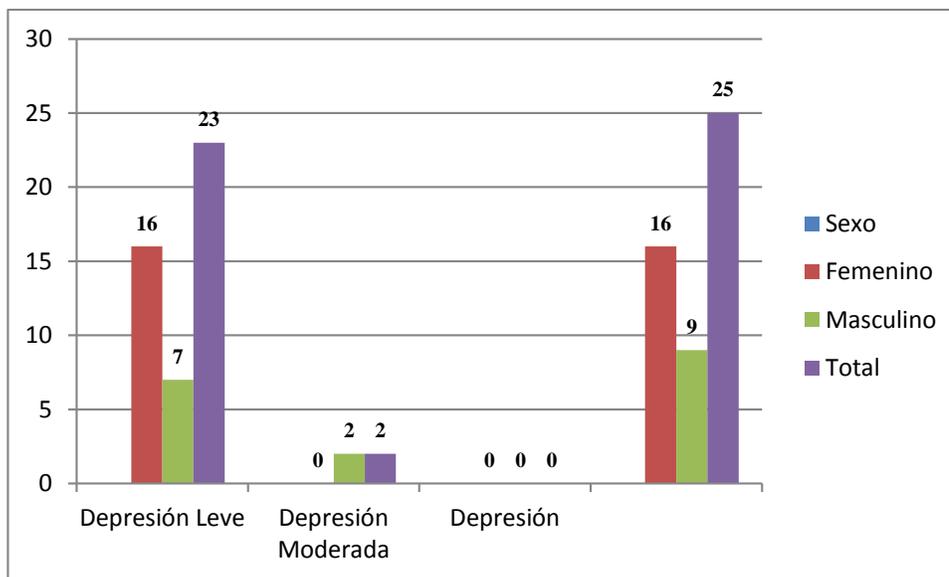
activas, es uno más de los factores que provoca ansiedad en las mujeres, las diferencias en ansiedad entre ambos sexos se pueden deber asimismo a una mayor ocurrencia en la mujer de traumas estresores de alto impacto o a su mayor percepción de amenaza ante diferentes riesgos como abusos y agresiones sexuales, físicas o ambas, así como también los diferentes patrones sociales de reforzamiento, el estilo y las expectativas paternas que reciben varones y mujeres desde su nacimiento.

**Cuadro N 9.** Depresión según sexo, según la escala Birleson para Depresión (DSRS) versión niños.

<b>Sexo</b>	<b>Depresión Leve</b>	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Depresión Severa</b>	<b>Total</b>
<b>Femenino</b>	16	0	0	16
<b>Masculino</b>	7	2	0	9
<b>Total</b>	23	2	0	25

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que 16 escolares del sexo femenino tienen depresión, y 9 escolares del sexo masculino tienen depresión.

**Grafico N 9.** Depresión según sexo, según la escala Birleson para Depresión (DSRS) versión niños.



Realizando el análisis respectivo se pudo constatar que nuevamente se confirma lo que nos muestra la literatura a nivel mundial, en que la depresión es una patología con hegemonía del sexo femenino.

En cuanto a los niveles de depresión, un dato llamativo es que dos escolares del sexo masculino tienen depresión moderada, algo significativo para la población de tan corta edad, pero frecuente, de acuerdo a lo que relatan los estudios en niños con depresión, que refieren que las que tienen más depresión son las niñas, pero los que tienen los niveles más graves de esta enfermedad son los del sexo masculino.

La existencia de sentimientos de tristeza, abatimiento, preocupaciones, sentimientos de culpabilidad entre otros ya es una realidad en edades tempranas, una de las causas de ello es el conflicto familiar que existe en los hogares, ya que este conflicto puede ser la respuesta de los padres al problema de los hijos, es decir la depresión puede contribuir al mantenimiento del problema parental, en el caso de separaciones, divorcios o discordias de la pareja el elemento relevante para el niño no es tanto la ruptura que se produce, sino el estado en que queda la relación afectiva ente los padres que en muchos de los casos es una relación de amenazas, restricciones que producen mayor carga emocional para el niño y lo hace más vulnerable al desarrollo de la patología.

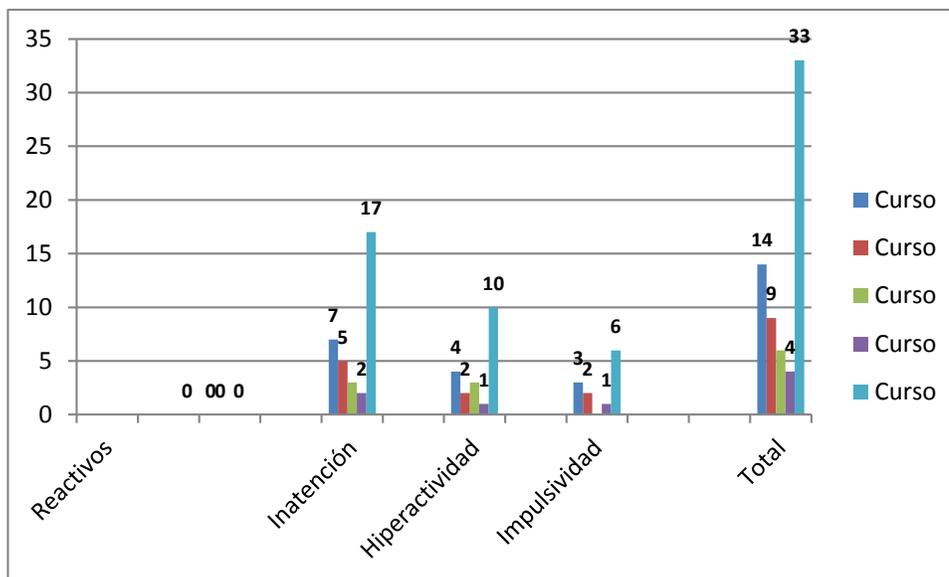
**Cuadro N 10.** Inatención, hiperactividad e impulsividad según el curso.

Reactivos	Curso				Total
	3 primaria	4 primaria	5 primaria	6 primaria	
<b>Inatención</b>	7	5	3	2	17
<b>Hiperactividad</b>	4	2	3	1	10
<b>Impulsividad</b>	3	2	0	1	6
<b>Total</b>	14	9	6	4	33

De los datos obtenidos podemos observar que la inatención fue más frecuente en tercero de primaria con 7 alumnos, en segundo lugar el cuarto de primaria con 5 estudiantes y quinto de primaria presento 3 estudiantes.

Esta tendencia se repite en la hiperactividad, donde tercero de primaria tuvo 4 estudiantes con esta característica, ya el quinto de primaria le siguió con 3 alumnos y por último cuarto de primaria con 2 alumnos, en lo que respecta a impulsividad se encontró que el tercero de primaria obtuvo 3 estudiantes a diferencia del cuarto curso donde existe 2 estudiantes y el sexto de primaria con 1 estudiante que poseen este rasgo, haciendo un total de 33 estudiantes.

**Gráfico N 10.** Inatención, hiperactividad e impulsividad según el curso.



Los niños con este tipo de problemas, son destructivo, insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos. También son niños difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. La hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos.

Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que los padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a tal punto que insisten mucho hasta lograr lo que desean. Esto unido a sus estados de ánimos bruscos e intensos y a su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en la casa o en el colegio. En general, son niños incapaces de estarse quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Un niño, que se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego, es normal. Pero estos niños no están quietos en clase o en otras tareas concretas.

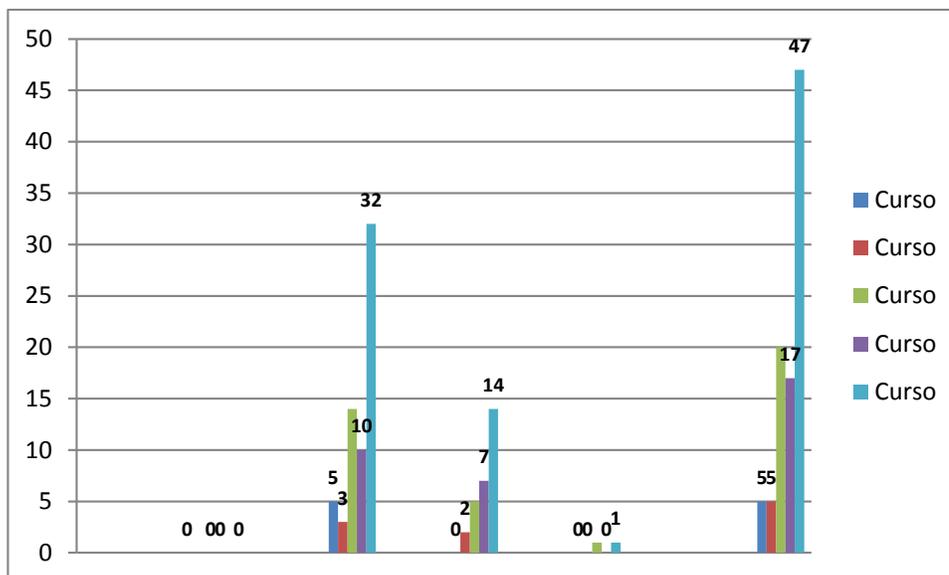
Por lo que esta clase de comportamientos afectan de manera negativa la vida del niño tanto en el hogar como en la escuela y en su entorno social.

**Cuadro N 11.** Ansiedad según el curso.

Gravedad de la Ansiedad	Curso				Total
	3 primaria	4 primaria	5 primaria	6 primaria	
Ansiedad Leve	5	3	14	10	32
Ansiedad Moderada	0	2	5	7	14
Ansiedad Severa	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	5	5	20	17	47

La ansiedad de acuerdo al curso, fue más habitual en el quinto de primaria, donde 20 estudiantes tuvieron ansiedad, el sexto de primaria continuo con 17 alumnos, con números iguales es decir con 5 escolares estuvieron el tercero y cuarto de primaria.

**Grafico N 11.** Ansiedad según el curso.



Interesante resultado se halló aquí, que muestra que a más edad y a medida que van cursando niveles superiores de educación, los estudiantes tendrán más ansiedad, la explicación residiría en que a medida, que se va creciendo las exigencias van aumentando en todas las áreas de los niños, lo que les llevaría a que se vuelvan más ansiosos, por las exigencia que tienen y que en muchos casos no pueden manejar.

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad cognitiva, sus miedos van creciendo como por ejemplo el miedo a catástrofes o desgracias, miedo a la desaprobación social, miedo al daño físico y otros. En la aparición de estos miedos tiene mucho que ver el contacto del niño con la escuela, con otros niños y con los profesores. La evaluación de sus habilidades escolares y deportivas y la comparación de éstas con las de los otros pueden preocupar al niño. Hasta los 12 años, la preocupación por temas relacionados con la escuela (mal rendimiento escolar), la familia (posibles conflictos entre los padres), los accidentes y las enfermedades puede ser normal. A estas edades suele ser común el miedo a la muerte, a la desaparición de los seres queridos, el miedo a los accidentes, a los incendios.

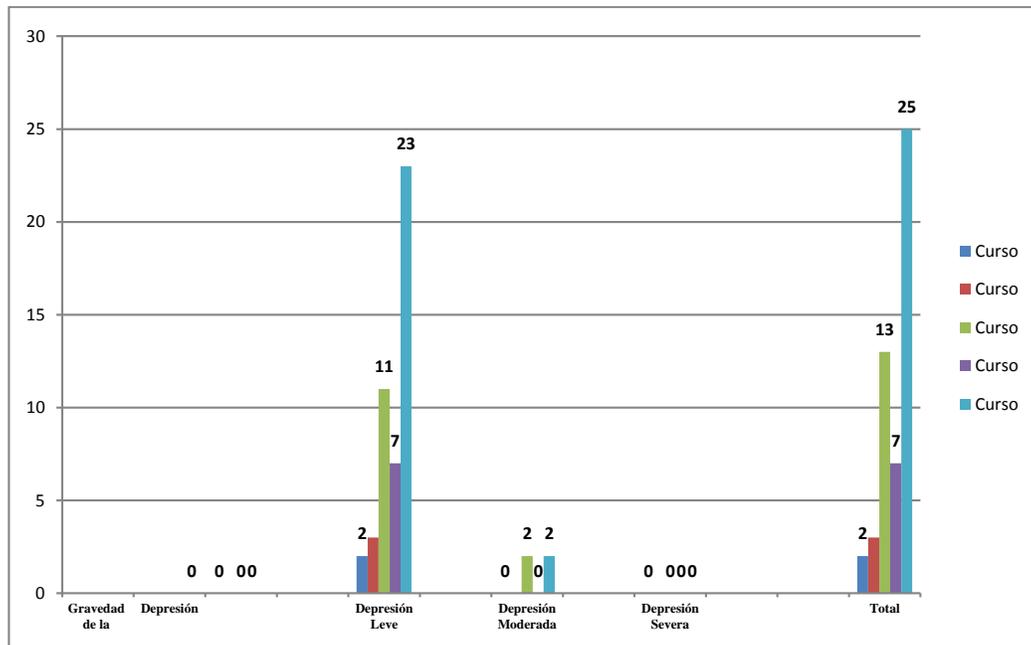
Los miedos expuestos hasta aquí son muy frecuentes y pueden afectar hasta al 40-45% de los niños. La aparición de estos miedos y su duración, así como el grado en que interfieran en las actividades que realice el niño en los diferentes ámbitos de su vida (familia, escuela, amigos) dependerá de diversos factores. Por un lado, del apoyo que encuentre en sus padres y de la forma en que éstos lo eduquen. Será beneficioso que los padres sean vistos por el niño como apoyos y fuentes de seguridad física y afectiva. Sin embargo, un estilo educativo excesivamente sobreprotector podría estar relacionado con el mantenimiento de estos temores y su agravamiento. El papel de los padres deberá ser tal que favorezca la autonomía del niño y permita al pequeño alejarse de ellos para experimentar nuevas situaciones y comprobar lo adecuado o no de sus temores.

**Cuadro N 12.** Depresión según el curso.

Gravedad de la Depresión	Curso				Total
	3 primaria	4 primaria	5 primaria	6 primaria	
Depresión Leve	2	3	11	7	23
Depresión Moderada	0	0	2	0	2
Depresión Severa	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	2	3	13	7	25

La depresión de acuerdo al sexo, es más frecuente en el quinto de primaria con 13 alumnos, seguido del sexto de primaria con 7 estudiantes y por último el cuarto de primaria con 3 escolares.

**Grafico N 12.** Depresión según el curso.



Es importante recalcar que la depresión es más predominante en cursos superiores de primaria que en los niveles iniciales. Es por esta razón que hay que distinguir cuando el niño tiene depresión o cuando solo esta triste porque muchas veces los niños al igual que los adultos, se ponen tristes. Pero eso no significa que estén deprimidos. Entonces, hay que tener cuidado con eso. Según va aumentando la edad del niño se intensifica los síntomas de la misma pero la realidad es que menos de la mitad de estos niños reciben un tratamiento adecuado, ya que en muchos de los casos los padres suelen subestimar seriamente la intensidad de la depresión de sus hijos y no consideran que estos problemas en ocasiones se dan por la interacción padre- hijo que en muchos de los casos pasa desapercibido agravando más el problema.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

Dentro de nuestras conclusiones, podemos inferir que de acuerdo a nuestros objetivos planteados, encontramos lo siguiente:

- Con respecto al primer objetivo que fue:

*“Determinar el nivel de hiperactividad”*

De acuerdo a los datos obtenidos, se concluye los estudiantes se encuentran en un nivel leve de hiperactividad. Cuando se compara con datos encontrados en otros estudios, los niveles de hiperactividad y déficit de atención se ubican en lo moderado más que en los niveles leve y severo, este fenómeno se debe a que la muestra de estos estudios es más del contexto clínico, tomada de centros donde acuden a niños con diversos problemas mentales, y no así como en el presente trabajo donde los niños fueron seleccionados de la población general.

- Según la hipótesis planteada:

Los estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila de la ciudad de Tarija presentan lo siguiente:

*“Un nivel de hiperactividad grave”*

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, la hipótesis planteada se **RECHAZA** ya que mostraron un nivel leve de hiperactividad y no así un nivel grave.

Con respecto al segundo objetivo específico que corresponde a:

*“determinar el nivel de déficit de atención”*

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que los estudiantes se encuentran en un nivel de déficit de atención leve, esto se debe en cierta forma a que los maestros

realizan diversas actividades dinámicas de enseñanza para poder captar la atención de los estudiantes y de esta manera lograr un aprendizaje óptimo y hacer frente al problema de inatención.

- La hipótesis planteada para este objetivo fue:  
Los estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila de la ciudad de Tarija presentan lo siguiente:  
*“Un nivel de Déficit de Atención grave”*

De acuerdo a la hipótesis planteada se pudo verificar que la misma fue **RECHAZADA**, ya que mostraron un nivel leve de déficit atención y no así un nivel grave.

- Con respecto al tercer objetivo específico planteado que fue:  
*“identificar el nivel de ansiedad en los estudiantes”*

Se concluye que los estudiantes, presentan un nivel de ansiedad leve, sin embargo se hace redundante mencionar, que sumando todos los datos obtenidos la cantidad de niños con ansiedad es considerablemente alta, aunque no necesariamente estén en un nivel severo, es por esta razón que nos debe llamar la atención, para evaluar de forma más precisa este dato, ya que nos encontraríamos con un problema, que puede interferir, no solo en el funcionamiento académico, sino también en la parte social, personal, familiar, etc. lo que constituirá en una causa que trae problemas significativos en el desarrollo de estos estudiantes.

- La hipótesis planteada para este objetivo fue:  
Los estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila de la ciudad de Tarija presentan lo siguiente:  
*“Un nivel de Ansiedad severa”*

La misma que fue **RECHAZADA**, ya que los estudiantes se encuentran en un nivel de ansiedad leve y no así un nivel severo.

- Con respecto al cuarto objetivo específico que corresponde a:  
*“Establecer el nivel de depresión en los estudiantes”*

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye que los estudiantes presentan un nivel leve de depresión, lo que demuestra que aunque son datos menores, se puede observar claramente el incremento de la tasa de prevalencia, ello ha hecho que se acepte por unanimidad la existencia de la depresión en la infancia y la edad escolar, como la que se evidencio en esta investigación.

- La hipótesis planteada para este objetivo fue:  
Los estudiantes de 8 a 12 años de la U. E. José Manuel Ávila de la ciudad de Tarija presentan lo siguiente:  
*“Un nivel de Depresión severa”*

De acuerdo a los resultados obtenidos de dicha hipótesis la cual es **RECHAZADA**, ya que mostraron un nivel de depresión leve y no así un nivel severo.

- Con respecto al quinto objetivo específico planteado que fue:  
*“Valorar en que curso es más frecuente la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión”*

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que, la inatención fue más frecuente en tercero de primaria con 7 alumnos, en segundo lugar el cuarto de primaria con 5 estudiantes y quinto de primaria presento 3 estudiantes con inatención.

Esta tendencia se repite en la hiperactividad, donde tercero de primaria tuvo 4 estudiantes con esta característica, ya el quinto de primaria le siguió con 3 alumnos y por último cuarto de primaria con 2 alumnos, en lo que respecta a impulsividad se encontró que el tercero de primaria obtuvo 3 estudiantes a diferencia del cuarto curso donde existe 2 estudiantes y el sexto de primaria con 1 estudiante que poseen este rasgo, haciendo un total de 33 estudiantes.

**La ansiedad de acuerdo al curso**, fue más habitual en el quinto de primaria, donde 20 estudiantes tuvieron ansiedad, el sexto de primaria continuo con 17 alumnos, con números iguales es decir con 5 escolares estuvieron el tercero y cuarto de primaria.

Interesante resultado se halló aquí, que muestra que a más edad y a medida que van cursando niveles superiores de educación, los estudiantes tendrán más ansiedad, la explicación residiría en que a medida, que se va creciendo las exigencias van aumentando en todas las áreas de los niños, lo que les llevaría a que se vuelvan más ansiosos, por las exigencia que tienen y que en muchos casos no pueden manejar.

**La depresión de acuerdo al curso**, es más frecuente en el quinto de primaria con 13 alumnos, seguido del sexto de primaria con 7 estudiantes y por último el cuarto de primaria con 3 escolares.

Necesario recalcar que este fenómeno se lo puede comparar, casi de forma similar a la de la ansiedad, donde es más predominante la depresión en los cursos superiores de primaria, que en los niveles iniciales.

- La hipótesis planteada para este objetivo fue:  
*“La hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión es más frecuente en estudiantes de 4° curso de primaria”*

En lo que respecta a la hipótesis planteada se puede decir que se **RECHAZA**, ya que en el tercero de primaria la hiperactividad es más frecuente, de la misma manera en el quinto de primaria se puede afirmar que también es más frecuente el déficit de atención.

Sin embargo en lo concerniente a la ansiedad de la misma manera la hipótesis es **RECHAZADA** de que esta es más preponderante en cuarto de primaria, porque es más predominante en quinto de primaria. Finalmente en lo que se refiere a la depresión también se **RECHAZA** la hipótesis planteada, porque es más frecuente en el quinto que en el cuarto de primaria.

- Con respecto al sexto objetivo específico planteado que fue:  
*“Evaluar en que sexo es más prevalente la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión”*

De acuerdo a nuestros resultados la inatención es más frecuente en el sexo femenino con 12 escolares en comparación a 5 del sexo masculino, en lo que respecta a la hiperactividad se encontró más niños en un número de 7 estudiantes en contraposición a las niñas que solo fueron 3, por último la impulsividad mostro más prevalencia en alumnos con 4 a diferencia de las alumnas en las que solo 2 mostraron impulsividad. Esto resultados, son coincidentes con lo que nos muestra la literatura a nivel mundial, la inatención es más prevalente en niñas, la hiperactividad e impulsividad en niños, esa es la tendencia que viene ocurriendo en las últimas décadas, en lo que respecta a este tipo de trastornos.

En cuanto a la **ansiedad de acuerdo al sexo**, se ve que las niñas presentan mayor prevalencia de ansiedad que los niños, siendo 27 estudiantes, los niños llegaron a ser 20, ahora si nos referimos al nivel o gravedad de la ansiedad, los escolares varones solo aventajaron en los niveles de ansiedad moderada con 8 estudiantes contra 6 del sexo femenino, en los otros parámetros leve y severo las niñas superaron a los del género masculino.

En lo que se refiere a la **depresión según el sexo**, se pudo verificar que son las escolares en número de 16 estudiantes que mostraron mayor prevalencia de depresión, en comparación al sexo masculino con 9 escolares que tienen depresión.

La depresión es un trastorno más prevalente en mujeres que en hombres, como nos muestra los trabajos a nivel mundial, de la misma manera se encontraron resultados similares en este trabajo de investigación.

- La hipótesis planteada para este objetivo fue:  
*“Los varones presentan mayor prevalencia de hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión”*

En lo que respecta a la hipótesis planteada se puede decir que se **RECHAZA**, ya que tanto la hiperactividad, déficit de atención, ansiedad y depresión es más prevalente en mujeres que en varones.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

### **A los padres:**

- Deben informarse más acerca de estos trastornos para que aprendan a reconocer la sintomatología y así hagan saber al profesional en salud mental para que se pueda dar un correcto diagnóstico y la atención necesaria.
- Hablar con el profesor o tutor del colegio para informarle acerca de la situación por la que atraviesa el niño.
- Deben buscar ayuda psicología y psiquiátrico, para los niños que tengan síntomas de este trastorno. Saber que el tratamiento es multidisciplinar que envuelve a diversos profesionales, que el tratamiento farmacológico es beneficioso con mínimos efectos colaterales.

### **A los profesores**

- Dada la frecuencia de estos trastornos los profesores deben estar familiarizados con el tipo de dificultades que generan en el aula los niños, para saber identificarlos a tiempo y poner en marcha los mecanismos necesarios para ayudarles.
- Profundizar en el conocimiento del niño, más allá de las dificultades, intentando acceder también a sus habilidades, para potenciarlas dentro del entorno escolar.
- Compartir las dificultades detectadas con el resto de equipo educativo, para dar una respuesta uniforme desde el colegio.
- Derivar al niño para evaluar, si se considera necesario, por parte de los equipos psicopedagógicos; básicamente si las medidas habituales que se pueden poner

en marcha dentro del aula no son suficientes para mejorar la adaptación y rendimiento del niño.

- Determinar, de una manera individualizada, si el niño necesita apoyo especial, y qué tipo de apoyo es éste. No intentar ajustar al niño a los apoyos disponibles, sino ajustar los apoyos a las necesidades del niño.

### **A la institución**

- Que colaboren abriendo las puertas del colegio para que futuros investigadores tengan un acceso libre a realizar este tipo de investigaciones que son de gran interés para la población y de esta manera se pueda tratar de cambiar el panorama, buscar implementar políticas de salud para disminuir estas enfermedades.