

PERCEPCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DE LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA FAMILIA Y DE LOS PROFESORES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

LUIS ABAD MAS, P. MORENO MADRID, A. VALLS MONZÓ, R. MARTÍNEZ BORONDO, A. IBÁÑEZ ORRICO, P. MENGODBALBAS, N. MATA GALVE, M. BONNASSERRE

Centro de Desarrollo Cognitivo CEDECO Red Cenit. Valencia. España

Resumen Tanto el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como la ansiedad son dos de los trastornos que más se evidencian en la población infanto-juvenil existiendo una correlación entre ambos tal y como se recoge en numerosos estudios. La combinación de ambos trastornos afecta a los procesos de enseñanza-aprendizaje del niño provocando dificultades de aprendizaje (DA) en el mismo. Los objetivos del presente trabajo se basaron en valorar los criterios que evidencian padres y profesores en niños con TDAH para caracterizar el grado de adecuación de la percepción y evaluar si esta se ajusta a la realidad o es insuficiente, si existen diferencias en dicha percepción entre padres y docentes; analizar la conciencia que tienen sobre las posibles DA que puedan presentar, para así aportar orientaciones adecuadas que permitan una favorable intervención y evolución. La muestra se compone de 137 sujetos con edades comprendidas entre 9 y 15 años con un Coeficiente Intelectual Total (CIT) de entre 80 y 120. Los instrumentos que se utilizaron fueron: la escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAI-C), el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) y el Inventario de Problemas en la Escuela (IPE). Como resultado se observa que la ansiedad percibida por estos niños no está relacionada con la que aprecian padres y profesores, sin embargo, estos últimos sí que coinciden en su apreciación.

Palabras clave: TDAH, ansiedad, dificultades de aprendizaje, padres, profesores

Abstract *Perception of anxiety and learning difficulties according to the criteria of the family and teachers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

Both Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and anxiety are two of the disorders that are most evident in the infant-juvenile population and there is a correlation between the two, as shown in numerous studies. The combination of both disorders affects the child's teaching-learning processes, causing learning difficulties (LD). The aims of the present study were based on assessing the criteria evidenced by parents and teachers in children with ADHD to characterize the degree of adequacy of perception and to evaluate whether this is in line with reality or insufficient, whether there are differences in this perception between parents and teachers, and to analyze their awareness of the possible AD they may present, in order to provide appropriate guidelines for favourable intervention and evolution. The sample consisted of 137 subjects aged between 9 and 15 years with a Total IQ (TIQ) between 80 and 120. The instruments used were: the Wechsler Intelligence Scale for Children-V (WISC-V), the State-Trait Anxiety Questionnaire for Children (STAI-C), the Child and Adolescent Assessment System (SENA) and the Inventory of Problems at School (IPE). As a result, it is observed that the anxiety perceived by these children is not related to the anxiety perceived by parents and teachers, although the latter do coincide in their assessment.

Key words: ADHD, anxiety, learning difficulties, parents, teachers

El TDAH es un trastorno neurobiológico crónico de inicio en la infancia y que a menudo perdura en la edad adulta. Se caracteriza por la manifestación de una variedad sintomatológica relacionada con problemas de atención e hiperactividad/impulsividad propios del trastorno. Ade-

más, se observan déficits en diversas funciones ejecutivas (FE) que se describen como procesos involucrados en actividades como la resolución de problemas, planificación, iniciación de la actividad o toma de decisiones, todos ellos vinculados a los lóbulos frontales y cuya disfunción queda reflejada en el síndrome del lóbulo frontal¹.

Recientemente, se ha comprobado que los niños con TDAH, sin diferenciar las presentaciones, muestran dificultades en FE y presencia de síntomas internalizantes y externalizantes según la percepción de los padres².

Los niños con la presentación TDAH-C presentan mayor dificultad ejecutiva en inhibición, supervisión y control, y mayor cantidad de síntomas de hiperactividad e impulsividad, ansiedad/depresión, problemas sociales y conducta agresiva con diferencias significativas respecto a los niños del grupo TDAH-I. Hay evidencia de que los síntomas propios de la presentación TDAH-I correlacionan con dificultades en las FE en flexibilidad, memoria de trabajo, planificación, supervisión de tareas y organización, y los síntomas de la presentación TDAH-C correlacionan con dificultades en inhibición, supervisión, control, memoria de trabajo, planificación, supervisión de tareas y organización.

Frecuentemente el TDAH se presenta asociado a otras comorbilidades, esto complica tanto el diagnóstico como su tratamiento. Sin un tratamiento eficaz, el TDAH puede tener un impacto significativo tanto en los resultados académicos y laborales como en el estado emocional. Los adultos con TDAH afirman que los problemas escolares tienen un impacto significativo en etapas posteriores de la vida y que manejar el trastorno de manera más efectiva en esos años, les hubiese conducido a un mayor éxito académico y laboral, mayor autoestima y menores niveles de ansiedad³.

La intervención debe realizarse sobre la familia, el colegio y el niño. Los cambios repercutirán positiva o negativamente en el niño, tanto en su rendimiento académico como en el plano conductual y emocional, y suponen, por un lado, adaptación de los adultos (profesores y padres) al niño y, por otro, que el niño mejore su funcionamiento ejecutivo para adaptarse a las exigencias escolares y sociales⁴. En cualquier caso, expertos en funcionamiento ejecutivo postulan que, para mejorar las FE, mantener un enfoque demasiado estrecho puede no ser tan efectivo como abordar también planos del desarrollo emocional, social y físico⁵.

La evaluación requiere de una anamnesis profunda y un diagnóstico diferencial con DA, conducta y ansiedad, entre otros, así como valorar la conducta desde la visión familiar y de los profesores⁶. Las intervenciones psicosociales, incluyendo el entrenamiento conductual a padres y profesores, la modificación cognitiva de la conducta, el entrenamiento en habilidades sociales y las modificaciones académicas, han demostrado ser una alternativa o complemento fundamental del tratamiento farmacológico⁷.

Ansiedad y TDAH

Para definir la ansiedad hay que tener en cuenta la diferenciación entre ansiedad como estado emocional y ansiedad como rasgo de personalidad. La ansiedad-estado, es un "estado emocional" modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos

y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos⁸. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo, no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado con más frecuencia o con mayor intensidad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad-rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo⁹.

Las alteraciones emocionales en el TDAH apenas se han explorado porque el interés de los investigadores se ha centrado mayoritariamente en los aspectos cognitivos del trastorno. Es por esto que los estudios sobre el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional (reconocimiento, regulación y expresión de las emociones) en niños y adultos con TDAH a lo largo de la historia son escasos¹⁰.

El TDAH con presentación combinada es más común en sujetos con ansiedad alta y, los sujetos con ansiedad alta puntúan más en las escalas de inatención e hiperactividad¹¹.

La predisposición a presentar niveles de ansiedad media a alta debido a las exigencias académicas que se presentan, es decir la presión por aprender a leer y escribir, se acentúa más en aquellos niños diagnosticados con TDAH. La investigación demuestra una relación significativa entre TDAH y los distintos niveles de ansiedad, por tanto, es preciso hablar de correlación y no de causalidad, ya que son dos conceptos que tienden a asociarse, pero son distintos, pues al hablar de variables correlacionadas como la ansiedad y el TDAH, no implica necesariamente que la una sea causa de la otra¹².

La percepción de ansiedad que tienen los niños diagnosticados con TDAH es significativamente superior al nivel de ansiedad que perciben sus padres y profesores en ellos¹³.

Dificultades del aprendizaje y TDAH

Las Dificultades del Aprendizaje (DA) son un grupo heterogéneo de alteraciones en uno o más procesos cognitivos implicados en la comprensión y producción del lenguaje, lectura, escritura y/o cálculo aritmético, con implicaciones relevantes para el aprendizaje escolar; con base neurobiológica, pueden manifestarse a lo largo del ciclo vital.

Las DA en niños con TDAH son habituales durante la etapa escolar. Pueden estar relacionadas con cambios en el entorno socioeducativo, con el déficit de atención o con trastornos de aprendizaje comórbidos. Dentro

de estos, hay que distinguir entre los específicos y los globales. Los trastornos de aprendizaje específicos del desarrollo de la lectura, escritura y/o cálculo están asociados al TDAH en el 39%, 60% y 26% respectivamente. La presencia de torpeza de coordinación motora en un niño con TDAH debe hacernos sospechar la presencia de un trastorno del aprendizaje procedimental, el cual asocia dificultades de aprendizaje escolar, social y de lenguaje pragmático, favoreciendo una baja autoestima y un alto riesgo de acoso escolar y trastornos psiquiátricos en su evolución. Es habitual que el niño/a con TDAH presente DA en habilidades instrumentales como: lectura, escritura y/o cálculo. Estas dificultades pueden aparecer durante la etapa infantil o de progresivamente conforme aumenta la exigencia en los cursos académicos¹⁴.

Los profesores son los que más tiempo pasan con el alumnado, por lo que disponen de un conocimiento suficientemente completo como para emitir un juicio respecto a su desarrollo en el contexto escolar¹⁵. Los resultados de las dificultades del profesorado, en la colaboración diagnóstica del alumnado con posible TDAH, la frecuencia negativa se corresponde con las dificultades con las que se encuentran. El profesorado no tiene problemas para valorar, pero sí presenta grandes inconvenientes en averiguar las dificultades de los ámbitos afectivo, emocional y social (nivel de autoestima, autoconcepto, dificultades en habilidades sociales), dimensiones de gran importancia, su carencia aumenta el riesgo de presentar bajo rendimiento escolar y fracaso escolar¹⁶.

Objetivos

- Identificar las relaciones existentes entre los niveles de ansiedad que refieren los niños con TDAH y las percepciones que tienen padres y profesores sobre la misma.
- Analizar la conciencia que padres y profesores tienen sobre las posibles DA que puedan presentar.
- Sensibilizar de la necesidad de aportar orientaciones beneficiosas tanto para las familias como para los profesores de niños con TDAH que además de presentar disfunción ejecutiva, también tienen elevados niveles de ansiedad, DA, bajo rendimiento académico y baja predisposición al estudio.

Materiales y Métodos

A) Muestra

En el presente estudio, se extrajo la muestra teniendo en cuenta la totalidad de la población diagnosticada con TDAH en nuestra clínica durante un período de dos años (N=354), todos ellos con consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener una edad cronológica comprendida entre los 9 y los 15 años; y tener un CIT superior a 80 e inferior a 120 medido con la Escala de Inteligencia de Wechsler WISC-V¹⁷ para niños, b) puntuaciones iguales o superiores a 60 en el cuestionario STAIC, c) puntuaciones igua-

les o superiores a 60 en las áreas seleccionadas del SENA y d) puntuaciones iguales o superiores a 60 en el inventario IPE. En base a estos criterios, 97 de ellos fueron excluidos, obteniendo una muestra final de 137 sujetos (n=137).

B) Material

Para contrastar la hipótesis del presente estudio, se administraron varias pruebas. El Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)⁸, que fue administrado por el terapeuta. Esta prueba mide el factor de la ansiedad, y ofrece dos evaluaciones de la misma: ansiedad como estado transitorio (que no tuvimos en cuenta) y ansiedad como rasgo permanente. Esta prueba utiliza un sistema de respuesta Likert ordenada en un gradiente de respuestas según la intensidad de 1 a 3 (1 = casi nunca, 2 = a veces y 3 = a menudo). Se tuvieron en cuenta aquellas puntuaciones percentiles iguales o superiores a 60.

El Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes (SENA)¹⁸, diseñado con el objetivo de ayudar en la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años tales como: Problemas interiorizados (Depresión, Ansiedad, Ansiedad social, Quejas somáticas, Sintomatología postraumática y Obsesión-compulsión); Problemas exteriorizados (Problemas de atención, Hiperactividad-impulsividad, Problemas de control de la ira, Agresión, Conducta desafiante y Conducta antisocial); Problemas contextuales (Problemas con la familia, Problemas con la escuela y Problemas con los compañeros) y Problemas específicos (Consumo de sustancias, Problemas de la conducta alimentaria, Retraso en el desarrollo, Problemas de aprendizaje, Esquizotipia o Comportamiento inusual)¹³. Se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en las escalas de ansiedad y disposición al estudio, cuyas puntuaciones típicas eran iguales o superiores a 60. El SENA utiliza un sistema de respuesta Likert ordenada en un gradiente de respuestas según la intensidad de 1 a 5, (1 = nunca o casi nunca, 2 = pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = muchas veces y 5 = siempre o casi siempre). Utilizamos la versión rellenada por la familia.

El Inventario de Problemas en la Escuela (IPE)⁷. Este inventario es cumplimentado por los profesores y analiza la conducta que los alumnos pueden presentar en el colegio: problemas de aprendizaje, problemas de conducta, timidez-ansiedad, retraimiento e inadaptación escolar. De ellas se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en las áreas de dificultades de aprendizaje y de timidez-ansiedad cuyas puntuaciones percentiles eran iguales o superiores a 60. La IPE utiliza un sistema de respuesta Likert ordenada en un gradiente de respuestas según la intensidad de 1 a 3 (1 = no, 2 = a veces y 3 = a menudo).

C) Método

La administración de las pruebas aplicadas a los niños (STAIC y WISC-V) se llevó a cabo de forma individual durante el procedimiento de la evaluación neuropsicológica realizada a los mismos. El tiempo invertido en la cumplimentación del WISC-V es de entre 80 y 90 minutos, el del STAIC es de alrededor de 15 minutos y aunque se trata de una prueba de autoevaluación, fue administrada por el terapeuta. Por su parte, los padres cumplimentaron el SENA en un tiempo estimado para rellenarlo de entre 20 y 30 minutos, y los profesores el Inventario IPE, con tiempo estimado de entre 20 y 30 minutos para contestar.

D) Análisis estadísticos

En primer lugar, con el fin de comprobar si los niveles de ansiedad percibida por los sujetos se corresponden con los percibidos por los padres y los profesores, se realizó un aná-

lisis correlacional entre el STAIC y la dimensión "Ansiedad" del SENA; y el STAIC y la dimensión "Timidez/Ansiedad" del IPE, respectivamente.

En segundo lugar, con el fin de comprobar si los niveles de ansiedad percibidos por los padres se corresponden con los percibidos por los profesores, se realizó un análisis correlacional entre la dimensión "Ansiedad" del SENA y la dimensión "Timidez/Ansiedad" del IPE.

En tercer lugar, con el fin de comprobar si la disposición al estudio percibida por los padres guarda relación con los problemas de aprendizaje percibidos por los profesores, se realizó un análisis correlacional entre la dimensión "Disposición al estudio" del SENA y la dimensión "Problemas de aprendizaje" del IPE.

En cuarto lugar, con el fin de comprobar si los niveles de ansiedad y la disposición al estudio percibida por los padres guardan relación, se realizó un análisis correlacional entre las dimensiones del SENA "Ansiedad" y "Disposición al estudio".

Por último, con el fin de comprobar si los niveles de ansiedad y los problemas de aprendizaje percibidos por los profesores guardan relación, se realizó un análisis correlacional entre las dimensiones del IPE "Timidez/Ansiedad" y "Problemas de aprendizaje".

Resultados

En primer lugar, los resultados del análisis correlacional entre el STAIC y la dimensión "Ansiedad" del SENA y el STAIC y la dimensión "Timidez/Ansiedad" del IPE mostraron, en ambos casos, una relación no significativa, $r(137) = .070$, $p > .05$; y $r(137) = .008$, $p > .05$, respectivamente.

En segundo lugar, los resultados del análisis correlacional entre la dimensión "Ansiedad" del SENA y la dimensión "Timidez/Ansiedad" del IPE, mostraron una relación directa y significativa, $r(137) = .234$, $p < .05$.

En tercer lugar, los resultados del análisis correlacional entre la dimensión del SENA "Disposición al estudio" y la dimensión del IPE "Problemas de aprendizaje" mostraron una relación inversa y significativa, $r(137) = -.384$, $p < .05$.

En cuarto lugar, los resultados del análisis correlacional entre las dimensiones del SENA "Ansiedad" y "Disposición al estudio" mostraron una relación no significativa, $r(137) = .034$, $p > .05$.

Por último, los resultados de análisis correlacional entre las dimensiones del IPE "Timidez/Ansiedad" y "Problemas de aprendizaje" mostraron una relación directa y significativa, $r(137) = .173$, $p < .05$.

Discusión

- Según los resultados obtenidos, se puede observar que, la ansiedad percibida por los niños con diagnóstico de TDAH de edades comprendidas entre 9 y 15 años, no está relacionada con la percepción de la misma por parte de sus progenitores y del profesorado. Por el contrario, es relevante destacar que, la ansiedad percibida en los

niños por los progenitores y el profesorado, sí están relacionadas.

- Además, a medida que los profesores perciben más problemas de aprendizaje, los progenitores perciben menor disposición al estudio.

- Por otro lado, no se ha observado relación entre la ansiedad percibida por los padres y la percepción de la disposición al estudio de sus hijos.

- Finalmente, a medida que el profesorado percibe mayores problemas de aprendizaje en los alumnos también perciben más timidez y ansiedad en los mismos.

Es por ello que sería conveniente plantear una evaluación e intervención más exhaustiva multimetodológica y multicontextual, con el fin de realizar un abordaje integral de aquellos factores de riesgo y de protección que pudieran estar interfiriendo en la mejoría de los pacientes con los que trabajamos.

Por otro lado, a nivel metodológico, sería recomendable, en futuros estudios, aumentar el tamaño de la muestra con el fin de obtener mayor representatividad y que, además, nos permita realizar una aleatorización de los sujetos estudiados. Por último, destacar que una obtención de datos más exhaustiva e integral, permitiría realizar, además de análisis correlacionales, otros análisis estadísticos más robustos, a partir del diseño de investigación que más se ajuste al objeto de estudio en cuestión.

A pesar del interés que tiene el TDAH y la presencia de sus comorbilidades, hay una falta de investigación sobre los tópicos en los que se ha centrado nuestro estudio. Del mismo modo se ha encontrado una falta de investigación sobre las intervenciones que podrían abordar los problemas de salud mental y las dificultades socioemocionales que coexisten con las discapacidades de aprendizaje y el TDAH¹⁹.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al manuscrito.

Bibliografía

1. Bausela-Herreas E, Tirapu Ustároz J, Cordero Andrés P. Déficit ejecutivo y trastornos del neurodesarrollo en la infancia y en la adolescencia. *Rev. Neurol* 2019; 69: 461-9.
2. Rubiales J, Bakker L, Paneiva Pompa JP, Alle A, Tolaba J, Siano V. Percepción parental del perfil conductual y el funcionamiento ejecutivo en niños con TDAH según presentación diagnóstica. *Reuniones AACC, XVIII Reunión Nacional y VII Encuentro Internacional de la AACC, 2021*. En: <http://aacconline.org.ar/ocs/index.php/RAACC2021/RAACC2021/paper/view/659>
3. Abad Mas L, Moreno Madrid P, Peláez Marco V, et al. Problemas escolares en la adolescencia. *Rev Pediatr Integral* 2022; 26: 222-8.
4. Abad Mas L, Ruiz-Andrés R, Moreno Madrid F, Herrero R, Suay E. Intervención psicopedagógica en el trastorno por

- déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2013; 57 (Supl 1): S193-S203.
5. Miranda Casas A, Berenguer Forner C, Roselló Miranda B, Baixauli Fortea I, Roselló Miranda R, Colomer Diago C. Poder de discriminación del funcionamiento ejecutivo y de la teoría de la mente en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Fundamentos para la intervención. *Rev Neurol* 2017; 64 (Supl 1): S111-S116.
 6. Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2017.
 7. Miranda A, Martorell C, Llácer MD, Peiró E, Silva F. Inventario de Problemas en la Escuela IPE. En: F. Silva y C. Martorell (Comp.): Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil. EPIJ (vol. 1). Madrid: MEPSA, 1993.
 8. Spielberger CD. Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones, 1973.
 9. Wadey R, Hanton S. Basic psychological skills usage and competitive anxiety responses: perceived underlying mechanisms. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2008; 79, 363-73.
 10. Albert J, López S, Fernández A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Rev Neurol* 2008; 47, 39-45.
 11. Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans T. A. ADHD and Anxiety: Clinical Significance and Treatment Implications. *Curren tpsychiatry reports* 2017; 19: 109.
 12. Alvarado J, Guijarro C. Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años. *Revista Killkana Sociales* 2017; 1: 1-6.
 13. Fernández Medina J, Martínez Restrepo O, Parra-Bolaños N, Peña C. Percepción del ajuste clínico en escolares con TDAH. *Educación y Futuro Digital* 2016; 13: 23-34.
 14. Aguilera S, Mosquera A, Blanci M. Trastorno de aprendizaje y TDAH. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría integral* 2014; 9: 655-67.
 15. Gutiérrez M, Clemente A, Musitu G. La integración escolar: un análisis a partir de la edad de los alumnos, *Revista de Psicología de la Educación* 1990; 5: 31-42.
 16. López M. Dificultades del profesorado en el proceso de identificación del alumnado con TDAH. *Revista española de pedagogía* 2009; 67: 545-64.
 17. Wechsler D. WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V. Madrid: Pearson, 2015.
 18. Fernández-Pinto I, Santamaría P, Sánchez-Sánchez F, Carrasco MA, del Barrio V. SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones, 2015.
 19. Haft S, Chen T, Leeblanc C, Tencza F, Hoft F. Impacto de la tutoría en los resultados socioemocionales y de salud mental de jóvenes con discapacidades de aprendizaje y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Salud Mental Infantil y Adolescente* 2019; 24: 318-28.