

**TRABAJO FIN DE MÁSTER  
CURSO ACADÉMICO 2022-2023**

**UNA ATENCIÓN INTEGRAL ANTE DIFICULTADES ESPECÍFICAS  
DE APRENDIZAJE Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN  
CON HIPERACTIVIDAD**

**Postgrado:** Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Autora:** Catalina Ayuso de Paúl

**Directora:** Lluna Maria Bru Luna

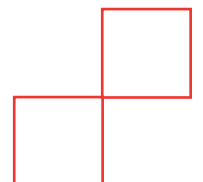
**Modalidad:** TFM de Investigación

**Fecha de depósito:** 21 de febrero de 2024

## Resumen

Los vínculos entre los trastornos emocionales y las dificultades de aprendizaje y los trastornos del neurodesarrollo han sido investigados por múltiples estudios. Sin embargo, las intervenciones no siempre abordan la perspectiva emocional de las personas. Esta investigación pretende demostrar que las personas con dificultades específicas de aprendizaje (DEA) y/o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que han recibido en su infancia tratamiento psicológico tienen menos predisposición a padecer en su etapa adulta trastornos de ansiedad o depresión. Los resultados indican que no hay diferencia significativa en la variable puntuación del BDI-II entre Atención e/ No atención psicológica, y que no hay diferencia significativa en la variable STAI-I entre Atención e/ No atención psicológica. La principal conclusión obtenida es que la intervención psicológica en edades tempranas no tiene un resultado significativo sobre las puntuaciones de los test STAI-I y BDI-II. Sin embargo, este resultado puede deberse al pequeño tamaño muestral dada la escasez de población adulta con diagnósticos de DEA y de TDAH, por la falta de recursos en la evaluación de dichos trastornos en los centros escolares durante la etapa escolar de la población de la muestra.

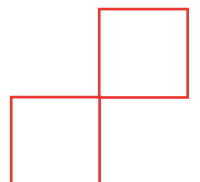
*Palabras clave:* TDAH; DEA; intervención psicológica; prevención.

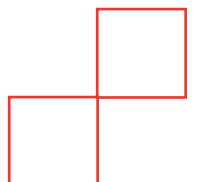


**Abstract**

The associations between emotional disorders and learning difficulties and neurodevelopmental disorders have been investigated by multiple studies. However, interventions do not always address the emotional perspective of individuals. This research aims to show that people with specific learning difficulties (SLD) and/or attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) who have received psychological treatment as children are less likely to suffer from anxiety disorders or depression as adults. The results indicate that there is no significant difference in the variable BDI-II score between Attention and/and No psychological care, and that there is no significant difference in the STAI-I variable between Attention and/and No psychological care. The main conclusion obtained is that psychological intervention at early ages does not have a significant result on the STAI-I and BDI-II test scores. However, this result may be due to the small sample size given the scarcity of adult population with diagnoses of ASD and ADHD, due to the lack of resources in the assessment of these disorders in schools during the school stage of the sample population.

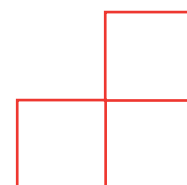
*Keywords:* ADHD; SLD; psychological intervention; prevention.





## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	6
1.1. Marco teórico .....	7
1.1.1. <i>Dificultades específicas de aprendizaje</i> .....	7
1.1.2 <i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i> .....	11
1.1.3. <i>Sintomatología depresiva y ansiosa en DEA y TDAH</i> .....	14
1.1.4. <i>Intervención en DEA y TDAH</i> .....	16
1.2. Justificación .....	17
<b>2. Objetivos e hipótesis</b> .....	19
<b>3. Metodología</b> .....	20
3.1. Diseño .....	20
3.2. Participantes .....	20
3.3. Variables e instrumentos.....	20
3.4. Procedimiento .....	21
3.5 Análisis estadísticos .....	22
<b>4. Resultados</b> .....	23
4.1 Análisis descriptivos .....	23
4.2 Pruebas de significación .....	27
4.2.1 <i>BDI-II</i> .....	27
4.2.2 <i>STAI-I</i> .....	28
<b>5. Discusión</b> .....	31
<b>6. Conclusiones y futuras líneas de investigación</b> .....	33
<b>7. Referencias</b> .....	35
<b>8. Anexos</b> .....	40



## 1. Introducción

Los vínculos entre los trastornos emocionales y las dificultades de aprendizaje y trastornos del neurodesarrollo han sido investigados por múltiples estudios (Ihbour, 2021). Sin embargo, dichas investigaciones no siempre abordan la intervención ante las mencionadas dificultades teniendo en cuenta la perspectiva emocional de las personas.

Después de varios años trabajando en el entorno escolar, la autora de esta investigación ha tenido la oportunidad de trabajar con centenas de alumnos diagnosticados de dificultades específicas de aprendizaje (en adelante, DEA) y de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (en adelante, TDAH) y ha comprobado en primera persona cómo las mismas afectan a la autoestima y vida personal de los individuos.

Un factor que ha promovido esta investigación por la controversia que genera a la autora, es que la mayor parte de estos alumnos reciben una gran cantidad de apoyo desde la perspectiva académica por las dificultades que se manifiestan en el entorno escolar, y la gran preocupación de los progenitores hacia la pérdida de facultades o a que sus hijos puedan sufrir las consecuencias de no alcanzar los requisitos curriculares.

Sin embargo, desde su experiencia ha percibido que no se ha prestado atención a los obstáculos que estos alumnos comienzan a tener en el ámbito personal, en cómo su personalidad va involucionando por la constante percepción que tienen de que no son igual de capaces que sus compañeros. Además, esta creencia es infundada en constantes situaciones en que han podido comprobar que, efectivamente, la dificultad les situaba en desigualdad de condiciones, desigualdad que muchas veces pasa desapercibida por el sistema educativo.

De este modo, este alumnado percibe<sup>1</sup>: “somos distintos” (alumno, 11 años- altas capacidades); “yo soy peor, porque dedico más horas y obtengo una puntuación más baja” (alumna, 16 años- dislexia), “yo soy más tonto, soy el que repetí curso” (alumno, 17 años- dislexia), o “yo no soy tan listo, todo me cuesta más” (alumno, 16 años- TDAH).

Este trabajo pretende demostrar que una intervención psicológica paralela a aquella enfocada en las dificultades académicas y en los déficits funcionales, que a su vez se centre en el desarrollo de la persona, desde una perspectiva social y emocional, será un factor de protección para los individuos que padecen DEA y TDAH frente a futuros trastornos de ansiedad y depresión. El motor de esta investigación es la obtención de una evidencia empírica que pueda demostrar que la intervención integral en lugar de tan sólo con abordaje académico, es fundamental para un desarrollo óptimo físico y mental.

---

<sup>1</sup> Testimonios recogidos por la autora con pacientes reales.

El orden en que se ha desarrollado esta investigación es, en primer lugar, una descripción sobre las DEA y el TDAH, así como sus consecuencias con respecto a la calidad de vida de las personas que conviven con estos factores y cómo se interviene actualmente con estos casos clínicos.

Posteriormente, se desarrollarán los objetivos de este trabajo junto con las hipótesis de investigación. Este punto llevará al siguiente, la metodología con el diseño del estudio, los participantes, las variables e instrumentos utilizados y el procedimiento.

Por último, se mostrarán los análisis estadísticos y los resultados de la investigación, con sus análisis descriptivos, la discusión y conclusiones con futuras líneas de investigación.

Será fundamental mencionar que a lo largo de esta investigación se abordará principalmente una de las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económica, medioambiental y social, Artaraz (2001), dicha dimensión es la inclusión social. Tal y como ha publicado las Naciones Unidas (2015) existen 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS), de los cuales se pretende abordar el objetivo de salud y bienestar, el objetivo de educación de calidad, el objetivo de la reducción de las desigualdades entre otros.

## **1.1. Marco teórico**

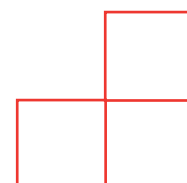
### **1.1.1. Dificultades específicas de aprendizaje**

Nicasio (1998) señala que es igual de importante recalcar y aclarar qué no es una DEA, y a qué no se debe, es decir los factores de exclusión (no es fruto de una deficiencia mental, a la ausencia de escolarización o de problemas emocionales) que a lo que sí hacen referencia estas dificultades, como son los trastornos relativos a la lectura, a la escritura etc.

Por este motivo, es interesante realizar una evaluación exhaustiva a la hora de valorar el posible diagnóstico de las mismas.

El término dificultades de aprendizaje comenzó a aparecer en los años 60 para dar nombre a un conjunto de dificultades en la lectura, en la escritura y en el cálculo, de niños cuyo rango de inteligencia en percentil estaba dentro de la media. Estas dificultades se atribuyen a un trastorno neuropsicológico. Así, Kirk (1962; citado por Hallahan y Mercer, 2002, p. 263) las definió de la siguiente manera:

“Una DA (dificultad del aprendizaje) hace referencia a un trastorno de retraso o demora en el desarrollo de uno o más de los procesos del discurso, el lenguaje, la lectura, la escritura, la aritmética o cualquier otro tópico escolar, resultado de una discapacidad psicológica causada por una posible disfunción cerebral y/o una alteración emocional o comportamental. No es el resultado de un retraso mental, una privación sensorial o factores de tipo cultural o instruccional.”



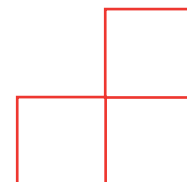
Sin embargo, fue una definición comprometida que generó muchas diferencias en el entorno profesional. Como consecuencia, Bateman (1965) trató de crear una definición que tuviese mayor vinculación entre el nivel de rendimiento con el coeficiente intelectual, con la finalidad de que fuese menos neurológica y de mayor relevancia educativa, definiendo los DEA como “una discrepancia entre la capacidad estimada de rendimiento y el nivel real de funcionamiento en esa área” (Bateman, 1965, p. 1).

Es importante destacar que en esta definición Bateman (1995) quiso aclarar que la diferencia entre la habilidad y logro no se debía a retraso mental o alteraciones emocionales o sensoriales, ni motoras. Ni que por otro lado pudieran en ningún caso estar causadas por privación cultural o educativa.

Desde entonces, numerosos trabajos comenzaron a definir criterios para poder establecer diagnósticos:

- Un criterio es un bajo rendimiento inesperado con respecto a la capacidad (Keogh, 1994; citado por Kavale, 2005).
- Reynolds (1985) indica que la diferencia entre las puntuaciones que se miden de la aptitud de la persona y el logro, debe ser lo suficientemente grande como para mostrar un alto grado de confianza ( $p < 0.5$ ) y eso no puede deberse al azar.
- El enfoque de regresión que agrega “los errores de medición tanto en los puntajes de logro previstos como en los obtenidos” (Wilson y Cone, 1984, p. 107; citado por Cahan et al., 2012).
- Kavale (2005) indicaba que las DEA deben asociarse tan sólo con niveles de logro académico significativamente inferiores al promedio de la edad.
- La determinación de discrepancias entre aptitud y desempeño académico actual, intra-cognoscitivas (e.g., retraso en el lenguaje o déficit en el procesamiento visual) e intra-rendimiento (e.g., dificultad para la comprensión de la lectura) mediante una batería de pruebas de habilidad cognitiva y de aprovechamiento normadas en la misma muestra que permite documentar la naturaleza de estas discrepancias (Woodcok et al., 1984; 2001).
- El modelo de la discrepancia relativa por el cual la determinación de la DEA depende del nivel de desempeño individual del alumno en comparación con los otros estudiantes en una escuela en particular (Peterson y Shinn, 2002). En este modelo, cobra importancia la evaluación de las “características de la ecología educativa (...) como piedra angular de la determinación de la DA” (p. 474).

Más tarde y definitivamente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) define la DEA, denominada como “trastorno específico del aprendizaje”, mediante las siguientes características (Tabla 1):





**Tabla 1**

*Criterios diagnósticos del DEA según el DSM-5*

---

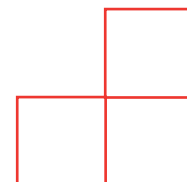
**A.** Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciada por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).
2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión, pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).
3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).
4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., incurre en múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara).
5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales; se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).
6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

**B.** Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.

**C.** Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes programados, la lectura o escritura

---



de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).

**D.** Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

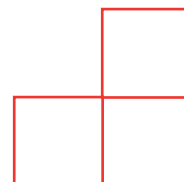
---

Fuente: extraído de APA (2013).

Málaga y Arias (2020) indican que la prevalencia de niños con DEA llega hasta un 5% de la población general infantil. Si bien señalan que estos niños son evaluados y tratados en los ambientes escolares, también añaden el factor de que en etapas posteriores deberían ser evaluadas además por un pediatra para realizar una evaluación y seguimiento completos.

Algunos de los trastornos de aprendizaje más frecuentes son:

- **Dislexia:** es un trastorno específico del aprendizaje, que se refleja a través de dificultades en la lectura, de carácter persistente y específico, que se da en niños y niñas (Ministerio de Educación, 2020). Es causada por un retraso en la maduración del cerebro, lo que resulta en dificultades para aprender a leer y escribir (Álvarez y Correa, 2021). Se manifiesta de muchas formas: incluye cambios fonológicos, sensoriales, descriptivos y lingüísticos que impiden los procesos de aprendizaje y el correcto establecimiento de las relaciones mente-cuerpo-ambiente (Barba et al., 2019). La Sociedad Madrileña de Dislexia (2022) indica que el 20% de toda la población española padece este trastorno.
- **Disgrafía:** se trata de un trastorno específico y parcial del proceso de escritura que se manifiesta en la insuficiencia para asimilar y utilizar los símbolos gráficos del lenguaje al afectarse la identificación, reproducción e interpretación de los signos gráficos. Los términos “específico” y “estable” excluyen posibles dificultades transitorias relacionadas con problemas de métodos de enseñanza o inadecuaciones del idioma relacionadas con dificultades ortográficas (Fernández Pérez de Alejo et al., 2013). Esta dificultad de aprendizaje afecta en un 60% más en los niños que en las niñas. Los síntomas que se manifiestan son una letra extraña y difícil de entender, distinto tamaño en las letras, dificultades para sostener el lápiz, para hacer trazos y organizar letras y letras con posturas incorrectas e inversas como la confusión de dichas letras (Jeraldin, 2023).
- **Discalculia:** es una discapacidad de aprendizaje que afecta la correcta adquisición de las habilidades aritméticas (Espina et al., 2022). Es una dificultad de aprendizaje que tiene impacto en el nivel de rendimiento escolar de quien la padece y en las actividades de la vida cotidiana. La discalculia se trata de un trastorno del neurodesarrollo primario, lo cual significa que no es consecuencia ni de déficits intelectuales y/o sensoriales, ni que se debe a un ambiente familiar adverso (Torresi, 2018). Según el estudio de



Benedicto López y Rodríguez Cuadrado (2019), la prevalencia de esta dificultad de aprendizaje en población escolar es de entre el 2,27% y el 6,4%.

Los niños con DEA suelen padecer dificultades en su vida académica, lo que puede tener un gran impacto en la percepción de sus capacidades y en su autoestima. Pueden aparecer emociones como la frustración y la vergüenza. Ya indicaba Roma (2023) que la mayoría de los estudiantes que padecen dislexia o cualquier otra dificultad de aprendizaje, pues no siempre hay un diagnóstico específico, desarrollan trastornos emocionales asociados. Este hecho tiene como consecuencia dificultades en las habilidades sociales e incluso ansiedad y depresión. Y en etapas posteriores encontrar problemas para introducirse en el ámbito laboral, encontrar oportunidades laborales e incluso mantener sus empleos. Esto se traduce en que tienen problemas en su estabilidad económica.

Sin embargo, con el apoyo y la intervención adecuada, estos niños podrían tener un funcionamiento adecuado en su vida diaria y futura.

### **1.1.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

El TDAH es un trastorno crónico de inicio en la infancia, que a menudo continúa en la edad adulta y que se caracteriza por la manifestación de una variedad sintomatológica relacionada con problemas de atención e hiperactividad/impulsividad propios del trastorno Abad Más et al. (2023).

Según los datos de la Asociación de Padres y Madres de niños y Adolescentes y Adultos hiperactivos y con trastornos conductuales (2016), se estima que la prevalencia del TDAH en España es de alrededor del 6.8% en la población infantil y juvenil. Guerrero (2021) indica que a pesar de lo que se piensa, es un trastorno neurobiológico del desarrollo, que tiene una gran carga genética. De ahí la importancia en el diagnóstico de recoger información acerca de posibles dificultades de los progenitores.

El DSM-5 (APA, 2013) define el TDAH como trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. Los criterios para el TDAH son (Tabla 2):

**Tabla 2**

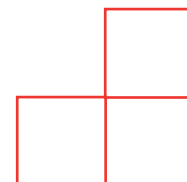
*Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-5*

---

**A.** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

**1. Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

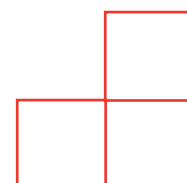
---



- 
- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
  - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
  - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
  - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
  - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
  - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
  - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
  - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
  - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

**2. Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)



---

d. Con frecuencia es Incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

**B.** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

**C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

**D.** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académica o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

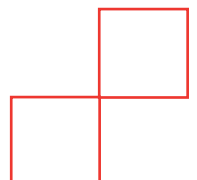
**E.** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

---

Fuente: extraído de APA (2013).

Así, el DSM-5 establece que estos síntomas deben manifestarse en al menos dos contextos diferentes (por ejemplo, en casa y en la escuela) y afectar negativamente aspectos del funcionamiento académico, laboral o social del individuo. El artículo de revisión sistemática y análisis de metarregresión de Faraone et al. (2015) recopila información de investigaciones realizadas en diferentes países y concluye que el TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico muy común en la infancia y la adolescencia.

González et al (2015) indica que los estudios de prevalencia del TDAH muestran porcentajes del 5%, con cifras mayores en niños (5-8%) que en adolescentes (2,4-5%), estos estudios se refieren porcentajes de la población general.



Dentro de las casuísticas y consecuencias de este trastorno, es interesante diferenciar los pacientes que padecen de inatención, los pacientes que padecen hiperactividad y los pacientes que padecen sintomatología mixta. El modo de tratar e intervenir con estos pacientes se diferenciará según la sintomatología presente en su día a día y sus consecuencias en su vida cotidiana.

Si bien, tal y cómo indica Alemany (2019), los pacientes con DEA y TDAH que no reciben un tratamiento adecuado pueden sufrir consecuencias en su vida social, en su conducta, autoconcepto y autoestima, y en su bienestar psicológico y emocional.

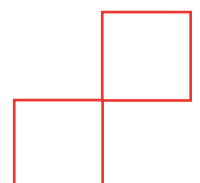
Así pues, se debe tener en cuenta, que no será el mismo modo de intervenir con pacientes con TDA, donde según APA (2013) la sintomatología prevalece en torno al déficit de atención, que intervenir con pacientes con TDAH, donde según APA (2013) prevalecen síntomas como hiperactividad e impulsividad.

### **1.1.3. Sintomatología depresiva y ansiosa en DEA y TDAH**

Es conveniente destacar, que DEA y TDAH frecuentemente presentan comorbilidad. Así, el DSM-5 (APA, 2013) señala que “el trastorno específico del aprendizaje concurre frecuentemente con trastornos del neurodesarrollo (e.g., TDAH, trastornos de la comunicación, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno del espectro autista) y otros trastornos mentales (e.g., trastornos de ansiedad, trastornos depresivo y bipolar). Además, según indica el DSM-5 (APA, 2013), “los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor ocurren en una minoría de individuos con el TDAH, aunque más frecuentemente que en la población general”.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se pueden dividir en distintos subtipos: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobias específicas, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos. En todos ellos, el DSM-5 (2013) indica una serie de criterios que se deben cumplir para poder confirmarse el diagnóstico.

En el Anexo I presentan los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, si bien, para definir la ansiedad, tal y como indica Abad Más et al. (2023), se debe tener en cuenta la diferenciación entre ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad: la ansiedad estado se caracteriza por ser modificable en el tiempo y se trata de una combinación de sentimientos, emociones, nerviosismo y reacciones fisiológicas pasajeras en el tiempo; sin embargo, la ansiedad rasgo hace referencia a disposiciones estables de los sujetos, que hacen que los individuos perciban un mayor número de situaciones como amenazantes y que, por tanto, estén más predispuestos a sufrir la ansiedad estado.



La coexistencia de DEA o TDAH con trastornos de ansiedad es relativamente común. Sin embargo, la estimación de la prevalencia específica puede variar según los estudios y las poblaciones estudiadas. Algunas investigaciones han encontrado una alta prevalencia de trastornos de ansiedad en individuos con DEA o TDAH. Por ejemplo, un metaanálisis realizado por Re et al. (2019) encontró que aproximadamente el 29% de los niños y adolescentes con TDAH también presentaban trastornos de ansiedad.

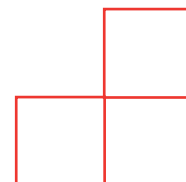
En el caso de los DEA, varios estudios han asociado su presencia con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad. Por ejemplo, un estudio de Luxton et al. (2011) sobre estudiantes universitarios con trastornos específicos del aprendizaje encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad del 31,3%.

Por otra parte, la depresión y los estados depresivos pueden entenderse como trastornos del estado de ánimo, y que se caracterizan por una sensación persistente de tristeza, pérdida de interés o placer en actividades antes disfrutadas, y una disminución generalizada de la energía y el funcionamiento. Según el DSM-5 (APA, 2013), el trastorno depresivo mayor se define como "un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades" (APA, 2013, p. 160). Además, este estado de ánimo debe ir acompañado de una serie de síntomas adicionales, como cambios en el apetito o peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades en la concentración o en la toma de decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. En el Anexo II se presentan los criterios diagnósticos de la depresión mayor.

En relación con los DEA, varios estudios han encontrado una mayor prevalencia de síntomas depresivos en individuos con este trastorno. Por ejemplo, Londoño (2022) concluye en su investigación, que dificultades de aprendizaje como la dislexia pueden conllevar problemas socioemocionales como la ansiedad y depresión. Por otra parte, el estudio de Campo (2023) indica cómo en los escolares es frecuente que estas alteraciones de carácter cognitivo vengán acompañadas de una sintomatología de ansiedad y depresión, debido la comparación con sus compañeros de curso, su bajo rendimiento escolar y al gran esfuerzo que estos escolares emplean para resolver las diferentes tareas académicas.

En cuanto al TDAH, los estudios también han asociado un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en población con este trastorno. Por ejemplo, el estudio de Yoshimasu et al. (2004) encontró una asociación entre TDAH y una mayor prevalencia de síntomas depresivos en una muestra de niños y adolescentes. Además, "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" (Abad et al., 2023).

La relación entre el TDAH y los trastornos de ansiedad y depresión es compleja y multidireccional. Aunque la dirección exacta de la relación no está clara, algunos





investigadores sugieren que tanto el TDAH como los trastornos de ansiedad y depresión pueden compartir bases neurobiológicas y factores de riesgo genéticos comunes.

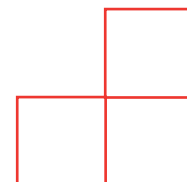
#### **1.1.4. Intervención en DEA y TDAH**

Actualmente existen distintos tratamientos para trabajar con el TDAH:

- Atención plena: Oliva et al. (2021) mostraron en su estudio la eficacia de las intervenciones basadas en atención plena. El *mindfulness* en el TDAH mostró beneficios especialmente importantes en el aspecto de la inatención. Sin embargo, al mismo tiempo sugiere que sea una intervención que acompañe a otras y en ningún modo una terapia sustitutiva.
- Entrenamiento cognitivo: Cortese et al. (2019) indican en su metaanálisis que, a pesar del aumento en el rendimiento en la memoria de trabajo de los pacientes que ponen en práctica el entrenamiento cognitivo, éste tiene efectos limitados sobre los síntomas del TDAH, por lo que debe ser complementario a otras técnicas. No obstante, es una práctica habitual en estos pacientes. Generalmente consiste en 90 sesiones de 40 minutos de duración en las que a través de un soporte informático se pone en marcha. Este tratamiento, entre otras desventajas, tiene un alto coste económico.
- *Neurofeedback*: otras líneas de intervención es el *neurofeedback*, un tratamiento basado en el trabajo con ondas cerebrales de la actividad del Sistema Nervioso Central (SNC). Se entiende que el paciente con TDAH emite un número de ondas mayor de un tipo que de otro, por lo que la finalidad de este tratamiento es invertir la emisión de ondas entre las que emite menos y las que emite más (Alfa, Beta, Theta y Delta). Mediante la conexión de unos electrodos entre el paciente y una pantalla de ordenador, se produce la emisión de las ondas correspondientes a través de refuerzos positivos al paciente (Cortese et al., 2019). Si bien, existen estudios que ponen en duda la eficacia de dicho tratamiento (Cortese et al., 2019), donde se señala que la evidencia de los ensayos con un control adecuado y medidas ciegas actualmente no establece el *neurofeedback* como un tratamiento eficaz para el TDAH.

Sin embargo, tratamientos psicológicos como la terapia cognitivo conductual, ha demostrado ser lo suficientemente eficaz como para ser el tratamiento de primera línea para los síntomas centrales del TDAH. Tal y como indican Daley et al. (2019) en su investigación, a través de las prácticas conductuales llegan a obtener beneficios enfocados en las prácticas parentales y se mejoran los problemas conductuales que comúnmente coexisten con el TDAH y son motivo de derivación. Además, es una terapia que ayuda en el funcionamiento emocional, social y académico de los niños.

En cuanto al DEA, habitualmente, cuando éste es diagnosticado, principalmente se focaliza la atención en la dificultad que se percibe a nivel escolar. El primer paso que dan los progenitores es buscar un logopeda o un terapeuta ocupacional, que en muchas ocasiones se





encuentra en el propio centro escolar (sin coste adicional) y que utilizan horas lectivas para intervenir con la dificultad y su repercusión a nivel académico.

Es poca la evidencia de progenitores que paralelamente consideren necesaria la intervención psicológica con estos alumnos. Del mismo modo, al igual que los centros escolares asignan al logopeda o terapeuta cuando el alumno padece una dificultad de aprendizaje, el tratamiento psicológico corre a cuenta de los progenitores (que en un gran número de ocasiones no pueden asumir).

En cuanto a la intervención Samaniego y Lluna (2020) mencionan la importancia del diseño del plan de intervención para trabajar con la dislexia reside en dos cuestiones: la precisión y la velocidad, refiriéndose a las principales dificultades en la lectoescritura que presentan los pacientes con dicha patología.

Con respecto a la disgrafía, la revisión realizada por Arrimada et al. (2021) muestra que las prácticas efectivas para las dificultades de escritura se centran en tres procesos cognitivos claves de la escritura: ortografía, caligrafía y habilidades de planificación y revisión textual. Algunas de estas prácticas son: modelado, refuerzo positivo, listas de palabras, relajación o autoevaluación entre otras.

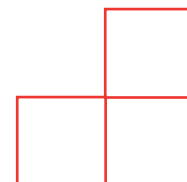
Los programas centrados en la discalculia se dividen principalmente en dos, aquellos impartidos por profesionales y aquellos de base tecnológica. Los primeros utilizan el Modelo de Respuesta de Intervención, un sistema de intervención multinivel que aumenta el rendimiento del alumnado y minimiza los problemas comportamentales. Los segundos se centran en actividades como el conteo, la suma y la resta sencilla en edades tempranas y otros programas comerciales como *Smartick*, que adaptan las actividades acomplejando los ejercicios hasta los correspondientes a la edad de 14 años.

## 1.2. Justificación

La finalidad de este trabajo pretende cubrir la necesidad de una intervención que pueda cubrir no sólo el ámbito más académico de los niños con DEA y TDAH, sino que aborde las dificultades sociales y emocionales que dichos trastornos conllevan.

Tras haber pasado varios años en el ámbito académico, la autora de esta investigación ha podido comprobar cómo los padres y madres, una vez diagnosticados dichos trastornos en sus hijos, ponen todo su foco de atención en solventar y acompañar a los niños en lo que aparentemente más dificultades suponen para éstos, los resultados académicos.

Así, dan por sentado que unos buenos resultados académicos supondrán el éxito el día de mañana a la hora de estudiar y elegir una carrera profesional. Sin embargo, observó que había un aspecto que pasaba desapercibido para los padres y madres, y era que estos mismos niños comenzaban a padecer graves problemas de autoestima, que posteriormente se manifestaban en rasgos más ansiosos y más depresivos por la falta de recursos aprendidos.

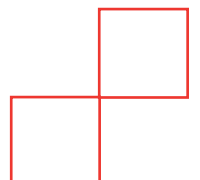


De esta manera, al mismo tiempo, puede surgir la duda de si se abordase la parte académica, sería posible solucionar de manera directa las dificultades emocionales derivadas. En la mayoría de los casos, lo que ocurre en unos contextos, salpica directamente a otras áreas vitales. Por tanto, reforzar tan sólo un aspecto, sería una intervención incompleta y habría que valorar todos los aspectos involucrados en las dificultades que estos trastornos pueden conllevar.

De forma independiente al trabajo en el ámbito escolar, la autora de este trabajo ha tenido la oportunidad de trabajar con jóvenes con TDAH en el ámbito hospitalario (Hospital Ruber Internacional), y las conclusiones que ha podido sacar y que le han incentivado a poner en marcha esta investigación han sido que los pacientes con TDAH no sólo tienen grandes comorbilidades con otros trastornos, sino que acuden a terapia cuando el origen subyacente lleva muchos años desarrollándose y sólo cuando la sintomatología es severa.

Dentro de todo este marco se puede evidenciar la necesidad de una intervención más allá de la dirigida al desarrollo y trabajo de las funciones ejecutivas, pues la repercusión de estas dificultades en el resto de ámbitos de la persona, puede llegar a repercutir directamente en la autoestima del paciente, cambiando la percepción de lo que éste puede o no puede hacer por sí mismo, y hasta dañando sus relaciones sociales y afectivas por una baja regulación emocional (factor de protección en la mayor parte de los trastornos de salud mental, incluidos los trastornos de ansiedad y depresivos).

Por tanto, según estos datos, cobraría fuerza la hipótesis que plantea este estudio: una intervención integral, teniendo en cuenta el ámbito emocional de la persona y no sólo dirigida a las dificultades académicas, podría suponer un factor de prevención para el desarrollo de futuros trastornos de ansiedad y estados depresivos en las personas que las sufren.



## 2. Objetivos e hipótesis

Tal y como indican Abad Más et al. (2023) los adultos que padecen DEA y TDAH afirman que los problemas escolares tienen un alto impacto en etapas posteriores de la vida, y que el manejo de estos trastornos de un modo eficiente en estas etapas tempranas, hubiese llevado a un mayor éxito laboral, académico y el desarrollo de una mayor autoestima y menos niveles de ansiedad.

Por ello, el objetivo general de la presente investigación es determinar si una intervención integral (en la que se atiende el ámbito emocional de la persona, además de la dificultad de aprendizaje) en niños y jóvenes con DEA y/o TDAH puede ser un factor de protección cara a futuros trastornos de ansiedad y episodios depresivos.

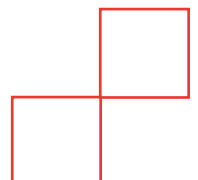
Los objetivos específicos de la investigación son:

- Comprobar si la terapia psicológica en la infancia produce mejores resultados en las puntuaciones del STAI-I en personas que sufren DEA y/o TDAH, con respecto a la intervención académica aislada.
- Comprobar si la terapia psicológica en la infancia produce mejores resultados en las puntuaciones del BDI-II en personas que sufren DEA y/o TDAH, con respecto a la intervención académica aislada.

En cuanto a las hipótesis de investigación, se espera encontrar que los pacientes con DEA y/o TDAH que han recibido de forma conjunta terapia académica y psicológica en su infancia hayan desarrollado menos trastornos ansiosos y depresivos en la adultez que aquellos que sólo han recibido terapia académica.

H<sub>0</sub>: no existe relación entre el tipo de terapia (ambas o solo académica) en la infancia y el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos en la adultez en personas con DEA y TDAH.

H<sub>1</sub>: existe relación entre el tipo de terapia (ambas o solo académica) en la infancia y el desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos en la adultez en personas con DEA y TDAH.



### 3. Metodología

#### 3.1. Diseño

La investigación presenta un diseño cuantitativo ex post-facto de tipo retrospectivo de grupos con un muestreo por conveniencia.

Se trata de un muestreo no probabilístico y no aleatorio, donde los sujetos son escogidos dada la conveniente accesibilidad y donde el investigador establece cuántos participantes formarán parte del estudio.

#### 3.2. Participantes

La población que ha participado en la investigación es población adulta con DEA y/o TDAH. Los criterios de elegibilidad para la muestra fueron los siguientes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Varones y mujeres entre 18 y 40 años que padecen TDAH.
- Varones y mujeres 18 y 40 años que padecen DEA.

Los criterios de exclusión fueron:

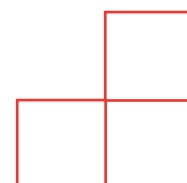
- Varones y mujeres menores de 18 años.
- Varones y mujeres mayores de 40 años.
- Varones y mujeres que no padecen TDAH.
- Varones y mujeres que no padecen DEA

Con todo esto, en la investigación han participado un total de 35 personas adultas.

#### 3.3. Variables e instrumentos

Las variables objeto de estudio (ansiedad-estado y episodios depresivos) fueron medidas a través del cuestionario de Ansiedad Estado STAI-I (Spielberger et al., 1982) y el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (Beck et al., 1996), respectivamente.

El cuestionario de Ansiedad Estado STAI-I comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden la ansiedad como estado y como rasgo. Se trata de un autoinforme que se compone de 40 ítems para evaluar dos conceptos: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. La ansiedad como estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad como rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. En este trabajo se ha buscado analizar la ansiedad-estado.



El BDI-II es un autoinforme que se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

Además, se ha empleado un cuestionario formado por preguntas iniciales para recoger características sociodemográficas de la muestra (Anexo III).

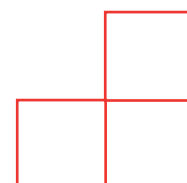
### 3.4. Procedimiento

Cabe destacar que inicialmente se propuso contar con población infantil, sin embargo, debido a un período de tiempo corto para realizar la investigación, falta de recursos, y sin la titulación adecuada (MPGS), no era viable la opción de trabajar con información sensible de menores sin el consentimiento de los progenitores, y su obtención pospondría mucho las fechas de entrega de la investigación. Ante la percepción de futuras complicaciones, se optó por trabajar con población adulta con estas dificultades o trastornos.

Sin embargo, se encontró posteriormente un obstáculo, la dificultad en encontrar población de estas características con el diagnóstico realizado, pues hace pocos años que su diagnóstico se realiza como práctica frecuente en los centros escolares. El sistema educativo de hace hasta 40 años (edad máxima de los participantes de la muestra) no contaba con la eficiencia que lo hace hoy, el diagnóstico precoz de DEA y TDAH.

Existe multitud de población con las características que se busca en la muestra, sin embargo, existe una parte significativa de la población que no es consciente de que padece dichos trastornos ni de que éstos pueden ser la causa de los problemas por los que acuden en busca de ayuda en algunas ocasiones. Un ejemplo claro es el paciente adulto con TDAH sin diagnosticar que acude a terapia en su treintena. Esto ha supuesto una gran limitación para la investigación, de ahí que la muestra final fuera una muestra significativamente pequeña, no representativa. Como problema añadido, existen personas que sin padecer ningún trastorno han contestado a la encuesta, a pesar de que en la misma se especificaba explícitamente la solicitud de respuestas con personas con TDAH y/o DEA.

Como siguiente paso, antes de iniciar la investigación, se solicitó a la Comisión de Investigación de la Universidad Europea la aprobación de la presente investigación. El código de registro fue 23268 y el dictamen fue aprobado. Tras ello, se procedió a la obtención de los datos. Éste paso se realizó mediante un formulario *Forms* (Anexo III) que se difundió vía la aplicación *WhatsApp*. El cuestionario era rellenado de manera anónima y todos los participantes debían confirmar al inicio su mayoría de edad, en caso contrario no podrían pasar a la siguiente pregunta.



A continuación, en la Figura 1 se plasman, de forma gráfica, los tiempos y fases seguidos en esta investigación.

**Figura 1**

*Línea del tiempo de la investigación*

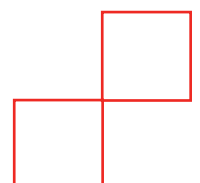


### 3.5 Análisis estadísticos

En primer lugar, con el objetivo de conocer más a fondo la muestra, se realizó un análisis exploratorio descriptivo de las variables sociodemográficas (rangos de edad, sexo de los participantes, patologías que presentan y tipo de intervención que han recibido, junto con la etapa en que esta intervención se ha llevado a cabo), recogidas por el cuestionario *Forms* que se envió a los participantes del estudio.

En segundo lugar, como se ha comentado anteriormente, el pequeño tamaño muestral de la investigación se debe a la falta de población adulta con diagnóstico específico de DEA y TDAH, por la falta de procedimientos de evaluación en la etapa de la edad escolar de esta población. Por ese motivo, se ha realizado la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney como alternativa a la prueba t de Student de muestras independientes, con el objetivo de comparar las puntuaciones de personas que han acudido a terapia, tanto para STAI-I como para BDI-II.

Para el análisis de los datos y la creación del documento se utilizará el programa R versión 4.2.2 (R Core Team, 2022) y los paquetes: psych (Revelle, 2021), ggplot2 (Wickham, 2016), CTT (Willse, 2018), semPlot (Epskamp, 2022), lavaan (Rosseel, 2012), readxl (Wickham y Bryan, 2023), kableExtra (Zhu, 2023), rstatix (Kassambara, 2023) y misty (Yanagida 2023).



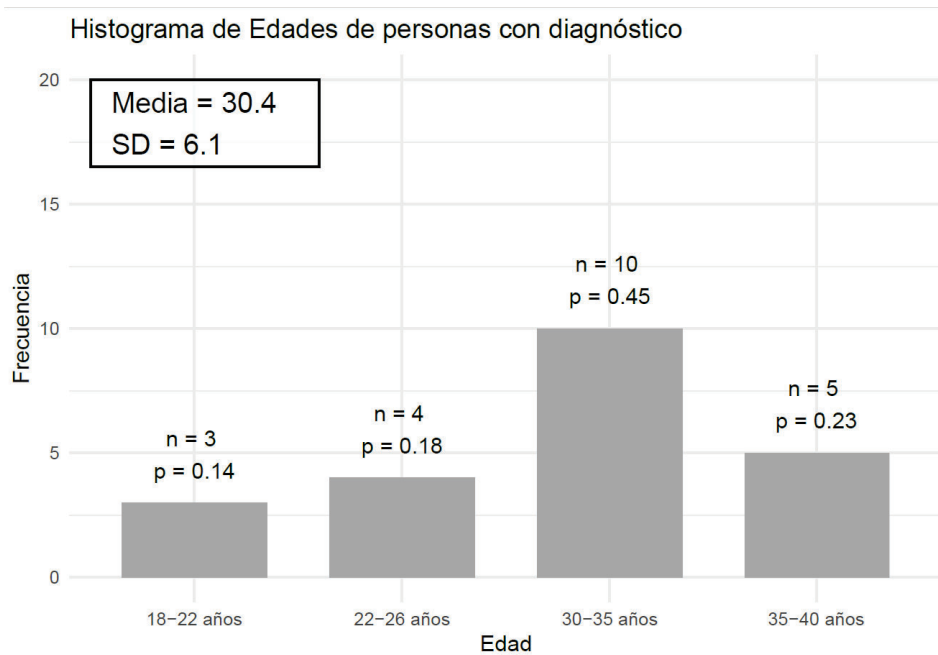
## 4. Resultados

### 4.1 Análisis descriptivos

En primer lugar, el análisis descriptivo de la muestra de esta investigación indica que el rango de edad de la mayoría de los participantes es de entre 30 y 40 años, sumando un total de hasta el 68% de la muestra. A continuación, en la Figura 2, se puede observar un histograma con los rangos de edades de la muestra.

**Figura 2**

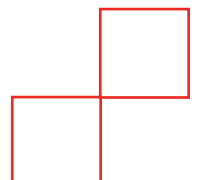
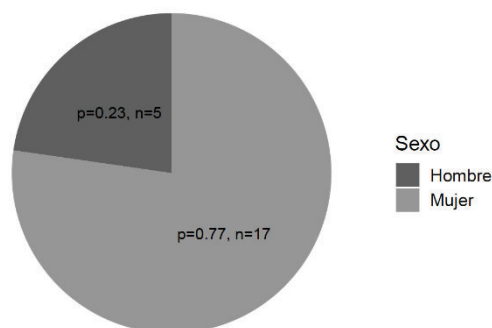
*Participantes según edad*



En cuanto al sexo, puede observarse que la mayor parte de la muestra, un 77%, son mujeres. En la Figura 3 puede observarse una gráfica con los datos.

**Figura 3**

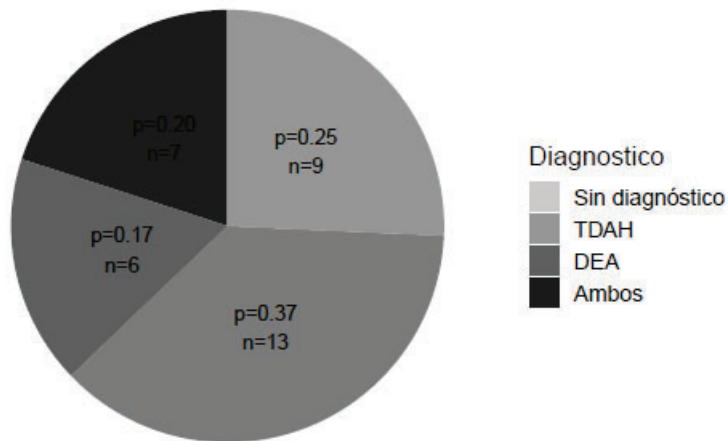
*Participantes según sexo*



Las figuras 4, 5 y 6 muestran la proporción de participantes que han sido diagnosticados con DEA (17%) y la proporción que ha sido diagnosticada con TDAH (37%), respectivamente. Del mismo modo, se puede apreciar la comorbilidad de ambos trastornos en la población de la muestra, con un 20% de participantes que padecen ambas patologías al mismo tiempo.

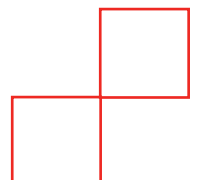
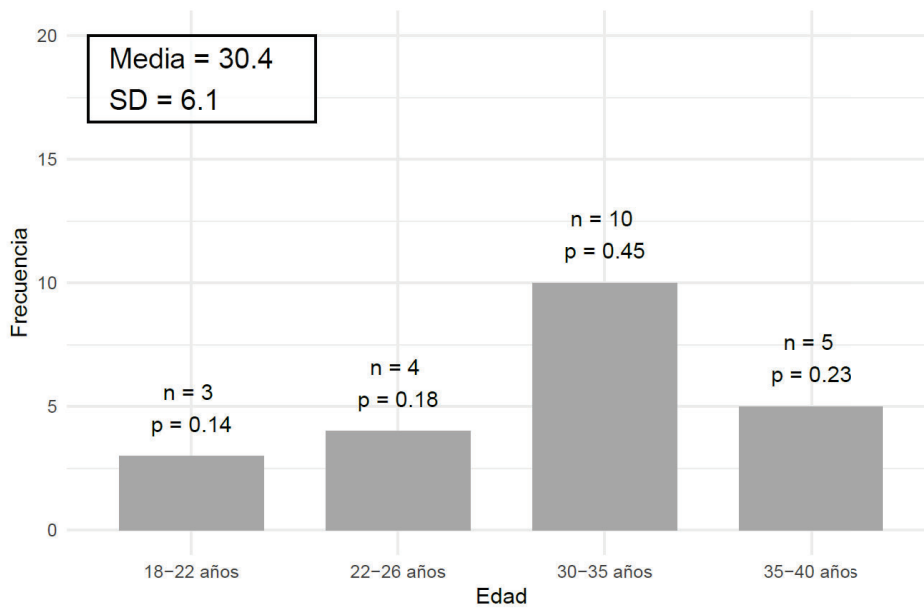
**Figura 4**

*Participantes según patología*



**Figura 5**

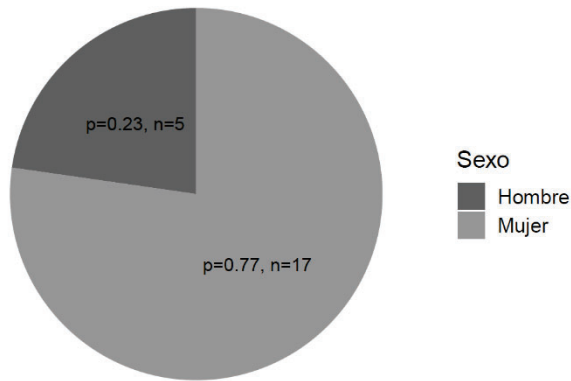
*Histograma de edades de personas con diagnóstico*





**Figura 6**

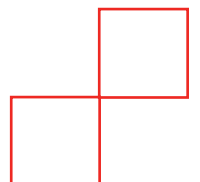
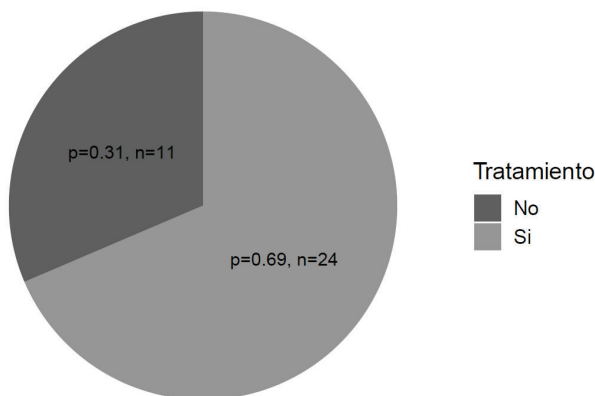
*Proporción de sexo con diagnóstico*



En las siguientes figuras (7, 8, 9 y 10), se observa que un 69% de los participantes con TDAH/DEA han recibido algún tipo de intervención. Un 40% de la población de la muestra con patología ha recibido ambos tipos de terapia, mientras que un 11% recibió terapia académica y un 28% terapia emocional. El dato que resulta más significativo es el obtenido en el gráfico de la figura 9, el cual confirma que la mayor parte de las intervenciones emocionales se llevaron a cabo a partir de los 18 años, y cómo sin embargo las terapias académicas tienen su mayor porcentaje entre los 6 y los 12 años. Así, un alto porcentaje de la población de la muestra con patología DEA y/o TDAH en su edad infantil y adolescente recibió terapia académica, y que un alto porcentaje de la muestra no recibió terapia emocional hasta su edad adulta.

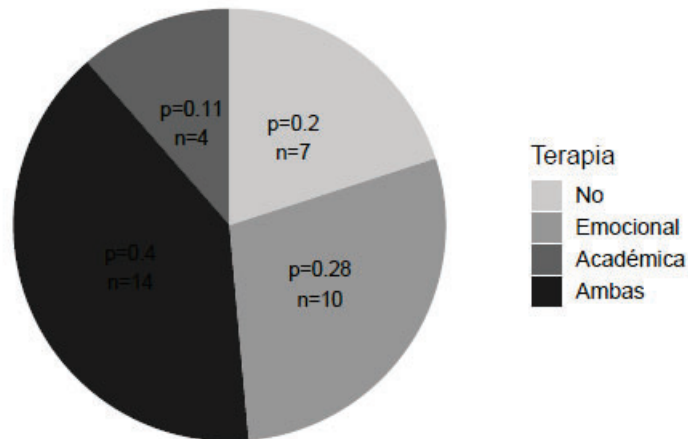
**Figura 7**

*Tratamiento recibido*



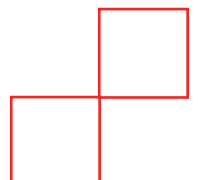
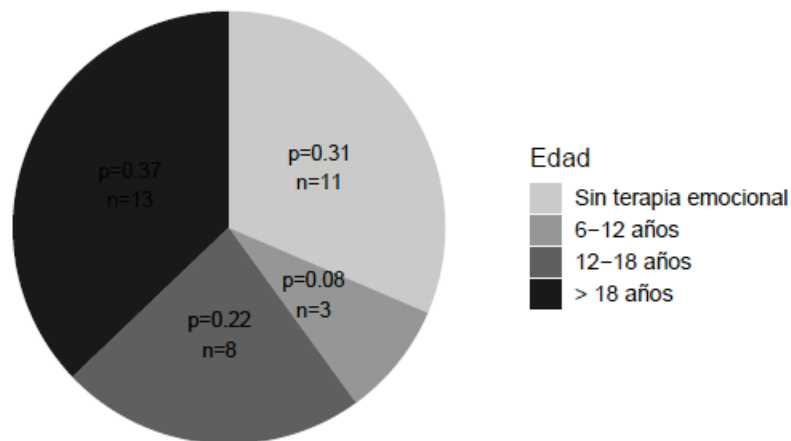
**Figura 8**

*Tipo de tratamiento*



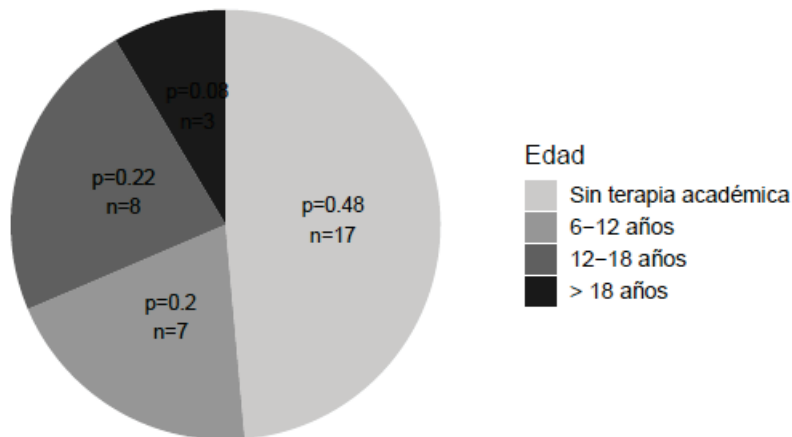
**Figura 9**

*Edades en las que se ha recibido terapia emocional*



**Figura 10**

*Edades en las que se ha recibido terapia académica*



## 4.2 Pruebas de significación

### 4.2.1 BDI-II

El tratamiento estadístico de los datos ha consistido en comprobar si en la variable BDI-II la diferencia entre la población con DEA y/o TDAH que ha recibido atención psicológica antes de los 18 años y la que no, es significativa.

Debido al pequeño tamaño de la muestra se ha procedido a utilizar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

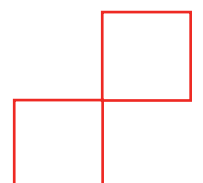
**Tabla 3**

*Resultados U de Mann-Whitney sobre las puntuaciones del BDI-II*

Variable	Grupo	Mediana	W	z	p
BDI	Atención	12.5	29.5	-0.554	0.61
	No atención	19			

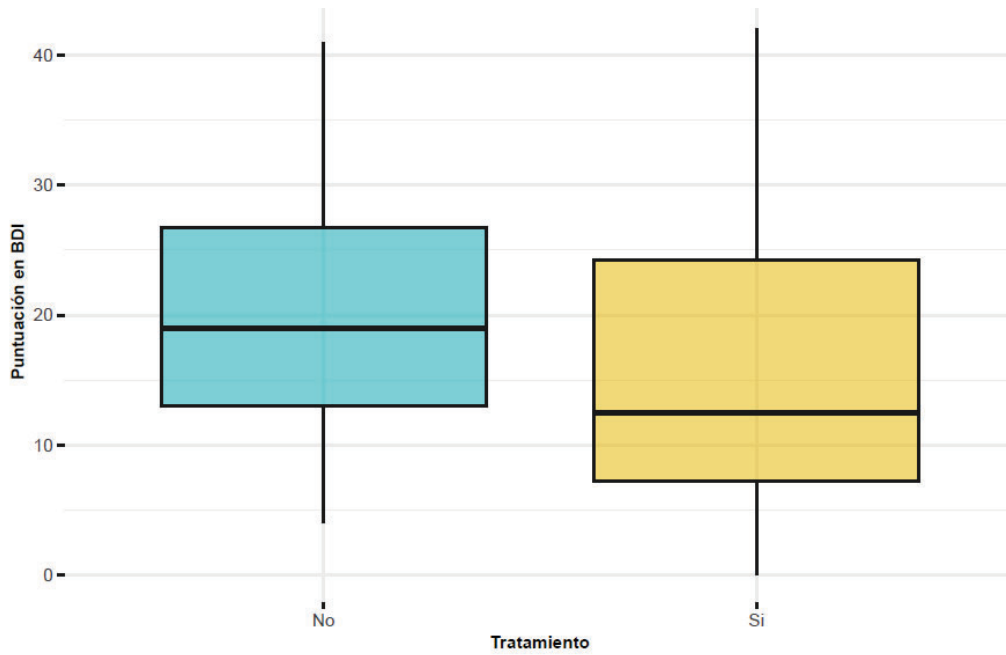
Los resultados indicaron que no había diferencia significativa en la variable BDI-II entre atención e/ No atención psicológica (U = 29.5, p = 0.61). El nivel de significación en la prueba BDI-II es de p=0.61,  $p > \alpha$ , lo cual lleva a no rechazar la hipótesis nula. La diferencia entre las distribuciones de personas que han recibido tratamiento y personas que no han recibido tratamiento no es estadísticamente significativa.

A continuación, en la Figura 11, se puede observar un diagrama de caja de las puntuaciones del BDI-II en función de si se ha recibido tratamiento psicológico o no.



**Figura 11**

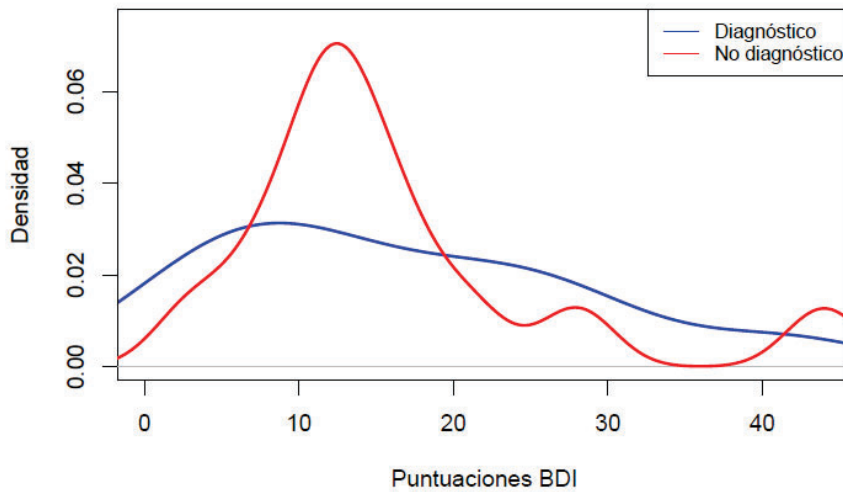
*Diagrama de caja puntuaciones BDI-II según si se ha recibido tratamiento*



En la figura 12, puede observarse la densidad de las puntuaciones del instrumento.

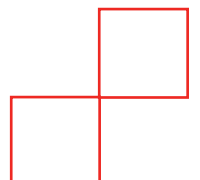
**Figura 12**

*Densidad de las puntuaciones BDI-II*



### 4.2.2 STAI-I

El tratamiento estadístico de los datos ha consistido en comprobar si en la variable STAI-I, la diferencia entre la población con DEA y/o TDAH que ha recibido atención psicológica antes



de los 18 años y la que no, es significativa. Debido al pequeño tamaño de la muestra se ha procedido a utilizar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

**Tabla 4**

*Resultados U de Mann-Whitney sobre las puntuaciones del STAI-I*

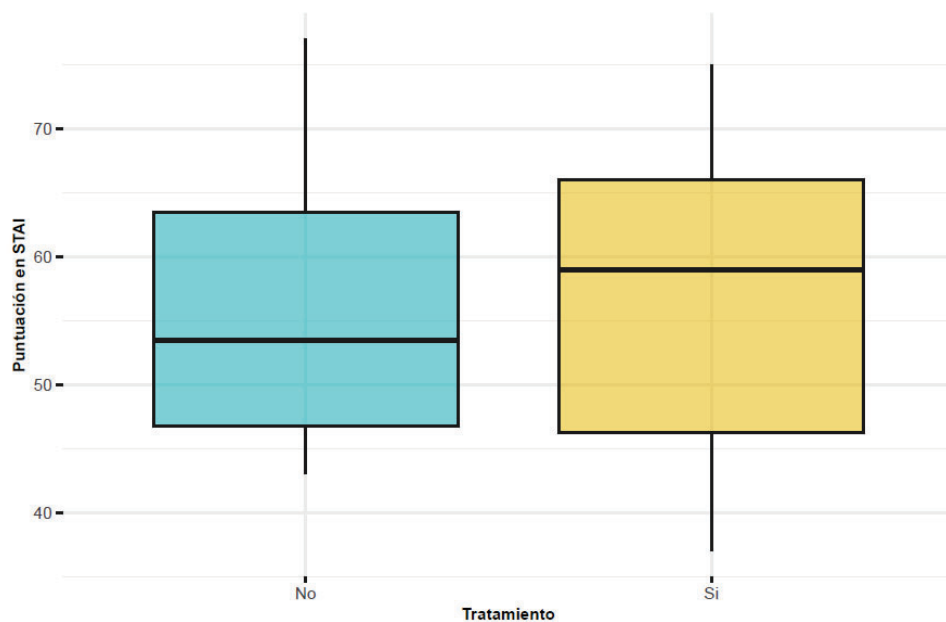
Variable	Grupo	Mediana	W	z	p
BDI	Atención	59.0	37	0.0853	0.97
	No atención	53.5			

Los resultados indican que no hay diferencia significativa en la variable STAI entre Atención e/y no atención psicológica (U= 37, p=0.97). El nivel de significación en la prueba de STAI-I es de  $p = 0.97$ ,  $p > \alpha$ , lo cual lleva a no rechazar la hipótesis nula. La diferencia entre las distribuciones de personas que han recibido tratamiento y personas que no han recibido tratamiento no es estadísticamente significativa.

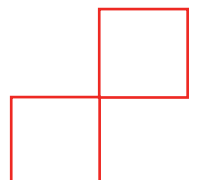
En la figura 13, se puede observar un diagrama de caja de las puntuaciones del STAI-I en función de si se ha recibido tratamiento psicológico o no.

**Figura 13**

*Diagrama de caja puntuaciones STAI-I según si se ha recibido tratamiento*

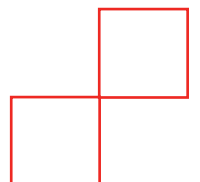
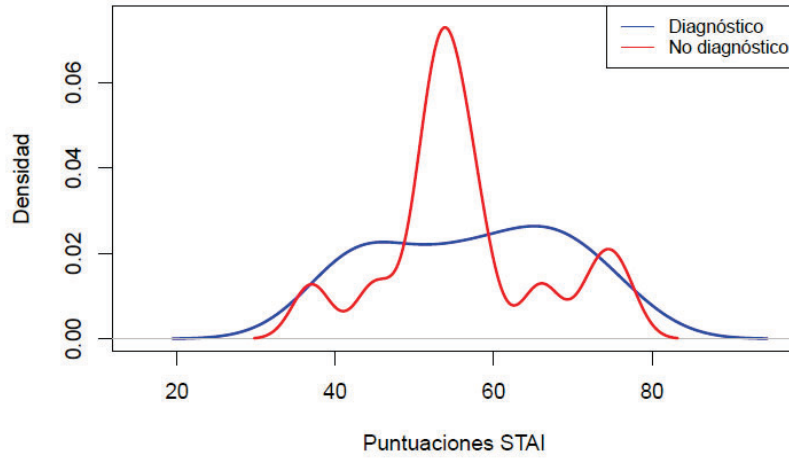


En la figura 14 puede observarse la densidad de las puntuaciones del instrumento.



**Figura 14**

*Densidad de las puntuaciones STAI-I*



## 5. Discusión

El objetivo de esta investigación es determinar si una intervención integral (en la que se atiende el ámbito emocional de la persona, además de la dificultad de aprendizaje) en niños y jóvenes con DEA y/o TDAH puede ser un factor de protección frente a futuros trastornos de ansiedad y episodios depresivos. Para su consecución, se han realizado una serie de análisis estadísticos para aceptar o refutar las hipótesis estadísticas y así cumplir con los objetivos específicos propuestos: comprobar si la terapia psicológica en la infancia produce mejores resultados en las puntuaciones del STAI-I y del BDI-II, en personas que sufren DEA y/o TDAH, con respecto a la intervención académica aislada.

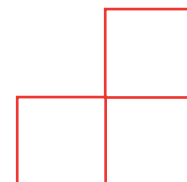
En este caso, la hipótesis nula ha sido aceptada, puesto que los hallazgos de esta investigación sugieren que los pacientes que han recibido una terapia psicológica antes de los 18 años no obtienen resultados más bajos con respecto a la sintomatología de ansiedad-estado y depresión en las pruebas de STAI-I y BDI-II que aquellos que sí recibieron terapia psicológica.

Zupparto et al. (2020) comparten en su investigación, *Las repercusiones de la Dislexia en la Autoestima, en el Comportamiento Socioemocional y en la Ansiedad en Escolares*, que las DEA han sido ampliamente investigadas desde la perspectiva neurobiológica, cognitiva y académica, pero que, sin embargo, las repercusiones emocionales y conductuales asociadas a este trastorno, en la autoestima, habilidades sociales, han recibido significativamente menos atención. Este trabajo trata de continuar esta línea de investigación, tratando de contrastar los beneficios de una intervención que contemple dichos aspectos en los menores con DEA como la dislexia entre otras.

Otros estudios, como el llevado a cabo por Pacheco et al. (2010), obtienen resultados que indican que los alumnos con DEA y los alumnos con TDAH muestran desventajas en el ámbito emocional en comparación con aquellos alumnos que no padecen DEA y TDAH. Teniendo en cuenta estos resultados, se plantea la hipótesis de intervenir psicológicamente en edades tempranas para contrastar las consecuencias en el ámbito socioemocional a causa de dichas patologías.

En este trabajo se valoran los beneficios de intervenciones con programas centrados en el ámbito psicológico, que acompañen a las ya existentes y que se encuentran meramente centradas en las funciones ejecutivas. La investigación realizada por Cepa et al. (2017) menciona la escasez que existe sobre investigación científica que evalúe la intervención en educación emocional con el alumnado de Educación Infantil y Primer Ciclo de Primaria, y cómo la mayor parte de los trabajos que hay, no abordan el efecto de dichos programas en alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

Alda et al. (2020), por otra parte, indican que las intervenciones que han mostrado mayor evidencia científica acerca de su eficacia en el tratamiento con niños con TDAH son aquellas que

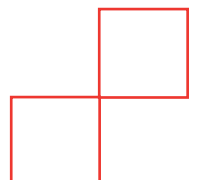


se basan en la terapia cognitivo conductual, dividiendo estas intervenciones en: terapia de conducta, entrenamiento para padres, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento psicopedagógico. Sin embargo, todas estas se centran en la modificación de la conducta, dejando de lado el proceso emocional que atraviesa el paciente internamente en momentos cruciales como la formación de su identidad, de ahí la necesidad de realizar investigaciones científicas que contemplen los beneficios que estas podrían obtener.

Según indica Alcántara (1993), la autoestima se define como la actitud que uno tiene consigo mismo, es decir la forma más habitual de amar, pensar, y comportarse con uno mismo. Son muchos los estudios que muestran el impacto que las DEA y el TDAH pueden afectar a la misma, y otros como el de Loaiza Hidalgo (2022), que resaltan la importancia en el tratamiento de DEA como la dislexia, de la inteligencia emocional.

Tal y como indica la literatura existente, los pacientes con DEA y TDAH muestran repercusiones a nivel emocional. Si bien, las investigaciones acerca de cómo se podrían beneficiar de la intervención centrada a nivel emocional, o bien son escasas, o bien se centran más en la evidencia de la modificación de la conducta (Alda et al., 2020) y la descripción de las consecuencias socioemocionales de los pacientes (Pacheco et al., 2010).

Es fundamental resaltar que las conclusiones de este estudio deben ser tomadas con cautela, ya que la muestra que se ha utilizado para el mismo no es representativa debido al alto número de personas adultas con DEA y TDAH sin diagnóstico, debido a la falta de recursos y de evaluaciones en su etapa escolar. Así, un factor que tener en cuenta, es que se ha tratado de refutar las hipótesis utilizando una muestra de una generación de personas (el 68% de la muestra con diagnóstico tiene entre 30 y 40 años) en la que la mayor probabilidad es que no hubiese habido intervención psicológica en la infancia. Por tanto, evidencia la complicación de llevar a cabo dicha investigación.

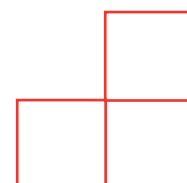




## 6. Conclusiones y futuras líneas de investigación

Esta investigación tiene como objetivo comprobar si la terapia psicológica en la infancia produce mejores resultados en las puntuaciones del STAI-I y BDI-II en personas que sufren DEA y/o TDAH, con respecto a la intervención académica aislada. La principal conclusión obtenida es que la intervención psicológica en edades tempranas no tiene un resultado significativo sobre las puntuaciones de los test STAI-I y BDI-II, sin embargo, resulta fundamental señalar que este resultado puede haberse visto sesgado por el pequeño tamaño de la muestra que, como se ha indicado previamente, se ha visto afectado por la falta de recursos que existían durante la etapa escolar de la población de la muestra para evaluar y diagnosticar DEA y TDAH. Esta investigación, aun sin demostrar su hipótesis nula, pretende formar parte de la investigación sobre una nueva forma de intervenir en los ámbitos educativos con los alumnos y pacientes con DEA y TDAH tratando de ir más allá de las adaptaciones curriculares que reciben actualmente. Si bien a lo largo de la investigación se ha recogido bibliografía que demuestra que los pacientes con estas patologías tienen mayores dificultades desde la perspectiva emocional, lo que se pretende demostrar es que, en caso de recibir terapia, al igual que se reciben adaptaciones escolares, estas dificultades podrían perjudicar menos al desarrollo individual y emocional de estos pacientes.

Gracias a esta investigación, se toma consciencia del problema que supone en este estudio, la dificultad para encontrar muestra de edad adulta que haya recibido diagnóstico de TDAH y/o DEA, y, por otro lado, la dificultad de encontrar en la misma muestra población que haya recibido terapia psicológica antes de la edad adulta, debido en parte a la falta de recursos educativos de los que se disponían durante su etapa escolar. Cabe resaltar los resultados de los grandes esfuerzos que se han hecho desde el campo de la educación y la salud mental, para aumentar el número de diagnósticos en edades tempranas, y que, en la actualidad, no se valore como opción que dichos trastornos no sean detectados, evaluados y tratados, al menos académicamente, en los centros educativos. Investigaciones posteriores deben aumentar la amplitud de la muestra. A continuación, se proponen algunas alternativas para poder recoger muestras significativas con pacientes adultos que no han sido diagnosticados de DEA y/o TDAH: en primer lugar, evaluar previamente a una muestra de la población, de modo que el diagnóstico formara parte de la investigación. A través de estas evaluaciones se garantiza una muestra significativa sobre la que investigar la repercusión que puede haber tenido el hecho de que esa población haya recibido terapia psicológica en su infancia. En segundo lugar, se sugiere la posibilidad de que esta investigación sea más eficiente con el colectivo de personas que se encuentra estudiando actualmente la Universidad (muestra de entre 18 y 22 años), pues dicho colectivo ha contado en su etapa escolar con un sistema educativo que ha contemplado las DEA

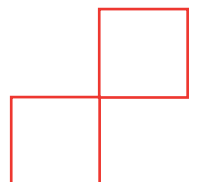


y TDAH en el entorno académico evaluando en los mismos centros, en gran parte de los casos, dichas patologías. Por tanto, se sugieren dos futuras líneas de investigación:

- Aumentar la muestra añadiendo como parte de la investigación una evaluación inicial con el objetivo de diagnosticar DEA y/o TDAH en los participantes de la muestra.

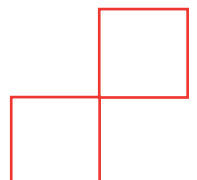
- Dirigir la investigación a una población joven adulta que sí haya recibido en su etapa escolar la evaluación y adaptaciones correspondientes a las DEA y/o TDAH.

Con dichas líneas, se podrá colaborar en la dimensión del desarrollo sostenible de inclusión social, favoreciendo la salud mental de las personas con los trastornos DEA y/o TDAH y disminuyendo, por tanto, la probabilidad de la exclusión de las mismas. Se abordarían por tanto los ODS de salud y bienestar, a través del desarrollo de tratamientos dirigidos con la finalidad de mejorar la salud mental de la población, el ODS de educación de calidad, optimizando las intervenciones de los menores con dichas patologías y, por último, el ODS de reducción de las desigualdades, favoreciendo la igualdad de oportunidades de dicha población.



## 7. Referencias

- Abad Mas, L., Moreno Madrid, P., Valls Monzó, A., Martínez Borondo, R, Ibáñez Orrico, A, Mengodbalbas, P., Mata Galve, N., y Bonnasserre, M. (2023). Percepción de ansiedad y dificultades de aprendizaje según el criterio de la familia y los profesores de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(2), 17-21. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0025-76802023000300017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0025-76802023000300017&lng=es&tlng=es)
- Alcántara, J. (1993). *Como educar la autoestima*. Editorial CEAC.
- Alda, J.A., Serrano, E., Ortiz, J., y San, L. (2015). *El TDAH y su Tratamiento*. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil Hospital Sant Joan de Déu. [https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora\\_tdah.pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf)
- Alemaný Panadero, C. (2019). Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes. *La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 11, 91-122. <https://www.redalyc.org/pdf/6721/672174444004.pdf>
- Álvarez Borboña., L. N., Fornaris Méndez, M., y Huepp Ramos, F. L. (2023). Corrección de la disgrafía óptico espacial en escolares de tercer grado. *ULEAM Bahía Magazine (UBM)* E-ISSN 2600-6006, 4(6), 25–38. Recuperado a partir de [https://revistas.uleam.edu.ec/index.php/uleam\\_bahia\\_magazine/article/view/297](https://revistas.uleam.edu.ec/index.php/uleam_bahia_magazine/article/view/297)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arrimada, M., Torrance, M., y Fidalgo, R. (2020). El modelo de Respuesta a la Intervención en escritura: revisión de medidas de evaluación y prácticas instruccionales. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 54-65. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2918>
- Benedicto-López, P., y Rodríguez-Cuadrado, S. (2019). Discalculia: manifestaciones clínicas, evaluación y diagnóstico. Perspectivas actuales de intervención educativa. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 25(1). <https://doi.org/10.7203/relieve.25.1.10125>
- Biederman, J., Mick, E., y Faraone, S. V. (2008). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 599-606. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010082
- Cajas Chuqui, F. P., y Cajamarca Criollo, O. A. (2023). Desarrollo de un entorno virtual de enseñanza para niños con problemas de aprendizaje de dislexia y discalculia en el



Centro UDIPSAI UCACUE. *MQRInvestigar*, 7(2), 473-496.  
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.2.2023.473-496>

Castles, A. y Coltheart, M. (1993). Varieties of developmental dyslexia. *Cognition*, 47, 149-180.  
[http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(93\)90003-E](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(93)90003-E)

Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Cepa Serrano, A., Heras Sevilla, D., y Fernández Hawrylak, M. (2017). La educación emocional en la infancia: una estrategia inclusiva. *Aula Abierta*, 46(2), 73-82.  
<https://riubu.ubu.es/handle/10259/6843>

Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., Van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., ... Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(9), 932–947. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>

Epskamp, S. (2022). *Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output*. <https://github.com/SachaEpskamp/semPlot>

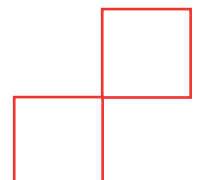
Faraone, S. V., Bonvicini, C., y Scassellati, C. (2015). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 743–753. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15070818>

Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación actual en España*. [https://www.fundacionmutua.es/actualidad/noticias/macroestudio\\_salud\\_mental/](https://www.fundacionmutua.es/actualidad/noticias/macroestudio_salud_mental/)

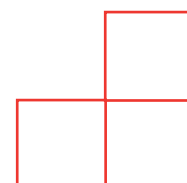
Guerrero, R. (s. f.). *El cerebro infantil y adolescente*. Libros Cúpula.

Gonzalez Collantes, R., Rodriguez Sacristan, C., y Sanchez García, J. (s. f.). Epidemiología del TDAH/ADHD *Epidemiology Revista Española de Pediatría*, 71(2), 58-61.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-156643>

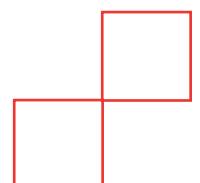
Ihbour, S., Anarghou, H., Boulhana, A., Najimi, M., y Chigr, F. (2021). Mental health among students with neurodevelopment disorders: case of dyslexic children and adolescents. *Dementia y neuropsychologia*, 15(4), 533–540. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-040014>



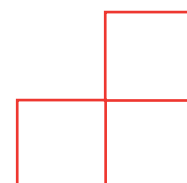
- Jeraldin Beltrán, E. (2022). Disgrafía: dificultad de aprendizaje. *Informática, Educación y Pedagogía*, 13, 7. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/runin/article/view/7544>
- Joffre-Velázquez, V., García-Maldonado, G., y Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 176-181. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50712865005.pdf>
- Jorgensen, T., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). *SemTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-4*. <https://cran.r-project.org/package=semTools>
- Joseph, R., Falk, A., Smith, S., y Wilk, A. (2023). Mood and Anxiety Disorders: Generalized Anxiety and Panic Disorders. *FP essentials*, 527, 25–33. <https://europepmc.org/article/med/37036769>
- Kassambara, A. (2023) *Rstatix*. <https://github.com/kassambara/rstatix>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Kowalchuk, A., Gonzalez, S. J., y Zoorob, R. J. (2022). Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *American family physician*, 106(6), 657–664. Recuperado el 10 de febrero de 2024, de <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1200/anxiety-disorders-children-adolescents.html>
- Loaiza Hidalgo, M.P. (2022). *Influencia de la inteligencia emocional en el tratamiento de la dislexia en niños de tercera Infancia*. Universidad hemisferios.
- Londoño Hernández, C. D. (2022). Dislexia: manifestaciones socioemocionales en el trastorno de aprendizaje y su intervención multidisciplinar. *Ciencia y Academia*, (3), 76-92. <https://doi.org/10.21501/2744838X.4486>
- Lucas Ostaiza, N. E., y Vaca Cárdenas, M. E. (2023). Estrategias didácticas para fortalecer el aprendizaje de niños con dislexia: Didactic strategies to strengthen the learning of children with dislexia. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3), 785–800. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1114>
- Luxton, D. D., Hajcak, G., y Fitzgerald, K. D. (2011). A preliminary investigation of the relationship between anxiety and error-related brain activity in patients with learning disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 393-399. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9240-z>



- Málaga I. D. y Arias J.A. (2010). *Los trastornos de aprendizaje. Definición de distintos tipos y sus bases neurobiológicas*. Serie Monográfica. BolPediatr2010\_50\_043
- Mas, L. A., Moreno Madrid, P., Valls Monzó, A., Martínez Borondo, R., Ibáñez Orrico, A., Mengodbalbas, P., Mata Galve, N., y Bonnasserre, M. (s/f). *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*. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol83-23/s2/17s2.pdf>
- Núñez. V. y Pérez. R. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Investigación educativa*, 71, 109-127. <https://rieoei.org/RIE/article/view/19>
- Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., y Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of affective disorders*, 292, 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>
- Pacheco, D. I., Díez, M. del C., y García, J. N. (2010). ¿Cómo interfiere la ansiedad, la probabilidad de actuación y la defensa de los propios derechos en alumnos con dificultades de aprendizaje en su rendimiento? *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 219–228. <https://doi.org/10.30552/ejep.v3i2.58>
- Pandah (2015). *El TDAH en España. Propuestas estratégicas*. <https://www.ampachico.es/wp-content/uploads/2016/04/PANDAH-PLAN-ESTRATEGICO-PARA-LA-MEJORA-DEL-ABORDAJE-DEL-TDAH-EN-ESPA%C3%91A.pdf>
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>
- Re, S., Hemphälä, M., Marini, M. C., Chiodo, D., Pina-Camacho, L., Foiselle, M., Vizard, T., MacMaster, F. P., Taylor, M. J., Cortese, S., y Medori, R. (2019). Prevalence of Anxiety Disorders in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18r12521. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12521>
- Revelle, W. (2022). *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*. Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. <https://cran.rproject.org/package=psych>
- Roma, M. C. (2023). Estudiantes con Dificultades Específicas del Aprendizaje en nivel superior. *Psicología del Desarrollo*, (4), 33–50. <https://doi.org/10.59471/psicologia202369>



- Romina, A. (2017). Dificultades Específicas del Aprendizaje: Hacia una Aproximación Conceptual. *Psicopedagógica*, 11. file:///C:/Users/catal/Downloads/124-Texto%20del%20art%C3%ADculo-357-1-10-20210303%20(1).pdf
- Samaniego García, E., y Lluna Pedrosa, G. (s. f.). Dislexia. *Revista Aosma*, 29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7666016>
- Sánchez, J. N. G. (s. f.). *Manual de dificultades de aprendizaje: lenguaje, lecto-escritura y matemáticas*. Narcea Ediciones.
- Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7a ed. rev.). TEA.
- Torresi, S. (2018). Discalculia del Desarrollo (DD). *Revista de la Asociación Brasileña de Psicopedagogía*, 35(108). <https://revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/579/discalculia-del-desarrollo--dd->
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Gráficos elegantes para análisis de datos*. Springer-Verlag. <https://ggplot2.tidyverse.org>
- Wickham, H., Bryan J. (2023). *readxl: leer archivos de Excel*. <https://readxl.tidyverse.org>, <https://github.com/tidyverse/readxl>.
- Willse, J.T. (2018). *CTT-package*. Classical Test Theory Functions.
- Yanagida, T. (2022). *misty: Miscellaneous Functions "T. Yanagida"*. <https://cran.r-project.org/package=misty%0A>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., y Weaver, A. L. (2004). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1357-1363. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22647074/>
- Zhu, H. (2023). *KableExtra*. <https://cran.r-project.org/web/packages/kableExtra/index.html>
- Zuppardo, L., Rodríguez Fuentes, A., Pirrone, C. y Serrano, F. (2020). Las repercusiones de la dislexia en la autoestima, en el comportamiento socioemocional y en la ansiedad en escolares. *Psicología Educativa*, 26(2), 175-183. <https://doi.org/10.5093/psed2020a4>





## 8. Anexos

### Anexo I

#### *Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5*

---

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: en los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

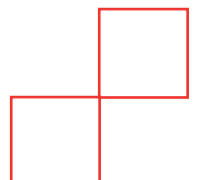
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

---





## Anexo II

### *Criterios diagnósticos para la depresión mayor según el DSM-5*

---

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante al menos dos semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer:

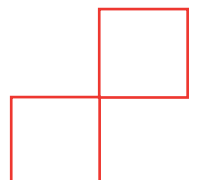
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por el propio informe o por la observación de otros.
2. Disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o ganancia significativa de peso sin hacer dieta o cambio en el apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarte.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los episodios depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, es decir, después de la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una marcada incapacidad funcional, preocupación morbosa por la inacción, ideación suicida, síntomas psicóticos o acentuada agregación sintomática.

---



### Anexo III

Cuestionario *Forms* difundido mediante la vía de la aplicación *WhatsApp*:

<https://forms.office.com/r/RidzeHh9Xs>

---

#### **Cuestionario para valorar la intervención psicológica en jóvenes con DEA o TDAH**

La Universidad Europea de Valencia está llevando a cabo una investigación sobre "La intervención psicológica en personas con dificultades de aprendizaje y TDAH ", desarrollada por Catalina Ayuso de Paúl, en el marco de su proyecto de Trabajo de Fin de Máster. Se le informa de los detalles del estudio y se le solicita su consentimiento informado para participar en él.

El fin principal de la investigación consiste en conocer cómo las variables ansiedad estado y depresión, se encuentran presentes en personas de entre 18 y 40 años que hayan recibido alguna vez una intervención enfocada tan sólo en la dificultad de aprendizaje sin haber recibido atención psicológica paralelamente, y de esta manera ayudarnos a establecer herramientas de prevención, proporcionando un abordaje integral desde un modelo biopsicosocial de salud. Todas las respuestas son válidas, no hay respuestas correctas o incorrectas.

El tiempo aproximado de realización es de 15 minutos.

Su participación en este estudio es de carácter libre y voluntario, pudiendo solicitar ser excluido/a de esta investigación y que sus intervenciones no sean consideradas en esta investigación sin justificación previa ni perjuicio para usted.

Si usted participa en esta investigación lo hace bajo su expreso consentimiento informado. La confidencialidad de su identidad será resguardada a través del anonimato de sus datos. Dadas las características del estudio los datos serán usados solamente en instancias académicas de investigación y aquellas propias de la divulgación investigativa. Se podrá consultar la información que se ha generado en cualquier momento durante la ejecución del proyecto, previa solicitud a la Investigadora Responsable del estudio, quien se compromete a brindar cooperación y proponer vías para tal acceso.

Para cualquier duda de lo anteriormente expuesto o cualquier cuestión sobre acceso, rectificación, anulación o duda que usted tenga sobre datos de carácter personal, por favor contáctese con la Investigadora Responsable, Catalina Ayuso de Paúl, a través del correo electrónico: [catalina404@hotmail.com](mailto:catalina404@hotmail.com)

Muchas gracias por la colaboración.

---

