



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE
TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL
EUGENIO ESPEJO DEL CANTÓN PELILEO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Freire Córdova, Alex Darío

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Ambato – Ecuador
Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL EUGENIO ESPEJO DEL CANTON PELILEO”, de Alex Darío Freire Córdova de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2014

EL TUTOR

.....
Dr. German Enrique Galarza Zurita

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL EUGENIO ESPEJO DEL CANTON PELILEO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2014

EL AUTOR

.....

Alex Darío Freire Córdova

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales en mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Julio del 2014

EL AUTOR

.....

Alex Darío Freire Córdova

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL EUGENIO ESPEJO DEL CANTON PELILEO”** de Alex Darío Freire Córdova, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2014.

Para constancia Firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Darío Freire

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. German Galarza Zurita por guiarme con su conocimiento para realizar esta tesis de grado bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como persona de bien. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias.

Darío Freire

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
RESUMEN.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1.-TEMA	2
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1.-CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.1.1 ARBOL DE PROBLEMA.....	8
1.2.2.-ANÁLISIS CRÍTICO.....	9
1.2.3.-PROGNOSIS.....	10
1.2.4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.5.- PREGUNTAS Y DIRECTRICES	11
1.2.6.-DELIMITACIÓN	11
1.3.-JUSTIFICACIÓN	12

1.4.-OBJETIVOS	13
1.4.1.- OBJETIVO GENERAL	13
1.4.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Antecedentes Investigativos	14
2.2 Fundamentación	18
2.2.1 Filosófica	18
2.2.2Psicológica.....	18
Fase de identificación	19
Fase de desensibilización.....	19
Fase de modificación	19
2.3 Categorías Fundamentales.....	22
2.4. Fundamentación teórica.....	23
2.4.1 Psicología clínica	23
2.4.2 Psicopatología	26
2.4.3 Trastornos por ansiedad.....	28
2.4.4 La ansiedad	35
2.4.5 Psicología Evolutiva	40
2.4.6 Psicología infantil	43
2.4.7 Trastornos del lenguaje.....	48
2.4.8 Trastornos de tartamudez infantil	51
2.5 Formulación de Hipótesis.....	56
2.5.1 General.....	56
2.5.2. Particular.....	56
2.6 Señalamiento de las Variables de la Hipótesis	56

CAPÍTULO III.....	57
METODOLOGÍA	57
3.1 Enfoque Investigativo.....	57
3.2 Modalidad de la Investigación.....	57
3.3 Nivel o Tipo de Investigación	58
3.4 Población y Muestra	58
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	59
3.6 PLAN DERECCOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	61
3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	62
CAPÍTULO IV.....	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	63
4.1.1 Test Stai de Ansiedad Anexo N° 1.....	63
4.2 Verificación de Hipótesis	94
4.2.1 Planteamiento de la hipótesis.....	94
4.2.2 Selección del nivel de significación.....	94
4.2.3 Descripción de la población.....	94
4.2.4 Especificación de lo estadístico	95
4.3. Hipótesis Particulares	99
4.3.1. El 55% de los niños padecen ansiedad producto de la afectación en el área emocional.....	99
CAPÍTULO V	101
5.1 Conclusiones.....	101
5.2 Recomendaciones	102
CAPÍTULO VI.....	103
PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	103
6.1 TEMA:.....	103

6.2 DATOS INFORMATIVOS:	103
6.2.1 Institución ejecutora:.....	103
6.2.2 Beneficiarios:	103
6.2.3 Ubicación:.....	103
6.2.4 Tiempo estimado para la ejecución:	104
6.2.5 Equipo técnico responsable:	104
6.3 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	104
6.4 OBJETIVOS	105
6.5. JUSTIFICACIÓN	105
6.6 Fundamentación técnica.	106
6.7. Modelo operativo.....	108
6.7.1. Técnica de relajamiento de J. Berges y M. Bounes.	108
6.7.2. Restructuración cognitiva	109
6.7.3. Ludoterapia	110
6.7.4. Ocupacional	110
6.7.5. Imitación positiva	111
6.7.6. Sustitutos afectivos	111
6.7.7. Rol Playing	112
6.8. Cronograma de actividades	113
6.8 Recursos administrativos:.....	116
BIBLIOGRAFÍA.....	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	62
Gráfico N° 2	63
Gráfico N° 3	64
Gráfico N° 4	65
Gráfico N° 5	67
Gráfico N° 6	68
Gráfico N° 7	69
Gráfico N° 8	70
Gráfico N° 9	71
Gráfico N° 10	72
Gráfico N° 11	73
Gráfico N° 12	74
Gráfico N° 13	75
Gráfico N° 14	76
Gráfico N° 15	78
Gráfico N° 16	79
Gráfico N° 17	80
Gráfico N° 18	81
Gráfico N° 19	82
Gráfico N° 20	83
Gráfico N° 21	85
Gráfico N° 22	86
Gráfico N° 23	87
Gráfico N° 24	88
Gráfico N° 25	89
Gráfico N° 26	90
Gráfico N° 27	91
Gráfico N° 28	93
Gráfico N° 29	94
Gráfico N° 30: Trastorno de tartamudez	95
Gráfico N° 66 Gráfico grado de libertad	98

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	62
Cuadro N° 2	63
Cuadro N° 3	64
Cuadro N° 4	65
Cuadro N° 5	66
Cuadro N° 6	67
Cuadro N° 7	68
Cuadro N° 8	69
Cuadro N° 9	70
Cuadro N° 10	71
Cuadro N° 11	73
Cuadro N° 12	74
Cuadro N° 13	75
Cuadro N° 14	76
Cuadro N° 15	77
Cuadro N° 16	78
Cuadro N° 17	79
Cuadro N° 18	80
Cuadro N° 19	82
Cuadro N° 20	83
Cuadro N° 21	84
Cuadro N° 22	85
Cuadro N° 23	86
Cuadro N° 24	87
Cuadro N° 25	88
Cuadro N° 26	90
Cuadro N° 27	91
Cuadro N° 28	92
Cuadro N° 29	93
Cuadro N° 30	94
Cuadro N° 31 Cuadros de contingencia	96

Cuadro N° 39 Cuadros de contingencia	99
Cuadro N° 68 Cuadros de contingencia	97

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL EUGENIO ESPEJO DEL CANTON PELILEO”

Autor: Freire Córdova, Alex Darío

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Fecha: Julio del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objeto principal determinar si la ansiedad tiene efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo, partiendo desde la identificación del trastorno de tartamudez infantil y su causante la ansiedad que se lo llevo a efecto con la colaboración del Patronato Municipal de Pelileo en conjunto con la Dra. Doris Torres quien es la profesional encargada del área psicológica. Luego de la observación directa de la problemática se propuso investigar a profundidad este fenómeno con lo que se seleccionó una población de 80 estudiantes los mismos que fueron evaluados de forma cualitativa como cuantitativa, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables. Mediante el test de ansiedad Stai-c para niños versión Colombia donde se medía los niveles de ansiedad ausencia de ansiedad, rasgos de ansiedad y niños con ansiedad, en cual se obtuvo un 58% de niños que presentaban ansiedad lo cual ratifico la hipótesis de que la ansiedad si tenía efecto sobre los trastornos de tartamudez infantil.

También se utilizó un cuestionario estructurado sobre la tartamudez infantil el mismo que fue aplicado a los padres de los niños sujetos a investigación para determinar cuál es la fase de tartamudeo que presenta su hijo, fase inicial, fase intermedia o la fase avanzada donde el 61% de los evaluados presento signos y

síntomas de tartamudez intermedia siendo este el grupo más significativo de la muestra obtenida.

Por lo cual se ha intervenido sobre la ansiedad en los niños con el modelo cognitivo conductual, con la Terapia racional emotiva en niños y adolescentes para intervenir en la liberación y descarga de ansiedad.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, TARTAMUDEZ_ INFANTIL, COGNITIVO_ CONDUCTUAL, TERAPIA _RACIONAL _EMOTIVA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"ANXIETY AND ITS EFFECT ON CHILDREN STUTTERING
DISORDERS IN CHILDREN OF RURAL SCHOOL EUGENE PELILEO
MIRROR OF CANTON"**

Author: Freire Cordova Alex Dario

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Date: July 2014

SUMMARY

This research study was to determine whether the principal is effective in anxiety disorders of childhood stuttering in children of rural schools Eugenio Espejo Canton Pelileo, starting from the identification of child stuttering disorder and anxiety causing it took effect with the collaboration of the Municipal Pelileo together with Dr. Doris Torres who is in charge of psychological professional area. After direct observation of the problem was proposed to investigate in depth the phenomenon whereby a population of 80 students selected the same that were evaluated qualitatively and quantitatively, using a joint research partnership level variables. By test anxiety Stai-c Kids Version Colombia where anxiety levels absence of anxiety, trait anxiety and children with anxiety was measured, in which 58% of children presenting with anxiety which affirm the hypothesis that was obtained anxiety if it slips on disorders of childhood stuttering.

A structured childhood stuttering questionnaire the same that was applied to parents of children under investigation to determine the phase of stuttering presenting her son, initial phase, middle phase or phase was also used advanced where 61% I present the evaluated signs and symptoms of this intermediate stuttering the most significant group of the sample obtained.

Wherefore he spoke on anxiety in children with cognitive behavioral model with rational emotive therapy in children and adolescents to intervene in the release and discharge anxiety.

KEYWORDS: ANSIEDAD, _ STUTTERING INFANTIL, _ COGNITIVE CONDUCTUAL, _TERAPIA _RATIONAL _EMOTION.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la tartamudez son términos que se relacionan muy bien ya que el primero de estos es más habitual de los trastornos del estado de ánimo y es el precursor de diferentes trastornos entre los que se le puede relacionar a la tartamudez.

El termino tartamudez hace referencia a una forma de hablar interrumpida por una serie de alteraciones como repetición de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso.

Estas dificultades aparecen de una manera involuntaria y con frecuencia inusual, así mismo se pueden observar signos de esfuerzo o movimientos en alguna parte del cuerpo, asociados la dificultad del habla.

También es característico del trastorno que estas alteraciones se presenten de forma variable; es decir no aparecen en todas la ocasiones en las que el niño habla, ni con la misma intensidad, es posible que al niño se lo fluido en algunos días o temporadas, volviendo después a aparecer el habla alterada.

Asimismo la tartamudez puede variar en función de las circunstancias que rodean al niño mientras está hablando, el niño puede influir la presión comunicativa de la situación, la actitud del interlocutor, el tema de conversación o la emoción que sienta en ese momento.

Por otro lado, las situaciones que sean demandantes más demandantes o exigentes para él pueden aumentar sus dificultades, mientras que las trasmitan relajación o tranquilidad inciden en la disminución de errores.

Por lo cual la ansiedad es el resultado de todas estas conductas de anticipación y de temor a no poder hablar bien, con la consiguiente alteración somática (sudoración de manos, tensión muscular, pulsaciones perceptibles o alteraciones de la respiración). De esta forma el niño puede comentar que siente una tensión en la garganta, que el corazón le late deprisa o que le falta aire a veces cuando habla o se atasca.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.-TEMA

LA ANSIEDAD Y SU EFECTO EN LOS TRASTORNOS DE TARTAMUDEZ INFANTIL EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA RURAL EUGENIO ESPEJO DEL CANTON PELILEO.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.-CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO

(VIRUES 2005), Licenciada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, en su estudio sobre ansiedad propuso a través de la aplicación experimental la intervención de métodos y técnicas mentales al personal de la Sociedad Financiera, los datos muestran una tendencia del 80% de presencia de ansiedad en el pre test lo cual es algo significativo, ya que existe también un 10% de máximo. En si cada sujeto presenta un nivel de ansiedad a considerar, los niveles de ansiedad mostrados fueron 0% ausente, 3% ligera, 7% medio, elevado 80%, y máximo el 10%. Otro indicador importante es en el nivel pre test la tendencia a la ansiedad en el nivel medio 7%, elevado 86%. En cambio en la etapa de intervención, la tendencia es hacia la disminución de 7%, hasta la reducción de 93% ligera.

Según (Fernández 2011), en su libro “El tratamiento de la tartamudez en niños” “El tartamudeo tiende a comenzar a alrededor de los tres años de edad, donde menciona que cuatro de cada cinco niños deja de tartamudear sin intervención, a menudo en el transcurso de dos años”.

Pero uno de cada cinco seguirán tartamudeando de forma persistente y la terapia temprana puede ofrecer beneficios importantes. Estudios previos en Colombia llevaron un seguimiento de un grupo de niños desde la edad de los ocho años hasta la adolescencia donde se pudo determinar que existen conductas asociadas al tartamudeo.

Con frecuencia estas alteraciones en el ritmo del habla pueden estar asociadas a otras conductas como esfuerzo al hablar, ansiedad pensamientos anticipatorios, emociones negativas, conductas de evitación y retraimiento social. El resultado de la fluidez, dicen los investigadores, es importante porque muestra que la prueba puede ser utilizada en los niños que no están afectados, lo cual tiene que hacerse para poder identificar problemas. Oliver, (2009).

Los científicos Marcos de León y Raquel del Castillo (2011) también encontraron que la llamada 'repetición de palabras completas no era un indicador confiable del tartamudeo persistente. Se encontró que los síntomas clave eran la prolongación de fracciones de palabras, la repetición parcial de palabras o el 'bloqueo' de la primera parte de una palabra.

El profesor Peter Howell, quien dirigió la investigación, expresa que si podemos identificar a los niños en riesgo de tartamudeo, entonces podemos ofrecer intervenciones apropiadas para ayudarles lo más pronto posible. La escuela primaria es un periodo clave en el desarrollo infantil y cualquier ayuda para combatir los problemas potenciales de comunicación hará una gran diferencia en la vida del niño. Howell, (2010).

La ansiedad sería uno de los factores principales por lo cual los niños tienden a tartamudear en edades tempranas ya que la separación del niño del vínculo del hogar al partir a un nuevo ambiente como el educativo le produce un angustia y

tiende a no tener una buena relación interpersonal afectando la fluidez en la comunicación. Almonte, (2009).

La ansiedad es el resultado de todas estas conductas de anticipación y de temor a no poder hablar bien, con alteraciones somáticas como: sudoración de manos, tensión muscular, pulsaciones perceptibles o alteraciones de la respiración. De esta forma el niño puede comentar que siente una tensión en la garganta, que el corazón late deprisa o que le falta aire a veces cuando habla o se atasca.

Hay evidencias sobre las características evolutivas del trastorno es decir el tartamudeo muestra diferentes manifestaciones a lo largo del desarrollo. Se ha planteado distintas clasificaciones de las etapas del trastorno desde su inicio, la falta de fluidez en su forma más simple al comienzo en la adquisición del lenguaje y el habla y que se van complicando en función de las influencias ambientales y de los factores del desarrollo y psicosociales. A medida que el niño va creciendo, factores como las correcciones sobre su forma de hablar o el estrés pueden facilitar que los de fluidez se mantengan y se cronifiquen. Barlow, (2001).

MESO

En Perú, un estudio realizado por la Dr. (Latorre 2009), en jóvenes entre 15 y 19 años, seleccionadas por muestreo no probabilístico y otro grupo de comparación equivalente constituido por mujeres adultas entre 20 y 35 años; con el objeto de identificar la presencia de ansiedad y los factores asociados a esta, para lo que se utilizó un diseño de corte transversal comparativo. A través de una encuesta estructurada directa en aquellas mujeres que acudían a control hospitalario del MINSA del último trimestre del año, con el objeto de determinar los niveles de ansiedad y los factores asociados a este grupo, las pruebas consistentes fueron aplicadas 50% a gestantes adolescentes y 50% a adultas, la ficha de encuesta incluye datos generales en la escala de ansiedad de Hamilton fue aplicada personalmente con una mujer sin dificultades.

Se encontró que los niveles de ansiedad en mujeres adolescentes son mayores en comparación con las mujeres adultas, además el único factor con asociación estadísticamente significativa a ansiedad en adolescentes fue la diferencia de edad.

A nivel de Ecuador encontramos investigaciones de interés de profesionales a nivel psicológico. Según la información de (Bologay 2010), de las experiencias que tuvo como Psicólogo Clínico en el Hospital Baca Ortiz; en su libro indica Según el especialista en temas relacionados con el desarrollo saludable de los niños y adolescentes, no existe una aflicción más devastadora para los niños que el tartamudeo. "Desafortunadamente esto los convierte por lo general en el blanco perfecto de toda broma en la escuela, lo cual solamente empeora las cosas. Existen soluciones para el tartamudeo infantil pero se requiere de mucho tiempo y esfuerzo por parte de todos quienes rodean a los niños que la sufren. No solamente involucra a los padres sino que, a menudo, la guía de un experto en el campo se vuelve imprescindible".

El tartamudeo en los niños por lo general comienza alrededor de los tres años, a pesar de que pudiera no aparecer hasta los seis. Este problema pudiera ser causado por el medio que le rodea, la ansiedad u otros problemas y, en algunos casos, desaparecerá con el crecimiento infantil. Otros casos pudieran requerir de algún tipo de terapia o tratamiento. Afortunadamente, algunas instituciones educativas cuentan ahora con terapeutas del habla quienes trabajan con aquellos estudiantes que manifiestan esta clase de problemas y, en caso de no contar con esos profesionales, referirán al alumno a través de sus padres a alguien que pueda ayudarles. Los profesionales enfatizan en la necesidad de darle al niño el tiempo suficiente para pensar antes de decir algo y ayudarle a que se relaje frente a esa incomodidad que le causa el tartamudeo. "Si el niño está tenso o bajo presión debido a que los otros niños se burlan de su condición, el tartamudeo sin duda se agravará"(Almonte 2009).

Por fortuna, muy pocas personas sufren de este problema hasta la adultez. Ya sea que hayan tenido una terapia durante la infancia y juventud o simplemente porque fue desapareciendo con el tiempo, lo que fue un dilema en el pasado suele

evaporarse y no dejar rastro alguno. La parte más complicada del problema se presenta cuando debido a los nervios que causa el intentar poner fin al tartamudeo, este se torna incluso más evidente. Esos niños y esas personas adultas que sufren de ello necesitan el consejo de un terapeuta de lenguaje o alguien con experiencia en este campo para poder mejorar su condición, (Correa 2009).

MICRO

Según el ministerio de salud, los casos nuevos de ansiedad pasaron de un poco más de 9.000 en el 2008 a cerca de 13.000 el 2009, de ellos 5.876 afectaron a mujeres en el 2008 y 8.407 en el (2009).

Es llamativo y fácilmente entendible que Pichincha y Guayas son las provincias más afectadas y que en provincias como Bolívar o Galápagos donde la vida y sus costos trascurren de otra manera casi no se la diagnosticaba aunque del 2008 al 2009 los casos se han duplicado en Bolívar y han pasado de 3 a 51 en Galápagos. En Chimborazo y Tungurahua los casos han disminuido en el periodo analizado, también Sucumbíos en donde paso de 215 a 74.

En la ciudad de Pelileo la tartamudez, disfemia o gagera es un trastorno en el lenguaje que no ha sido evaluado ni tratado en terapia ya que no existe un profesional especializado que se haya dedicado al tratamiento de este trastorno menos aun en la institución educativa “Eugenio Espejo” así lo supo manifestar el 15 de Enero del 2014 en una entrevista la Dr. Doris Torres Psicóloga Clínica titular del GAD de la ciudad de Pelileo.” Dando su criterio sobre la tartamudez y definiendo como un trastorno que se caracteriza por interrupciones involuntarias en el hablar fluido de la persona. Pero no sólo se relaciona con la fluidez, también con la organización temporal del habla. Este mal suele desarrollarse en la niñez cuando se presiona al pequeño a expresarse de manera correcta. Allí el niño se siente exigido a hablar bien y toma conciencia de los errores que está cometiendo y esto empeora su manera de hablar.”(Torres 2013).

Según el Dr. (Villa 2013) Psicólogo Clínico experto en trastornos psicológicos infantiles. Se han establecido cuatro tipos de causas de este mal. “En primer lugar puede tener un origen genético, es decir, que sea transmitido de manera hereditaria por los padres. Otra característica que influye es el sexo, ya que los hombres son más proclives a sufrir de tartamudez disfemia. Una tercera causa es el origen psicolingüístico: éste se manifestaría cuando una persona asocia, de manera inconsciente, el significado de un concepto a la imagen más que a la palabra que lo representa. Esto provoca mayores dificultades a la hora de querer expresar lo que se está pensando. Por último, puede ser provocado por un trauma, es decir, cuando una persona se ve enfrentada a un choque emocional o sometido a períodos de mucha tensión. Esta es la menos común.”(Villa 2013).

1.2.1.1 ÁRBOL DE PROBLEMA

EFFECTOS

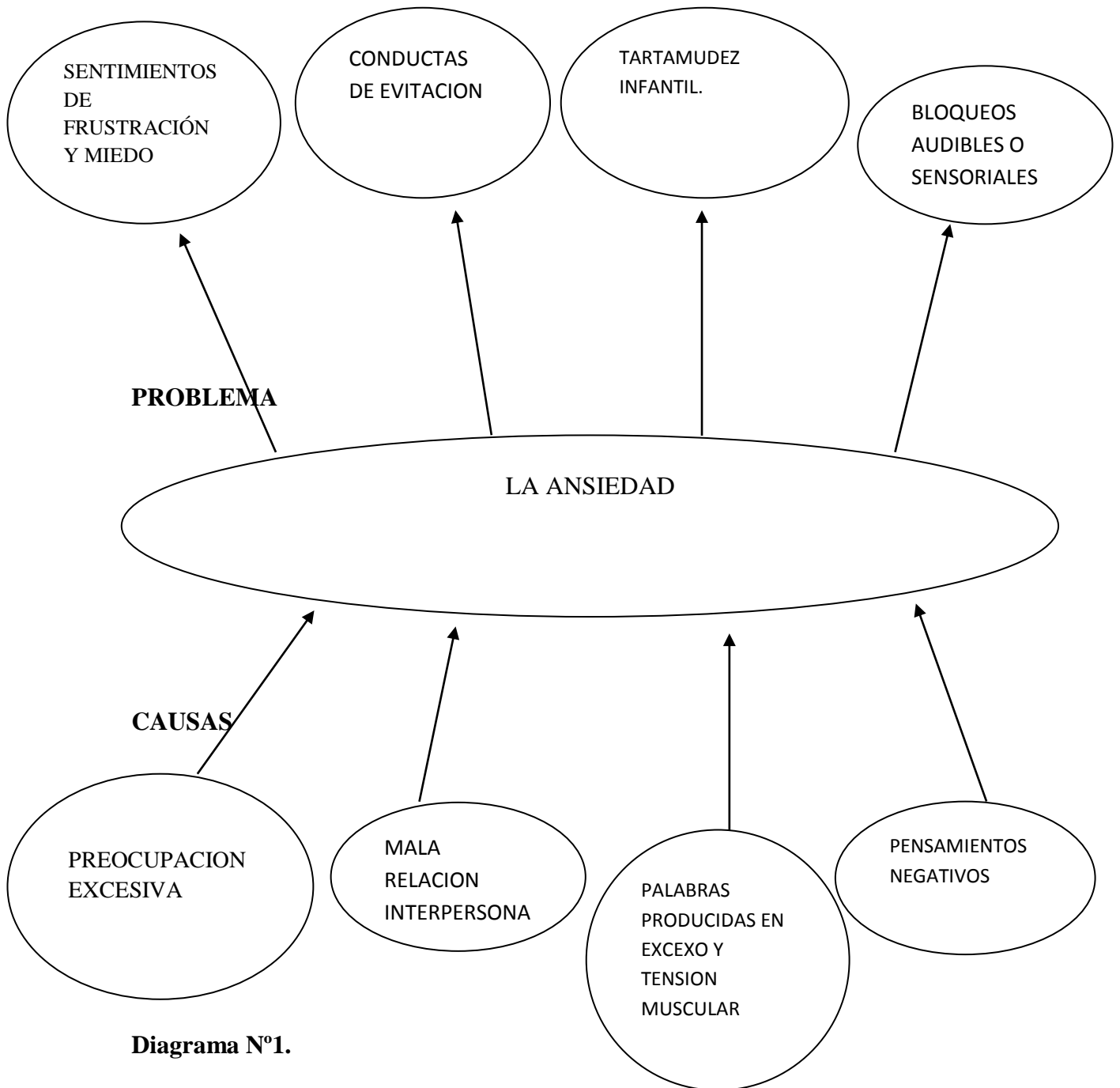


Diagrama N°1.

Elaborado por: Freire Darío.

1.2.2.-ANÁLISIS CRÍTICO

Es de mucha importancia abordar el tema de la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños ya que este tema no se lo ha evaluado en ningún aspecto en la institución educativa investigada.

La ansiedad que se produce en los niños está relacionada con una preocupación excesiva por el nuevo ambiente como el escolar que año a año se va innovando para los niños lo cual les va produciendo sentimientos de frustración y miedo que a su temprana edad no saben cómo manejar este tipo de emociones.

Las conductas de evitación van de acuerdo a la situación que el niño enfrente. Esta tendencia a evitar hablar está relacionada con la experiencia negativa acumulada y con la ansiedad o temor a tartamudear que el niño a podido experimentar a lo largo del tiempo y llega a afectar su relación interpersonal con terceras personas.

Las alteraciones somáticas que presentan los niños están directamente relacionadas con el esfuerzo que hacen los niños al hablar lo cual causa una tensión en los músculos de la cara y en los órganos implicados en la respiración esto debido a factores estresantes que van acompañados de movimientos de la cabeza, boca abierta o movimientos en manos y piernas junto al bloqueo en una palabra.

En otras ocasiones se puede percibir un aumento del volumen de la voz asociado a la repetición o al bloqueo al hablar, estos signos indican que el habla está siendo dificultosa.

De la misma forma las experiencias negativas prolongadas influyen en los pensamientos y actitudes que genera el niño en relación con su dificultad para hablar.

Estos pensamientos son habituales al enfrentarse al tartamudeo y caracterizan también al trastorno, así se instauran pensamientos de temor o de anticipación, y el niño anticipa que se van a burlar o que se va a atascar con alguna palabra que

considera difícil o ante situaciones o personas que teme a veces con bloqueos audibles o sensoriales utilizándolo como una forma de escape.

1.2.3.-PROGNOSIS

En la actualidad la tartamudez infantil en los niños de puede convertirse en una dificultad grave porque este tipo de individuos son los más vulnerables y los de mayor predisposición a los cambios emocionales, presentado diversas conductas asociadas como: fuerza al hablar, ansiedad, conductas de evitación, pensamientos negativos e incluso relaciones sociales alteradas.

Lo cual nos lleva a buscar y desarrollar mecanismos de ayuda en el área psicológica clínica necesario al grupo de individuos que se ven afectados con esta alteración, para lograr los objetivos y metas trazadas es fundamental el apoyo de; padres de familia, profesores, familiares y personas que se encuentren en el entorno de estos niños para lograr un desarrollo en la fluidez de su lenguaje y en disminuir sus niveles de ansiedad.

Al no prestar atención a este tipo de individuos y sus manifestaciones patológicas podría darse dificultades de mayor índole como depresiones graves y hasta llegar al suicidio en niños o adicciones severas a sustancias, pero esto solo serían algunas de las consecuencias de no intervenir en este problema que cada vez va incrementando.

En general puede verse afectado el desarrollo del niño y claramente su habla y destreza del lenguaje llegando a afectar la actitud del niño ante sus dificultades de fluidez, como también es de mucha importancia la reacción de las personas para la comunicación del niño y la actitud que tomen personas significativas de su entorno sobre el modo de su expresión.

Los factores psicosociales son los que verdaderamente llegan a afectar y a fomentar el trastorno en los niños como: la atención prestada a los errores de lenguaje que puede generar temor y ansiedad, un alto nivel de exigencia de los padres puede

mantener el problema y las situaciones de estrés o conflictivas que vive el niño pueden ser factores desencadenantes de la dificultad.

1.2.4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera los efectos de la ansiedad inciden en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio espejo del Cantón Pelileo?

Variable Independiente

La ansiedad

Variable Dependiente

Trastornos Tartamudez infantil

1.2.5.- PREGUNTAS Y DIRECTRICES

- ¿Qué nivel de ansiedad presentan los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo?
- ¿Qué grado de trastorno de tartamudez infantil es el que predomina el en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo?
- ¿Es posible la intervención psicoterapeuta para la tratar la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil de los niños a través de una propuesta?

1.2.6.-DELIMITACIÓN

Tiempo: Marzo – Septiembre 2013

Espacio: Tungurahua

Pelileo

Escuela “Eugenio Espejo”

Unidad de observación: Niños de 7 a 12 años

Campo: Psicológico

Área: Psicopatología

Aspecto: Trastornos de ansiedad

1.3.-JUSTIFICACIÓN

Se ha elegido a la población de los niños porque son los más vulnerables debido a que sufren muchos cambios es esta etapa de su vida uno de los principales el cambio de ambiente, el paso del ambiente seguro del hogar a otro como es el ambiente escolar donde tienen que desarrollarse de manera independiente por lo que es importante tratar las dificultades de este tipo de individuos.

Este cambio de ambiente produce en los niños niveles de ansiedad que pueden tener como efecto un trastorno de tartamudez infantil que es un tema complicado de tratar por lo que es un tema de investigación nuevo.

El problema planteado es original más aun en los niños por lo que es de mucha importancia el conocer este tipo de patologías que se encuentran dentro del desarrollo evolutivo de los niños y qué tipo de ayuda podemos brindarles.

Es importante realizar un estudio sobre la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil de una institución educativa rural ya que en la misma solo se han tratado problemas de aprendizaje dejando de lado la parte emocional de los niños y el origen de sus dificultades emocionales.

El estudio de esta investigación puede beneficiar a los niños en primera instancia ya que son una prioridad, pero también puede ayudar a sus padres a

girarlos de mejor manera y a tomar decisiones más asertivas sobre la importancia de las emociones de sus hijos.

El impacto de esta intervención en los niños puede ser positivo ya que los mismo pueden tener desarrollo evolutivo fluido y darse apoyo entre si y al estar con un bienestar emocional estos pueden desarrollar todo su talento tanto dente la institución educativa, en sus hogares y en todo ámbito que se encuentren.

Es factible realizar la investigación propuesta ya que existe la autorización pertinente de la institución y de las personas involucradas en la misma.

1.4.-OBJETIVOS

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Investigar los efectos de la ansiedad en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

1.4.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de ansiedad en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.
- Definir el grado de tartamudez infantil predominante en los niños sometidos a investigación.
- Proponer una solución al problema planteado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Ansiedad

(Lieshout, Namasivayam, 2014).

El impacto de la amenaza y el estrés cognitivo en el control motor del habla de las personas que tartamudean.

“En el presente estudio se utilizó una tarea emocional y clásica para separar el efecto del contenido de amenaza y el estrés cognitivo de las características fonéticas de palabras en procesos de preparación de motor y de ejecución. Este estudio muestra las respuestas motoras diferenciales en comparación con los controles para determinadas palabras de amenaza son diferentes. El estrés cognitivo no se muestra como una amenaza para la formación de la tartamudez en individuos, de manera diferente los controles de amenaza su impacto se extienden a los procesos de ejecución del motor afectando en la fluidez del habla”.

(Hennessey, Dourado E2, Beilby, 2013). La ansiedad y el habla en las personas que tartamudean: una investigación mediante la tarea Stroop emocional.

“Las personas con trastornos de ansiedad presentan un sesgo atencional hacia la amenaza o palabras negativas emocionales. Este estudio exploratorio examinó si las personas que tartamudean pueden ser ansiosas al hablar, mostrar sesgo similarer y si las reacciones a las palabras de amenaza también influyen en la planificación motora del habla y la ejecución. Las comparaciones se realizaron entre 31 personas ansiosas y 31 con controles de fluidez en una tarea Stroop emocional modificada cuando, en función de una señal visual, los participantes

nombran el color de amenazas y palabras neutras, ya se hace en una tasa de articulación normal o rápida, determinando que las personas ansiosas al hablar tienen una afectación emocional.”

(Craig A1, Tran, 2014). Rasgo y de ansiedad social en adultos con tartamudez crónica.

“La relación entre la tartamudez crónica y la ansiedad ha sido un tema de debate en las últimas dos décadas, con un mayor énfasis de la investigación se centró en examinar si las personas que tartamudean tienen niveles anormalmente elevados de rasgo o ansiedad social. El principal objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática de la literatura y realizar un meta-análisis sobre la investigación que ha evaluado la ansiedad rasgo y la ansiedad social, en adultos que tartamudean, resultados confirmaron que los adultos con tartamudez crónica tienen rasgo elevado sustancialmente y la ansiedad social. El tamaño del efecto global de rasgo y la ansiedad social se calculó en 0.57 y 0.82, respectivamente, determinando que la ansiedad social influye claramente sobre la tartamudez crónica”.

(Alm PA, 2014). Departamento de Neurociencia, Fonoaudiología de la Universidad de Uppsala, Suecia. La tartamudez en relación con la ansiedad, temperamento y personalidad: revisión y análisis con el foco en la causalidad.

“La ansiedad y las reacciones emocionales tienen un papel central en muchas teorías de la tartamudez, por ejemplo, que las personas que tartamudean tenderían a tener un temperamento sensible emocionalmente. La posible relación entre la tartamudez y ciertos rasgos de temperamento o personalidad fueron revisados y analizados, con especial atención a las relaciones temporales. Fue encontrado consistentemente que los niños preescolares que tartamudean, no muestran tendencias hacia rasgos temperamentales elevados de timidez o ansiedad social en comparación con los niños que no tartamudean, evidenciando que el temperamento no afecta en la formación o cronificación de la tartamudez”.

(Manning W1, Gayle Beck, 2013). El papel de los procesos psicológicos en las estimaciones de la tartamudez grave:

La tartamudez y los procesos psicológicos que fomentan su desarrollo son determinantes en la edad infantil donde los individuos están vulnerables a situaciones estresantes que no pueden sobrellevar con facilidad en algunos casos, la sobreprotección, el temperamento, la formación de la personalidad y factores del ambiente en donde se desarrolla el individuo van dando oportunidad a la aparición y cronificación de la tartamudez que al no ser intervenidos estos factores en edad temprana se van fortaleciendo y la tartamudez pasa a estado grave.

Tesis, (Lascano 2010), "Ansiedad en niños", la presente investigación tienen como objetivo conocer una síntesis de la historia de la ansiedad en niños. Donde se ha utilizado una investigación con la modalidad de campo, de tipo experimental y con enfoque cualitativo. Donde se obtuvo las siguientes conclusiones:

“La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico”.

El punto central de la disminución de la ansiedad es aportar a los individuos, familias y sociedad estrategias de respuesta más activas que faciliten el intercambio de buenas relaciones y una interpretación del entorno más adecuado, donde los niños pueda desarrollarse sin tener miedo a consecuencias negativas sobre ellos.

También servirá como apoyo las investigaciones de Amable Aroya publicado por la revista de Latinoamérica de psicología, cuyo título es “La ansiedad en

situaciones de evaluación o exámenes en estudiantes de la ciudad de Loja” donde le objeto de investigación fueron 145 estudiantes hombres y mujeres que como resultado expone que hay diversas sensaciones corporales, pensamientos sentimientos y conductas que son una que son una señal que indica la presencia de ansiedad así como también el trabajo de ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina realizado en la Universidad San Marcos de Lima, (Aroya 2001).

La investigación Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios, realizada en la Universidad Católica San Mateo de Murcia por Serafín Balanza Galindo en donde se demostró que el 47% de los estudiantes sufrían trastorno de ansiedad y el 55.6% depresión siendo las mujeres las más afectadas, (Agudelo 2003)

En la tesis realizada por el Psicólogo Clínico Edwin Mauricio Guachilema, en la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica (2011), con el tema: “LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DEFICIT ASERTIVO EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO DEURANTE EL PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2010” donde señala las siguientes conclusiones:

Con relación a la interpretación de resultados se aprecia que un total de 70.33% de los estudiantes tanto de primero como segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica han experimentado algún nivel de ansiedad siendo el mas sobresaliente el nivel de ansiedad moderado con un total de 25.27% de la población seguido del nivel de ansiedad leve con un 23.07%, con el nivel de ansiedad grave el 21.99%, y tan solo el 29.675 de los estudiantes de primer y segundo semestre no han experimentado ningún tipo de síntoma psíquico o físico de ansiedad.(Guachilema 2010)

2.2 Fundamentación

2.2.1 Filosófica

Para la presente investigación se tomará en cuenta el paradigma crítico propositivo; es crítico porque cuestionará la realidad en donde la ansiedad altera el desarrollo fluido de los niños siendo estos factores determinantes y mantenedores de los trastornos de tartamudez infantil. Es propositivo porque a su debido momento nosotros propondremos una solución sicoterapéutica que ayude a la resolución del problema identificado.

El análisis como los resultados será de tipo cualitativo - cuantitativo, debido al objeto de estudio y el lugar donde se realizara la investigación así también de la interacción entre investigador y los participantes.

2.2.2Psicológica

Para la fundamentación psicológica se tomara en cuenta aspectos científicos de la corriente cognitiva, se fundamenta en técnicas cognitivas, que se basen en la capacidad de razonamiento del niño para que pueda aprender l proceso de pensamiento y comprender como piensa y que tipo de reflexiones hace, con este conocimiento entenderá que su conducta y sus emociones están en relación con sus pensamientos y que estos inciden a su vez en como habla. (Preston, 2012)

Preston en su libro” La psicología moderna” menciona las técnicas sociales y de comunicación social también se utilizan en la terapia de la tartamudez infantil ya que estos niños suelen generar dificultades en la interacción social y comunicativa.

El objetivo de la terapia es ayudar al tartamudo a desaprender sus viejas respuestas desadaptativas que son las que le llevan a tartamudear y aprender en su lugar otras más adaptativas. Si se plantease el objetivo de no tartamudear el fallo sería seguro, puesto que todos tenemos algún fallo en la fluidez verbal, se trata también de conseguir reacciones diferentes ante los fallos en la pronunciación de

forma que no se dé un aumento de la ansiedad y se consiga un control suficiente para poder dar respuestas alternativas más fluidas en situaciones en las que se ha dado la interrupción del habla fluida.

Fase de identificación

En ella el tartamudo explora analiza y clasifica las conductas que hace en el tartamudeo, tanto las que son visibles como las que solamente puede acceder él y caracterizan su forma particular de tartamudear.

Fase de desensibilización

En ella el tartamudo se desensibiliza a sus ansiedades al hablar y a otras emociones negativas que se relacionan con el desorden. Se trata de que los fallos en la fluidez verbal no les lleven a un aumento de la ansiedad que empeoraría su desempeño verbal.

Fase de modificación

Se trata de modificar los patrones conductuales del tartamudo de forma que aprenda formas más adaptativas de comportarse ante la falta de fluidez.

El tipo de tratamiento está en función de la evaluación de la patología del habla y de las conductas asociadas a las conductas de comunicación. Realizando una terapia directa donde los niños son mayores y muestran indicadores de severidad con una frecuencia alta, pensamientos de anticipación, ansiedad o sentimientos de frustración asociados al problema del habla.

CONSTELACIONES

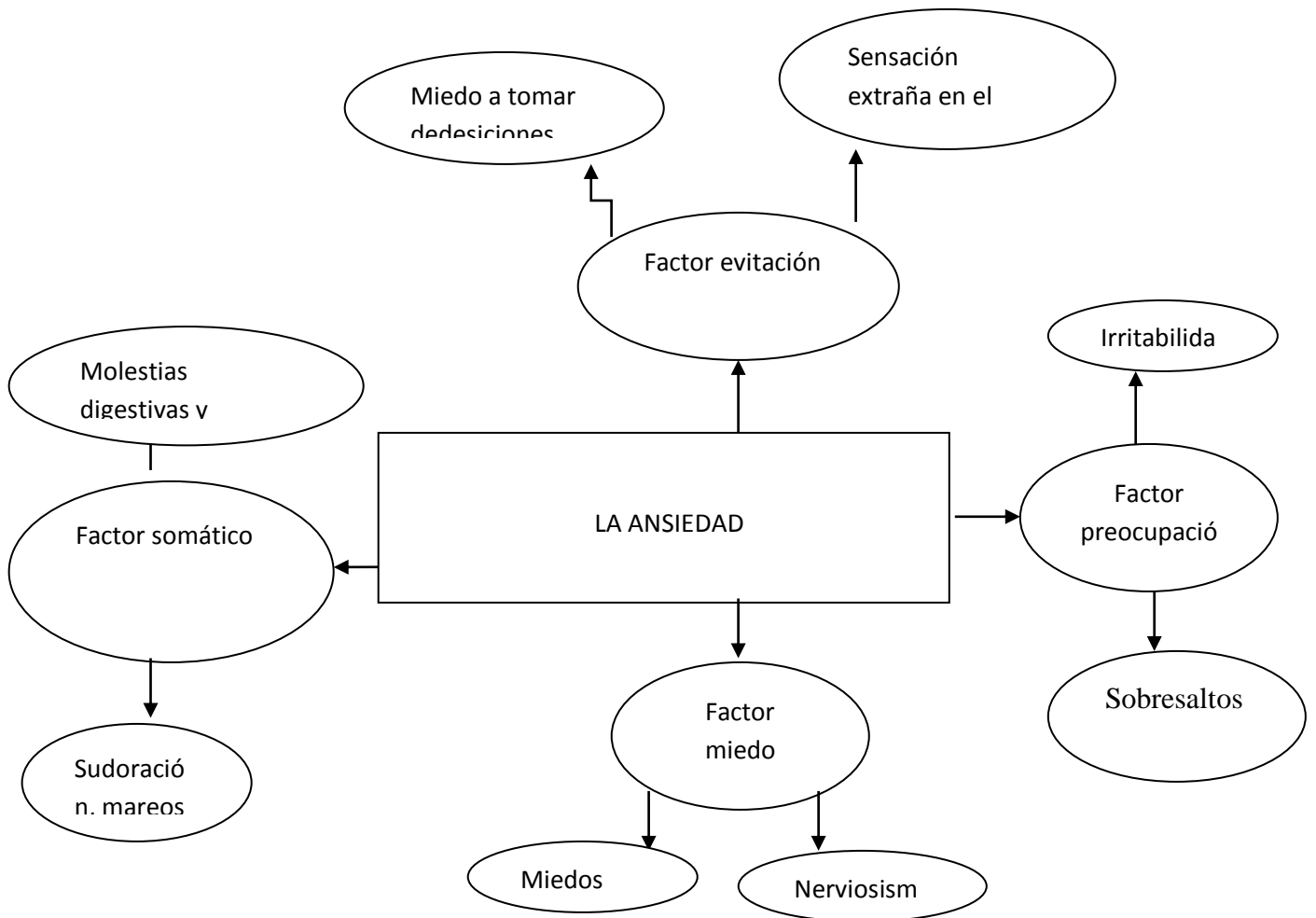


Diagrama N°2

Elaborado por.: Freire Darío.

CONSTELACIONES

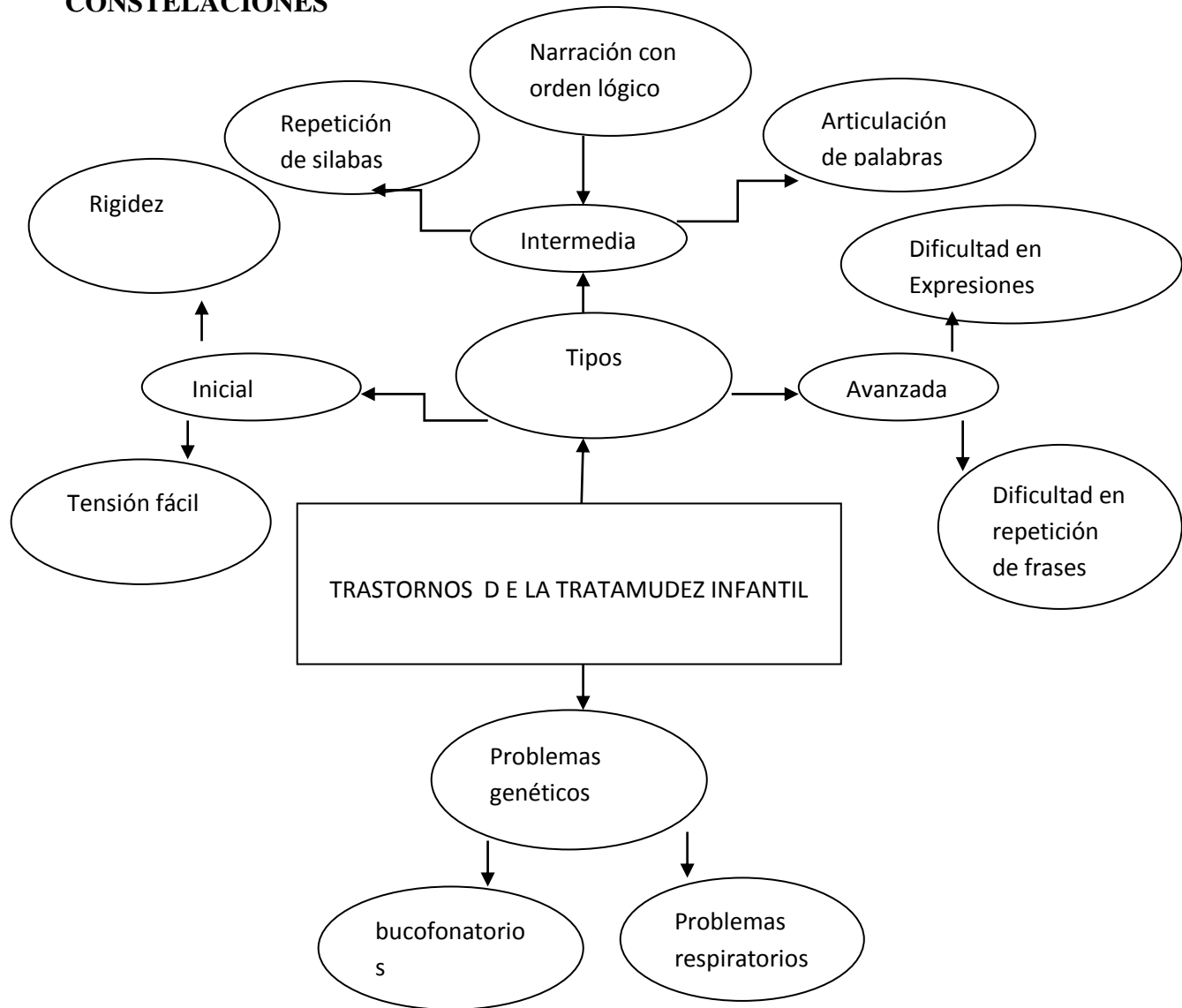


Diagrama N°3

Elaborado por.: Freire Darío.

2.3 Categorías Fundamentales

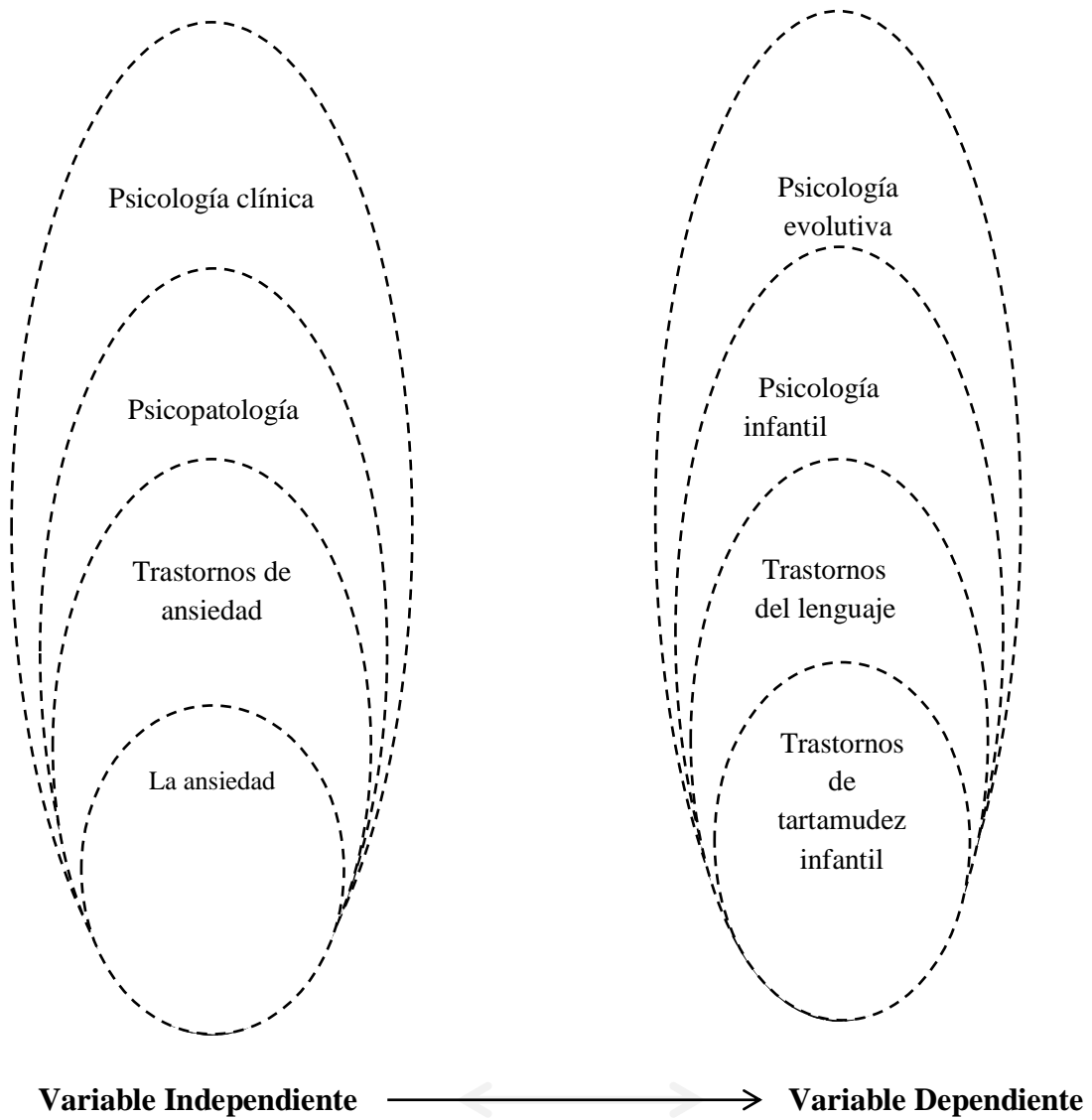


Diagrama N°4

Elaborado por.: Freire Darío.

2.4. Fundamentación teórica

Desarrollo de la Variable Independiente

VI: La ansiedad

Para comprender esta problemática es necesario categorizar desde el entendimiento de la psicología clínica.

2.4.1 Psicología clínica

(PEÑA 2005) Indica que:

La psicología clínica es una de las áreas profesionales más dinámicas de la psicología por sus diferentes ámbitos de desempeño, que la han llevado a relacionarse con disciplinas y profesiones tales como la psiquiatría, la reeducación, el derecho, la neurociencia y la psicopatología. Si bien para autores como Peña (2005), los psicólogos clínicos se dedican al diagnóstico y el tratamiento psicológico, otros como Resnick (1991) resaltan que éstos además de estas actividades puramente profesionales, se dedican a otras como la consultoría, la enseñanza y la investigación. Siguiendo a Trull y Phares (2003), se puede plantear que los psicólogos en el campo clínico se dedican a las siguientes actividades:

1. El diagnóstico y la evaluación psicológica, por medio de las cuales observan, cuantifican y caracterizan las capacidades, los problemas y las limitaciones psicológicas y sociales de los consultantes.
2. La intervención, mediante la planificación y ejecución de programas de terapia individual o grupal, derivados de principios teóricos propios de la psicología, donde el terapeuta y el consultante establecen objetivos tendientes a mejorar la calidad de vida de este último.
3. La consulta, ofreciendo asesoría a diferentes tipos de organizaciones.
4. La enseñanza y la investigación, desempeñándose en universidades a través de

cursos sobre técnicas de entrevista, pruebas psicológicas, personalidad, psicoterapia o de introducción a la psicología clínica, realizando actividades de supervisión de las prácticas de estudiantes de pregrado o postgrado y participando en proyectos de investigación en algunos de los campos teóricos o aplicados de la disciplina.

5. La administración, ocupando cargos directivos en universidades, en instituciones sanitarias o gubernamentales o participando en comités administrativos, (Trull y Phares 2003)

Además de estos múltiples roles, la psicología clínica presenta diferentes orientaciones que evidencian distintas visiones sobre el comportamiento desadaptativo o anormal y su evaluación y tratamiento. Dentro de éstos se pueden resaltar la perspectiva psicodinámica, el enfoque humanista, la orientación sistémica y la terapia cognitivo conductual (Nietzel, Bernstein & Milich, 1998). Ante esta diversidad de enfoques que da lugar a diferentes técnicas de intervención, en los últimos años se ha resaltado la necesidad de sustentar empíricamente los tratamientos, con el fin de que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, mejore la confianza del público en la psicoterapia y se incremente el posicionamiento de la disciplina y la profesión psicológicas (Londoño & Valencia, 2005). Este movimiento de soporte empírico de las psicoterapias surgió a raíz de un informe que un equipo de trabajo liderado por D. L. Chambless presentó a la División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana, en el cual se delimita una serie de criterios para definir los tres tipos de terapias psicológicas con soporte empírico: Las terapias "Bien establecidas", las "Probablemente eficaces" y "En fase experimental" (Chambless & Holon, 1998).

La importancia de la "práctica clínica basada en la evidencia" (Llobell, Frías & Monterde, 2003, p. 1), como una forma de facilitar el acercamiento entre la práctica profesional y la investigación científica y asegurar la calidad de los servicios del psicólogo clínico, importancia que debería reflejarse en un aumento en el número de artículos y otras publicaciones científicas sobre temas como la psicoterapia, la psicopatología, la evaluación psicológica, el diagnóstico

psicológico, la formación del psicólogo y los enfoques terapéuticos. Un análisis de las tendencias de este tipo de publicaciones permite delinear la capacidad de producción científica de un país o una región en relación con estos temas y establecer necesidades a futuro sobre los esfuerzos investigativos que podrían ocurrir en dicho país o región (Vera-Villarroel & Lulo, 2006):

En Iberoamérica se han publicado dos análisis de las tendencias de los artículos científicos sobre psicología clínica, incluyendo un análisis bibliométrico de los artículos de revistas de psicología clínica editadas en castellano que se publicaron entre los años 2001 y 2002 (Agudelo, Bretón-López & Buena-Casal, 2003), en el cual se encontró que los principales campos de conocimiento de estos artículos estaban relacionados con la psicología clínica ("Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico", "ínter-área", "Metodología" y "Salud"), aunque había otras menos conectadas con el mismo ("Social", "Básica" y "Evolución y educación"). El otro análisis se centró en los artículos en psicología clínica de autores chilenos entre los años 2000 a 2006 (Vera-Villarroel & Lulo, 2006), en el cual se examinó cuantitativamente la producción por autor y por universidad con base en el número de artículos publicados en revistas incluidas en los sistemas de información PSYCINFO e ISI WEB OF KNOWLEDGE. No obstante, ninguno de estos estudios exploró las tendencias de los artículos científicos en Iberoamérica con base en las principales áreas de la psicología clínica, ni tampoco incluyeron todas las revistas de psicología y no solamente las revistas de psicología clínica o aquellas indexadas por PSYCINFO o ISI WEB OF KNOWLEDGE. Por lo tanto, sus resultados son limitados para plantear tendencias en la región sobre los intereses académicos actuales y futuros en esta área de la psicología.

Para RESNICK (2003), "las áreas de habilidad central para el campo de la psicología clínica integran la evaluación, el diagnóstico, la intervención, el tratamiento, la consulta, y la investigación con la aplicación de principios éticos y profesionales. Los psicólogos clínicos se distinguen por la experiencia en áreas de personalidad, psicopatológica y por la integración que hace la ciencia y práctica."

Según Sánchez Escobedo (2008), indica que "la psicología constituye un campo heterogéneo de teorías como de procedimientos, se presenta como una diversidad en la clínica incluso en las doctrinas como en las prácticas."

Cita además que en la agenda de la Conferencia Nacional de las Escuelas Profesionales de Psicología EE.UU; se informó que la ciencia psicológica denota el modo sistemático de investigar que exige la identificación del problema, la adquisición, la organización y la interpretación de información relativa al fenómeno psicológico observado.

En tanto que Leliwa e Scangarello (2008), define a la psicología como "la ciencia que se ocupa de estudiar todo lo que hacen, sienten y piensan los seres humanos de acuerdo a su modo de ser las circunstancias que viven y en su relación con los demás."

El campo de la psicología por su función teórica y la diversidad en sus procedimientos de intervención práctica, favorece a la clínica de ahí su importancia como ciencia en sus diversas corrientes sistémica, cognitiva y psicoanálisis. Fomenta en la práctica alternativas de atención, diagnóstico y terapias apropiadas en la aplicación a pacientes.

2.4.2 Psicopatología

El autor ALMONTE V. MONT S. CORREA D. (2009) Psicopatología Infantil y de Adolescencia, Ediciones primera 2005, segunda 2006, Editorial Mediterráneo Chile, Pág. 49-56 menciona que "Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual."

En el caso de las psicopatologías o trastornos psicopatológicos que se desarrollan durante la infancia, niñez o adolescencia de un individuo podemos establecer que

existen varias tipologías entre las que se encuentra el retraso mental, los trastornos de la comunicación (fonológicos, tartamudeo), los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del aprendizaje, trastornos por tics o trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria.

Resulta interesante resaltar que el modelo conductual de la psicopatología no marca diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje condicionado por el entorno o ambiente. Por lo tanto, se le concede una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo gira en torno a la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

Dice Trull y Phares (2003) que el objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente consciente. Comprende tanto las vivencias como se expresan objetivamente en cuanto representan acontecimientos psicológicos, aunque la frontera entre lo psicológico y lo psicopatológico es a menudo tenue. El psicopatólogo debe estudiar los fenómenos normales para comprender los patológicos. La psicopatología está estrechamente relacionada con la psicología y la medicina somática. También posee importancia la filosofía, que le da al psicopatólogo una perspectiva para la claridad en los conocimientos, aunque las valoraciones éticas y metafísicas son independientes de los análisis psicopatológicos.

La psicopatología estudia al hombre que tiene por característica el ser libre, la reflexión, el espíritu, a diferencia del animal, que cumple automáticamente con las leyes naturales. El hombre en sus enfermedades somáticas es semejante al animal, pero las enfermedades psíquicas representan algo nuevo ya que afectan el alma. El alma no es para el psicopatólogo un objeto, sino que son sus expresiones, sus manifestaciones somáticas, el lenguaje, las obras, los que pueden ser estudiados. No es un objeto con cualidades, sino un ser en el mundo. Es devenir, desarrollo, diferenciación, nada definitivo y acabado.

La conciencia es la manifestación del alma. La conciencia es primariamente interioridad de un vivenciar. Es conciencia objetiva, un saber de algo. Ésta se diferencia de lo inconsciente y lo extra consciente.

Para poder dar explicaciones hay que atribuir al alma una estructura extra consciente teóricamente imaginada para estos fines explicativos. El alma como vivencia es la superficie de algo más profundo que sólo puede ser entendido en forma indirecta a través de nociones teóricas. Éstas nunca son probadas en sí mismas, sino sólo por sus consecuencias, objeto de los mecanismos extra conscientes. Lo inconsciente está, por un lado, conformado por lo inadvertido que se hace consciente en determinados momentos, y lo extra consciente que nunca puede ser advertido y también nunca puede ser demostrado.

En la psicopatología se reúnen los métodos de todas las ciencias. Biología, estadística, matemática, ciencias del espíritu, sociología, se aplican en ella ya que estudia al ser humano como un todo en cuanto enfermo.

De este modo, además de la fenomenología como método se incorporan otras perspectivas y los resultados aportados por las ciencias, otras psicologías, etc., para llegar finalmente a una comprensión abarcativa de todo el saber psicopatológico. Cada una de estas corrientes representa aportes que culminan con la búsqueda de la comprensión por el todo del ser humano.

2.4.3 Trastornos por ansiedad

De acuerdo con ALMOLTE.V (2009) (P, 49-56) en su Información de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés “Para entender qué son los trastornos de ansiedad hay que pensar primero en la normalidad. Hay que pensar que todas las personas tienen capacidad para reaccionar con ansiedad, porque se trata de una respuesta emocional. Después podremos entender mejor el trastorno de ansiedad como una patología, como un exceso en la frecuencia,

intensidad, duración, etc. de la respuesta de ansiedad, o simplemente como una respuesta inadecuada a las demandas de la situación.”

En general los trastornos por ansiedad, cuando son inespecíficos y generales, se asocian con conductas respecto al apego a la figura de los padres.

Los niños quienes tienen alto apego son dependientes de los padres son más proclives a desarrollar trastornos por ansiedad.

Los trastornos de ansiedad constituyen la forma más prevalente de enfermedad psiquiátrica en la sociedad occidental, y sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos no son correctamente identificados ni reciben un tratamiento adecuado. El capitalismo, así como la falta de responsabilidad para asumir decisiones, conllevan al estrés del individuo.

La ansiedad es una emoción displacentera que implica el presentimiento de la disolución del yo. Mientras el miedo va dirigido hacia un objetivo determinado, la angustia se presenta como indeterminada y carente de objeto.

La angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables. En realidad se trata de matices de la misma expresión. La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora; mientras que la ansiedad es más psíquica, y es vivenciada con inquietud y sobresalto.

La ansiedad sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, y tiene un papel tan esencial como el dolor como instrumento de supervivencia. Además, la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal; en cambio, la ansiedad patológica es desproporcionada con la situación, o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, se vivencia más corporalmente, compromete el funcionamiento del individuo y lo impulsa frecuentemente a pedir ayuda médica.³

Es importante conocer la distinción conceptual y práctica entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica

Aunque los trastornos mentales caracterizados por la presencia de ansiedad como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, la decisión de agruparlos en categorías diagnósticas específicas corresponde primordialmente a Freud. En 1894 él describió la neurosis de angustia, que constituye la expresión más simple del trastorno neurótico, en el que el supuesto conflicto no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado.

Tradicionalmente la neurosis de ansiedad comprende tanto los síntomas de ansiedad persistentes, como los casos caracterizados por la aparición de ataques inesperados y súbitos de angustia. Esta afirmación del carácter unitario de los síndromes de angustia, junto con el planteamiento psicodinámico, se ha mantenido en términos generales hasta la pasada década.

La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980 replanteó la ordenación de los trastornos de ansiedad sobre bases conceptuales radicalmente distintas. En este nuevo enfoque se abandona el término neurosis, que implica compartir una causa común: el conflicto inconsciente que conduciría al empleo inadecuado de los mecanismos de defensa. En lugar de esta supuesta etiología, el DSM-III basó la clasificación en la presencia de síntomas comunes. Esta clasificación distingue 2 categorías básicas de la neurosis de angustia clásica: el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno de pánico.

En el primero de ellos la alteración emocional es de carácter más o menos persistente con tendencia a la cronicidad, mientras que en el segundo se trata de crisis recurrentes de angustia que surgen espontáneamente.

La edición 10ma. de la Clasificación Internacional de Enfermedades recoge también estas 2 categorías y agrega una nueva: el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que abarca estados mixtos, cuyos componentes no son lo suficientemente graves o persistentes como para clasificarlos en diagnósticos diferentes.

Se trata de trastornos bastante comunes en la población occidental. La prevalencia a 6 meses es de 2,05-2,30 % para el trastorno de pánico, y de 6,4 % para el trastorno por ansiedad generalizada. Ambos trastornos tienen un comienzo juvenil, generalmente en la tercera década de la vida. El trastorno de pánico es más frecuente en el sexo femenino (2,5 a 1), mientras el trastorno por ansiedad generalizada muestra similar frecuencia en ambos sexos.

Es importante señalar que se calcula que entre un 15 y un 20 % de la población mundial padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. La mejoría espontánea, es decir, sin consulta ni tratamiento, de los problemas de ansiedad es improbable, y en cualquier sociedad occidental se produce en muy pocos casos. En la mayoría de los pacientes la ansiedad tiende a mantenerse, e incluso a extenderse y generalizarse. Tratar de sobreponerse a base de fuerza de voluntad, como piensan algunas personas, no es efectivo. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, no es suficiente. Lo más conveniente es tratarse lo antes posible para modificar hábitos conductuales consumistas, que conllevan a la degeneración y la pérdida de valores de los seres humanos. La gran mayoría de los casos mejora siguiendo el tratamiento adecuado.

Por ejemplo, la etapa juvenil en el 78 % de la sociedad occidental, está constituida por un exceso de consumismo y de aptitudes exigentes. Basándonos en que la ansiedad es la más común y universal de las emociones, y que la edad pre-adolescente y adolescente es la etapa de fijación de la personalidad, podemos indicar que si el individuo no adapta bien (su persona) a sus acciones y/o emociones, no podrá enfrentarse en el futuro a la cantidad de peligros que durante los años han amenazado al ser humano, y los mecanismos psicofisiológicos que preservan su integridad, no serán desarrollados. Hay 2 respuestas eficaces: la huida o la lucha.

En la sociedad occidental se ha comprobado que los jóvenes están funcionando como dispositivos antirrobo defectuosos, es decir, con mecanismos de huida que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y/o de

ansiedad. Por lo tanto, podríamos indicar que el consumismo y las situaciones potenciadoras del capitalismo, no son convenientes para el desarrollo integral de los jóvenes. En relación con la lucha, esta sería la capacidad desarrollada por los individuos para enfrentarse a los conflictos externos e internos.

En relación con las causas tenemos:

1. El psicoanálisis ha prestado particular atención al estudio de los pacientes con síntomas de ansiedad. Bajo esta perspectiva, la angustia es considerada como un signo para el ego que se encuentra en una situación de peligro.
2. Desde la perspectiva bioquímica, la comprensión de los mecanismos biológicos que median las manifestaciones cognitivas y pato fisiológicas de la ansiedad ha sido posible gracias al descubrimiento del complejo receptor de benzodiazepinas-GABA y a los avances en el conocimiento de la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica.
3. Investigación genética:
 - Los estudios familiares han constatado una mayor prevalencia de la ansiedad generalizada y del trastorno de pánico, en los familiares de primer grado de los probados con los respectivos diagnósticos.
 - El método de los gemelos ha sido también empleado para dilucidar la influencia de los factores disposicionales frente a los factores ambientales en el desarrollo de los estados de ansiedad. La investigación nos indica una diferencia sustancial a favor del grupo univitelino en el porcentaje de parejas concordantes, es decir, afectadas por el mismo trastorno, lo cual apoyaría la hipótesis del papel determinante de la herencia. Este enfoque fue utilizado por Slater y Shieldstr bajo el concepto de neurosis de ansiedad, que comprobaron una notable diferencia entre el porcentaje de concordancia de ambas muestras gemelares.

En relación con la clasificación hablaríamos de:

1. Trastorno por ansiedad generalizada. Este se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad, síntoma base de este trastorno, por lo general se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión frecuentemente puede producir temblor de manos en reposo, e incluso durante los movimientos intencionales.

En la gran mayoría de los casos se detecta una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o vegetativo que regula la actividad visceral. Los pacientes se quejan con frecuencia de cefalea, descrita como una banda apretada que rodea la cabeza asociada a sensación de mareo. Otras veces es una sensación de inestabilidad o la manifestación de que no es posible sujetar la cabeza. Son quejas comunes también la visión borrosa a consecuencia de la dilatación pupilar, la disminución de la salivación y la excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara. Otros síntomas frecuentes son los relacionados con la hiperactividad vegetativa del aparato digestivo (sensación de peso en el estómago, náuseas, retortijones abdominales), cardiovascular (palpitaciones) y urinaria (mayor frecuencia en las micciones). Constituyen también molestias típicas los hormigueos en los miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas o brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad y un vago sentimiento de zozobra, impaciencia, preocupación y aprensión.

2. Trastorno de pánico. El síntoma básico de este trastorno es el ataque de angustia. Se trata de un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, de breve duración y carácter espontáneo, no ligado a sucesos claramente identificables. Los síntomas característicos están constituidos por combinaciones variadas de sentimientos de aprensión, miedo o terror, junto a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios, hasta molestias abdominales, pasando por sensaciones de mareo, sudoración, temblor, hormigueos y escalofríos. En algunos casos el paciente refiere sentimientos de extrañeza referidos a sí mismo o a su entorno.

El paciente interpreta los síntomas que le agobian de forma insospechada, como manifestaciones de una enfermedad física grave, y consecuentemente acude con frecuencia a los servicios médicos de urgencia o a las consultas de diversos especialistas, según el síntoma dominante en el cuadro clínico. Obviamente, los resultados del examen médico, así como las pruebas de laboratorio, resultan normales.

Con la repetición de los ataques, el paciente desarrolla un nivel de ansiedad anticipatoria generado por el miedo a sufrir otra crisis. En un porcentaje alto de casos surge una conducta de evitación fóbica al rehuir el sujeto aquellas situaciones en las que le resultaría difícil encontrar una salida si apareciese un nuevo ataque (ambientes muy concurridos, transportes públicos, atascos de circulación, alejarse de casa, etc.). Se establece así la agorafobia, que limita considerablemente la actividad social y laboral del sujeto, y contribuye a aumentar el sufrimiento personal.

El curso de la enfermedad es bastante variable. Hay pacientes que muestran un curso periódico, con temporadas de manifestaciones floridas separadas por largos intervalos libres de clínica relevante. En otros casos la evolución resulta caprichosa e imprevisible, y surgen episodios agudos de angustia sin regularidad cronológica. En términos generales puede estimarse que la mitad de los pacientes sigue una evolución crónica.

Los enfermos con trastornos por ataques de angustia presentan un mayor riesgo para las enfermedades somáticas, en particular para la úlcera gastroduodenal y la hipertensión arterial. Se ha calculado que el riesgo de morbilidad y de muertes prematuras es 3 veces mayor que en la población general, y es también mayor el riesgo de suicidio. Con frecuencia abusan del alcohol y de los medicamentos sedantes, que, al ser insuficiente su efecto ansiolítico para el control de las crisis, conducen a un incremento de la dosis y a la instauración de una conducta de dependencia. En esta situación, el diagnóstico de trastorno de angustia es difícil de establecer, ya que se encuentra enmascarado.

Hay una serie de enfermedades que presentan habitualmente angustia como parte de su sintomatología, incluso en muchas ocasiones, el aspecto emocional constituye el rasgo más relevante del cuadro clínico. El médico puede así dejarse llevar solo por la apariencia de la clínica ansiosa, y no valorar la alteración somática que la sustenta. Resulta, por tanto, imperativo, proceder a un examen físico completo para establecer un diagnóstico definitivo y formular el tratamiento adecuado. Entre estas enfermedades es preciso considerar el hipertiroidismo, el feocromocitoma, la tetania, el prolapso de la válvula mitral y la epilepsia temporal, (Barlow 2001).

Un factor tóxico, habitualmente medicamentoso, puede ser la causa de un estado ansioso, acompañado o no del síndrome confusional. El efecto más ansiolítico lo producen las anfetaminas y, con menos frecuencia, los fármacos antidepresivos, sobre todo en los primeros días. Se comportan también como ansiógenos la nicotina, la cafeína y la cocaína.

A pesar del solapamiento frecuente de los 2 síndromes, ansioso y depresivo, hay diferencias significativas entre ambos grupos en muchos rasgos clínicos, en el curso y en el resultado terapéutico,

2.4.4 La ansiedad

(Sierra 2013), Psicólogo Clínico en su revista “Malestar Emocional”

Madrid, décima edición menciona que se conoce como ansiedad a “el objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

González Martínez en (1993) define a la ansiedad como “una forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológica fisiológicos, motores y subjetivos-cognitivos.

Este patrón de conducta surge cuando un individuo se allá expuesto a estímulos interpretados como amenazas, bien porque objetivamente lo sean o porque la persona subjetivamente así lo vivencia.”

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.”

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad, (González 1993).

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo. Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-

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. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad-rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994; Wadey y Hanton, 2008; Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009).

La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica por qué la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que, en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado.

La edad normal de inicio en la infancia de un trastorno de ansiedad se sitúa entre los 7 y 12 años (Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1992). Sin embargo, la primera adquisición de los temores puede ser mucho más temprana (Ohman, 1985). En

este sentido, Hudson et al. (2011) señalan que los niños inhibidos de 4 años son significativamente más propensos a ser diagnosticados, a los 6 años, con fobia social y trastorno de ansiedad generalizada frente a los no inhibidos. Además, un estudio realizado en España con una muestra de niños y adolescentes de entre 8 y 14 años mediante autoinformes, muestra cómo los trastornos de ansiedad evolucionan con la edad. De manera que los niños mayores obtienen menos síntomas de ansiedad por separación, de trastorno obsesivo-compulsivo y de pánico, pero mayores manifestaciones de fobia social y de ansiedad generalizada (Orgilés et al., 2012). Respecto a las diferencias según el sexo, afirman que las niñas manifiestan más ansiedad que los niños en todos los trastornos de ansiedad, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo, Orgilés et al. (2012).

Aunque la prevalencia de los trastornos de ansiedad cambia considerablemente en función de la edad, de los instrumentos de evaluación o de la fuente de información, se estima que entre un 15 y un 20% de niños y adolescentes desarrollan un trastorno de ansiedad; siendo la ansiedad por separación, junto a las fobias específicas, los más frecuentes en población infanto-juvenil (Beesdo, Knappe y Pine, 2009). No obstante, aunque algunos estudios encuentran una prevalencia menor (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2000), es necesario señalar que otros trabajos epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial (Echeburúa y Corral, 2009).

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas, y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones; en casos más extremos, el suicidio.
- De conducta: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal (posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etcétera).
- Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etcétera.
- Sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos y temor excesivo a posibles conflictos.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos solo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración y son poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no pueden ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se

trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.16,17

Después de esta reflexión nos podemos dar cuenta de que la ansiedad forma parte de nuestra cultura, pero que las bases de una sociedad no capitalista influyen directamente en la tolerancia y la capacitación para desarrollarla. El problema no es el síntoma, sino las personas y su propia incapacidad para ser felices. Debemos de pensar en hacer el bien y en ayudar para evitar el aumento de enfermedades que puedan llevar a la destrucción de la raza humana.

DESARROLLO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

VD: Trastorno de tartamudez infantil

Para comprender este trastorno es necesario categorizar desde el entendimiento de la Psicología Evolutiva.

2.4.5 Psicología Evolutiva

LELIWA E (2011), P.20 “La psicología evolutiva es considerada como una de las ramas de la psicología, explica los cambios que se producen en las personas con el paso del tiempo, y las razones que hacen que un individuo difiera de otro; con la intencionalidad de aprender más sobre nosotros mismos y los demás. Estudia los cambios cuantitativos como el peso, la estatura y el desarrollo de las habilidades motoras; y los cambios cualitativos como la inteligencia, la creatividad, la sociabilidad y la moralidad”

El desarrollo cognitivo o intelectual, se basa en procesos tales como lenguaje, percepción, memoria, razonamiento y resolución de problema. Ella concibe al sujeto como un procesador activo de los estímulos. Es este procesamiento, y no los estímulos en forma directa, lo que determina nuestro comportamiento.

El desarrollo evolutivo de un niño está basado en el lenguaje y en su buena interpretación, la tartamudez tiene su origen en etapas iniciales del desarrollo por lo que es fundamental conocer sobre la evolución de un individuo.

Al analizar el abordaje histórico de los estudios en el campo de la psicología del desarrollo, podemos enmarcar diferentes etapas históricas que comienzan desde el siglo XVIII hasta nuestros días, (Hollon 1998).

En el siglo XVIII, la obra de Nicolás Tetens (1777), citada por L. Galvanoski, es el primer trabajo serio en el campo del desarrollo; pone de relieve la importancia de encontrar leyes generales de desarrollo que no se encuentran en otros períodos de edad. Es considerado precursor por dos razones:

Presenta una revisión comprensiva de las distintas formulaciones sobre el desarrollo a través de la vida.

Enfatiza la necesidad de atender el desarrollo y los cambios de conducta del ser humano.

F. A. Carus (1808) fue el primero en ofrecer una descripción psicológica del desarrollo humano a lo largo de la vida; distinguió cuatro períodos generales: infancia, juventud, edad adulta y vejez. Además señaló que la edad cronológica no es un determinante psicológico del desarrollo.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, el clima político, social y la evolución general de pensamiento crearon las bases del interés en el estudio de los grupos sociales definidos en intervalos de edad, y surgieron así los primeros estudios científicos sobre el desarrollo del niño, el adolescente y el adulto.

A partir de 1920, comienzan a ser más frecuentes los trabajos sobre el desarrollo adulto y el envejecimiento. Stanley Half es reconocido como uno de los pioneros en la psicología de la vejez en los Estados Unidos. En 1922, publicó su libro *Senectute: The Last Half of Life*, en el que apunta la dependencia de las particularidades psicológicas de la edad o las causas biológicas.

Crowdry, en 1939, publica su libro *Problems of aging* y hace importantes contribuciones acerca del envejecimiento y abarca los aspectos culturales, psicológicos y específicos para la psicología de la vejez, que hasta el momento no habían sido abordados de manera integral y con una visión amplia.

El interés científico sobre el tema permanece adormecido hasta finales de la década del 50 y principios de la década del 60, etapa donde surge y se desarrolla la Psicología evolutiva del ciclo vital. Este enfoque sostiene que ocurren importantes hechos evolutivos, por lo que el estudio del desarrollo tiene que salir de los primeros años de vida y extenderse a todo el ciclo vital, (Chambless 2003).

La Psicología evolutiva del ciclo vital se fundamenta en los siguientes principios:

1. El desarrollo se concibe como un proceso que tiene lugar durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.
2. El desarrollo es tanto expresión de principios ontogenéticos individuales como de los principios del cambio histórico o evolucionista.
3. La importancia de los efectos generacionales en la naturaleza del desarrollo a lo largo del ciclo vital completo. El desarrollo tiene lugar e interactúa con una macro ecología cambiante.
4. Los antecedentes del enfoque del ciclo vital surgen desde finales del siglo XVIII y no tienen eco en el mundo científico precisamente hasta la década del 60, etapa que enmarca el comienzo de una psicología evolutiva contemporánea.

Erick Ericsson (1902-1994) es considerado el autor más relevante, de tradición psicoanalítica que supone una reconceptualización de la dinámica evolutiva del

ser humano. En su teoría del desarrollo psicosocial, identificó todas las etapas en función de las crisis del yo que describe para cada una de ellas; denominó la fase final con el término de vejez y señaló como crisis característica de esta etapa la relación entre la integridad del yo *versus* la desesperanza.

En una de sus últimas obras, *Vital involvement in Old Age*, define la vejez como la edad en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligada a una fragilización del estado de salud; reconoce que los comportamientos de adaptación suponen el reconocimiento y la aceptación de una relación de interdependencia -dependencia del organismo que impone limitaciones motrices, sensoriales o mentales- hacia un entorno social donde la calidad de vida actual depende completamente de esta relación. Ericsson insiste sobre el reflejo de supervivencia indispensable durante esta edad y sobre la flexibilidad del funcionamiento psíquico necesaria, permanente o indispensable para resolver cualquier situación.

Describe la vejez como la fase que prepara al Hombre para la etapa final, la muerte y la experiencia de soledad. Muchas han sido las investigaciones que han asociado la vejez con la experiencia de soledad como una característica de la edad; sin embargo, estudios recientes sobre el tema, confirman que la soledad no es un patrimonio de la vejez, que puede aparecer en otras etapas del ciclo vital de la familia o como resultado de diferentes eventos vitales como crisis circunstanciales de la vida, T. Oroza (2001)

2.4.6 Psicología infantil

LELIWA E SCANGARELLO (2011), *Psicología y Educación*, Segunda edición, Editorial Brujas. Argentina pag.80 aduce que “La psicología infantil se encarga del estudio del comportamiento del niño, desde su nacimiento hasta su adolescencia. De esta forma, esta rama de la psicología se centra en el desarrollo físico, motor, cognitivo, perceptivo, afectivo y social. Así es como los psicólogos

infantiles llevan adelante métodos para prever y resolver los problemas en la salud mental de los niños.”

Los trastornos psicológicos más comunes entre los niños son los vinculados al sueño, los terrores nocturnos, los miedos en general, la alimentación, la actividad (hiperquinesia, tics) y el lenguaje (tartamudeo, afasia), tomando al tartamudeo como un trastorno que afecta a los niños cognitiva y emocionalmente.

“La infancia puede ser un periodo excitante, lleno de nuevos amigos, juegos divertidos e imaginativos y diversos aprendizajes de nuevas habilidades. Pero también puede ser una época sumamente inquietante, sobre todo cuando los niños viven experiencias que amenazan sus sentimientos de seguridad y bienestar. Los acontecimientos de la infancia que por lo general se consideran traumáticos pueden llegar a afectar profundamente al desarrollo normal y saludable de los niños, a su autoestima y a sus familias”, (Joan Lovett 2010).

Los psicólogos infantiles intentan explicar las semejanzas y las diferencias entre los niños, así como su comportamiento y desarrollo, tanto normal como anormal. También desarrollan métodos para tratar problemas sociales, emocionales y de aprendizaje, aplicando terapias en consultas privadas y en escuelas, hospitales y otras instituciones.

Las dos cuestiones críticas para los psicólogos infantiles son: primero, determinar cómo las variables ambientales (el comportamiento de los padres, por ejemplo) y las características biológicas (como las predisposiciones genéticas) interactúan e influyen en el comportamiento; y segundo, entender cómo los distintos cambios en el comportamiento se interrelacionan.

Teorías evolutivas o del desarrollo.

Una teoría del desarrollo debe reflejar el intento de relacionar los cambios en el comportamiento con la edad cronológica del sujeto; es decir, las distintas características conductuales deben estar relacionadas con las etapas específicas del crecimiento. Las leyes que regulan las transiciones entre estas diferentes etapas del desarrollo también deben identificarse. Las principales teorías evolutivas son

la teoría freudiana de la personalidad y la de la percepción y cognición de Piaget. Ambas explican el desarrollo humano en la interactividad de las variables biológicas y ambientales.

La teoría de Freud sostiene que una personalidad sana requiere satisfacer sus necesidades instintivas, a lo que se oponen el principio de realidad y la conciencia moral, representados desde una perspectiva estructural por las tres instancias de la personalidad: el ello (fuente de los impulsos instintivos), el yo (instancia intermedia, que trata de controlar las demandas del ello y las del superyó adaptándolas a la realidad) y el superyó (representación de las reglas sociales incorporadas por el sujeto, especie de conciencia moral).

El centro fisiológico de los impulsos instintivos se modifica con la edad, y los periodos de los diferentes centros se denominan etapas. El 'ello' de los recién nacidos, por ejemplo, alcanza la máxima satisfacción al mamar, actitud que define la etapa oral, primera etapa de las cuatro que permiten llegar a la sexualidad adulta. Freud integró así en su teoría las variables biológicas y las ambientales.

Por su parte, Piaget basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente, aún sin incentivos exteriores. Durante todo ese aprendizaje el desarrollo cognitivo pasa por cuatro etapas bien diferenciadas en función del tipo de operaciones lógicas que se puedan o no realizar:

En la primera etapa, la de la inteligencia sensomotriz (del nacimiento a los 2 años aproximadamente), el niño pasa de realizar movimientos reflejos inconexos al comportamiento coordinado, pero aún carece de la formación de ideas o de la capacidad para operar con símbolos, (Halgin 2003)

En la segunda etapa, del pensamiento preoperacional (de los 2 a los 7 años aproximadamente), el niño es capaz ya de formar y manejar símbolos, pero aún fracasa en el intento de operar lógicamente con ellos, como probó Piaget mediante una serie de experimentos.

En la tercera etapa, la de las operaciones intelectuales concretas (de los 7 a los 11 años aproximadamente), comienza a ser capaz de manejar las operaciones lógicas esenciales, pero siempre que los elementos con los que se realicen sean referentes concretos (no símbolos de segundo orden, entidades abstractas como las algebraicas, carentes de una secuencia directa con el objeto).

Por último, en la etapa de las operaciones formales o abstractas (desde los 12 años en adelante, aunque, como Piaget determinó, la escolarización puede adelantar este momento hasta los 10 años incluso), el sujeto se caracteriza por su capacidad de desarrollar hipótesis y deducir nuevos conceptos, manejando representaciones simbólicas abstractas sin referentes reales, con las que realiza correctamente operaciones lógicas.

Relaciones sociales.

Las relaciones sociales infantiles suponen interacción y coordinación de los intereses mutuos, en las que el niño adquiere pautas de comportamiento social a través de los juegos, especialmente dentro de lo que se conoce como su 'grupo de pares' (niños de la misma edad y aproximadamente el mismo estatus social, con los que comparte tiempo, espacio físico y actividades comunes). De esta manera pasan, desde los años previos a su escolarización hasta su adolescencia, por sistemas sociales progresivamente más sofisticados que influirán en sus valores y en su comportamiento futuro. La transición hacia el mundo social adulto es apoyada por los fenómenos de liderazgo dentro del grupo de iguales, donde se atribuyen roles distintos a los diferentes miembros en función de su fuerza o debilidad. Además, el niño aprende a sentir la necesidad de comportarse de forma cooperativa, a conseguir objetivos colectivos y a resolver conflictos entre individuos. La conformidad (acatamiento de las normas del grupo social) con este grupo de pares alcanzará su cota máxima cuando el niño llegue a la pubertad, a los 12 años aproximadamente, y nunca desaparecerá del comportamiento social del individuo, aunque sus manifestaciones entre los adultos sean menos obvias.

Los miembros de los grupos de pares cambian con la edad, tendiendo a ser homogéneos (del mismo sexo, de la misma zona) antes de la adolescencia.

Después pasan a depender más de las relaciones de intereses y valores compartidos, formándose grupos más heterogéneos, (Reyes 2008).

Socialización.

El proceso mediante el cual los niños aprenden a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo inaceptable (negativo) en su comportamiento se llama socialización. Se espera que los niños aprendan, por ejemplo, que las agresiones físicas, el robo y el engaño son negativos, y que la cooperación, la honestidad y el compartir son positivos. Algunas teorías sugieren que la socialización sólo se aprende a través de la imitación o a través de un proceso de premios y castigos. Sin embargo, las teorías más recientes destacan el papel de las variables cognitivas y perceptivas, del pensamiento y el conocimiento, y sostienen que la madurez social exige la comprensión explícita o implícita de las reglas del comportamiento social aplicadas en las diferentes situaciones tipo.

La socialización también incluye la comprensión del concepto de moralidad. El psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberghas demostró que el pensamiento moral tiene tres niveles: en el inferior las reglas se cumplen sólo para evitar el castigo (nivel característico de los niños más pequeños), y en el superior el individuo comprende racionalmente los principios morales universales necesarios para la supervivencia social. Hay que tener en cuenta que la comprensión de la moralidad a menudo es incoherente con el comportamiento real, por lo que, como han mostrado algunas investigaciones empíricas, el comportamiento moral varía en cada situación y es impredecible.

Los psicólogos infantiles continúan interesados en la interacción de los condicionantes biológicos y las circunstancias ambientales que influyen en el comportamiento y su desarrollo, en el papel de las variables cognitivas en la socialización, especialmente en la adopción del rol sexual correspondiente, y en la comprensión misma de los procesos cognitivos, su adquisición y evolución. Actualmente, los psicólogos están de acuerdo en que determinados factores biológicos de riesgo, como el peso escaso en el momento del nacimiento, la falta de oxígeno antes o durante el mismo y otras desventajas físicas o fisiológicas son

importantes en el desarrollo y en el comportamiento posterior del individuo. Diversos estudios longitudinales tratan de determinar cómo los factores de riesgo afectan a las experiencias infantiles, y cómo las diferencias en estas experiencias afectan a su comportamiento. Estas investigaciones aportarán nuevos métodos de ayuda a los niños con factores de riesgo para un mejor desarrollo.

Por otro lado, la función de las variables cognitivas en el aprendizaje de los roles sexuales y los estereotipos sobre las diferencias sexuales entre los niños están en proceso de investigación, aunque sólo se han localizado pequeñas diferencias: por ejemplo, las niñas suelen ser mejores en las actividades que requieren capacidades verbales, y los niños en las que dependen de capacidades matemáticas; tampoco está claro cómo interactúan las condiciones innatas con las circunstancias ambientales para producir tales diferencias. Los roles sexuales se han definido nítidamente en nuestra cultura, pero la presión favorable para el cambio de estas pautas está rompiendo poco a poco los estereotipos, permitiendo que un individuo, con independencia de su sexo, cambie o adapte su comportamiento a las exigencias de las situaciones específicas con las que se enfrenta. Gran parte de las investigaciones actuales en psicología del desarrollo o evolutiva tratan de identificar los componentes cognitivos (la memoria o la capacidad de atención) empleados en la resolución de problemas. Algunos psicólogos estudian la identificación de los procesos que se presentan durante la transición de un nivel de pensamiento a otro en el desarrollo del individuo, (Salgado 2011).

2.4.6 Trastornos del lenguaje

FERNANDEZ, ZUÑIGA A. (2010) P, 96-102 menciona que:

Un trastorno específico del lenguaje, es aquella dificultad del funcionamiento lingüístico que se encuentra en personas sin afectaciones neurológicas o sensoriales detectables, con una inteligencia no verbal dentro de los límites de la normalidad y que, a pesar de una estimulación adecuada, una educación suficiente y unos progresos observables, no llegan a alcanzar un nivel de conocimiento

lingüístico que les permita comprender y expresarse de forma igualmente correcta en toda la gama posible de situaciones comunicativas. Toda alteración del lenguaje oral puede comprometer la comprensión y la expresión, afectando la formación de conceptos, pensamiento, aprendizaje formal, la interacción social y por consiguiente la autoestima y el auto concepto. Alteración de la fluidez del habla.- Relacionado con el déficit específico del ritmo y del tipo de fluidez del habla, se perciben en distintas situaciones ocasionando serias consecuencias en la comunicación y en la interacción con el ambiente que le rodea.

Difluencias: se considera como una alteración propia de la disfemia o tipos de tartamudez. La disfemia constituye la principal preocupación de las difluencias verbales. Suele aparecer entre los tres años de edad cuando el niño pasa de la fase simple a formular oraciones más largas. Se caracteriza por interrupciones bruscas, bloqueos y espasmos musculares que afectan con distinta intensidad la coordinación fono respiratoria y a los movimientos articulatorios. Es fundamentalmente un desorden del lenguaje y tics debidos a psiconeurosis. Habla no fluida o falta de fluidez: es una dificultad o alteración que ocurre durante el acto temporal de hablar o en aquellos niños(as) con trastornos severos fonológicos y/o del lenguaje.

Alteraciones de la fonación que afectan la voz.- Sobrevienen a una alteración orgánica o a una incoordinación de los músculos respiratorios, laríngeos y de las cavidades de resonancia que intervienen en el acto vocal y se conocen como disfonías o alteraciones de la fonación, habitualmente ligadas a un uso incorrecto de la voz,(Lemos 2008).

El lenguaje es un fenómeno trascendente para los seres humanos. Sus características específicas, propias de la especie, contribuyen a construir la vida en sociedad, al conocimiento del mundo, aprendizaje y a la transmisión cultural.

El desarrollo del lenguaje es complejo, implica una serie de habilidades que lo convierten en un fenómeno multidimensional, estrechamente ligado al desarrollo de los otros aspectos del desarrollo psicomotor, las funciones psicológicas y

también sociales. En la construcción del lenguaje se van integrando tres dimensiones básicas: el contenido, la forma y el uso.

- 1) La experiencia vital que tiene el niño con las personas, objetos y eventos del mundo que lo rodea, lo que origina el contenido del lenguaje.
- 2) El modo cómo se estructura este sistema en cuanto a sonidos, palabras y oraciones, considerada la forma del lenguaje.
- 3) Los propósitos con que se utiliza para la comunicación, denominado uso del lenguaje.

El lenguaje es un buen indicador del desarrollo cognitivo y rendimiento académico especialmente en los referente a las habilidades de lecto-escritura. Los déficit en esta área se asocian con problemas conductuales y psicosociales^{1,3}, dificultades en el contexto familiar, escolar y social.

La importancia de la pesquisa precoz de estos trastornos radica en la posibilidad de efectuar una intervención oportuna, la que permitiría mejorar el pronóstico de los afectados. En ausencia de una adecuada intervención, los problemas persistirían hasta la vida adulta en proporciones cercanas al 40 a 60%

La prevalencia estimada de trastornos del neuro desarrollo es de 12 a 16% en países industrializados¹. Se describe que el lenguaje es el área más frecuentemente afectada, reportándose rangos de prevalencia entre 5 y 8% de la población preescolar—cuando se estudian las dificultades específicas del habla y lenguaje combinadas. Otros estudios refieren prevalencia de hasta un 19% cuando se refieren a problemas específicos de lenguaje en grupos etéreos más amplios⁴

La Academia Americana de Pediatría, recomienda a los pediatras aplicar evaluaciones seriadas, para la pesquisa de trastornos del desarrollo, como parte rutinaria de las visitas de supervisión de salud. Además, existe un respaldo legislativo para incorporar a los niños con discapacidad a un programa de intervención precoz. El pediatra, por lo tanto, debería estar en condiciones de reconocer cuando un niño presenta problemas en el desarrollo en cualquiera de

sus dimensiones, brindar sugerencias generales de manejo a la familia y referir a los niños al especialista para una evaluación más específica, (Leliwa 2011).

En nuestro país, los sectores público y privado de atención funcionan como dos sistemas completamente separados. En el sector público, de acuerdo a recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSAL), se utiliza la escala TEPSI a la edad de 4 años, para la evaluación de desarrollo psicomotor. En el sector privado de atención, no está normado un sistema de pesquisa programada de los trastornos del desarrollo, por lo que la derivación se realiza en base a la sospecha de padres, profesores y pediatras.

El diagnóstico definitivo del déficit de lenguaje debe ser realizado por fonoaudiólogos con instrumentos apropiados para este fin. Lo anterior implica el uso de pruebas estructuradas de acuerdo a la edad de los niños; estas pruebas miden aspectos específicos del lenguaje y cuentan con las propiedades estadísticas básicas de validez y confiabilidad. Sin embargo, en niños muy pequeños o cuando los problemas de comprensión o atención no permiten la aplicación de un test, no basta sólo con la aplicación de instrumentos para efectuar el diagnóstico de las dificultades de lenguaje. En estos casos se recurre a pautas de cotejo, cuestionarios a los padres y otras formas de evaluación más ecológicas³ que permiten detectar los signos de alerta más importantes, (Lemos 2008).

2.4.7 Trastornos de tartamudez infantil

Según Sánchez Escobedo (2008) psicología clínica, editorial el manual moderno, S.A pág., 4 menciona que: la tartamudez es una condición común en el consultorio de la psicología clínica; iniciando alrededor de los 4 años de edad de manera gradual, trascurriendo varios meses durante los cuales se producen anomalías de la fluidez verbal episódicas, desapercibidas las cuales se van convirtiendo en un problema crónico”. Uno de los cuadros más frecuentes en la práctica clínica de foniatras y terapeutas del lenguaje, predomina en el sexo masculino. La tartamudez es “una alteración en la fluidez normal y en el patrón de

tiempo del habla, caracterizada por la presencia de difluencias que interfieren con el desempeño académico u ocupacional o con la comunicación social”.

El manual de Diagnósticos Internacional de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002) presenta una serie de criterios para el diagnóstico de la tartamudez.

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el diagnóstico de la tartamudez.

a. Alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizado por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos.

- Repeticiones de sonidos y sílabas
- Prolongaciones de sonidos
- Interjecciones
- Palabras fragmentadas (ej. Pausas dentro de una palabra)
- Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
- Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
- Palabras pronunciadas con un exceso de tensión física
- Repeticiones de palabras monosilábicas (ej. Yo-yo-yo le veo)

b. La antelación de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

c. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a este problema.

Hay evidencias sobre las características evolutivas del trastorno. Es decir el tartamudeo muestra diferentes manifestaciones a lo largo del desarrollo. Se ha planteado distintas clasificaciones de las etapas del trastorno desde su inicio. En general coinciden en el planteamiento de sus faltas de fluidez aparecen, en su forma más simple, en el comienzo de la dificultad y durante la adquisición del

lenguaje y el habla, y que se van complicando en función de las influencias ambientales y los factores del desarrollo y psicosociales.

A medida que el niño va creciendo, factores como las correcciones sobre su forma de hablar o el estrés pueden facilitar que los errores de fluidez se mantengan y se cronifiquen.

Las experiencias repetidas de problemas para comunicarse provocan en el niño sentimientos de frustración o vergüenza que generan en los sentimientos y actitudes negativas relacionadas con la comunicación (Starkweater, 1987; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006)

Incidencia y prevalencia

- La incidencia en la población hace referencia a la frecuencia con que una persona en algún momento de su vida ha sido diagnosticada tartamuda. Se tiene en cuenta episodios que ocurren en la primera infancia y desaparecen después. La incidencia se estima en la edad escolar a un 5% (Bloodstein, Mansson, 2002)
- La prevalencia en la población se refiere a la frecuencia con que el problema prevalece en una persona o continúa a lo largo del tiempo. El tartamudeo prevalece aproximadamente en el 1% de la población en la sociedad occidental. (APA, 2002)

Conductas asociadas

Con frecuencia estas alteraciones en el ritmo del habla pueden ser asociadas a otras conductas que veremos seguidamente a continuación como esfuerzo, pensamientos anticipatorios, emociones negativas, conductas de evitación y retraimiento social.

Fuerza al hablar

Paralelamente al hablar aparecen manifestaciones de esfuerzo y tensión. Se puede observar un aumento de la tensión muscular en el rostro o en los órganos

fonoarticuladores, así como en todo el cuerpo. Estas señales de esfuerzo producen a veces movimientos innecesarios, como cierre de ojos, movimientos de cabeza, boca abierta o movimientos en manos y piernas junto al bloqueo en una palabra. En otras ocasiones se puede percibir un aumento del volumen de la voz asociado a la repetición o al bloqueo al hablar. Estos signos indican que el habla está siendo difícil.

Conductas de evitación

Igualmente, las dificultades para expresarse se acompañan, con frecuencia, la conducta de evitación de la situación. Esta tendencia a evitar hablar está relacionado con la experiencia negativa acumulada y con la ansiedad o temor a tartamudear que el niño ha podido experimentar a lo largo del tiempo. Por tanto, que el corazón le late deprisa o que le falta aire a veces cuando habla o se atasca.

Pensamientos negativos

De la misma forma, esta experiencia negativa prolongada influye en los pensamientos y actitudes que genera el niño en relación con su dificultad para hablar. Estos pensamientos son habituales al enfrentarse al tartamudeo y caracterizan también el trastorno, constituyendo una parte importante de este sobre cuando está más avanzado. Así se instauran pensamientos de temor o de anticipación, y el niño anticipa que se van a burlar o que se va a atascar con algunas palabras que considera difíciles o ante situaciones o personas que teme.

Sentimientos negativos

Por otro lado, en relación con estos pensamientos y sus dificultades, aparecen sentimientos de frustración o vergüenza e incluso puede aparecer valoración negativa de sí mismo y baja autoestima.

Relaciones sociales alteradas

Estas conductas de evitación y los pensamientos negativos hacia la comunicación también suelen alterar las relaciones sociales del niño, siempre que evite

comunicarse con otros compañeros o con adultos. La evitación de estas situaciones va conformando una falta de habilidad social que aparece frecuentemente en paralelo al tartamudeo.

Estas conductas generan a su vez diferentes manifestaciones irregulares en la expresión para intentar retrasar u ocultar las dificultades: sustituir palabras o dar un rodeo, hacer pausas innecesarias, incluir interjecciones o prefijos antes de la palabra y pretender evitar las palabras o los momentos en los que se piensa que se va a tartamudear (Van Riper, 1982; Riley y Rley, 1985; Ham, 1990; Bloodstein, 1995; Guitar, 2006).

La sintomatología varía con la etapa de desarrollo del trastorno, los investigadores del tema han dividido los síntomas en etapas:

Fase inicial: de las repeticiones primarias o iniciales, que se producen siguiendo el ritmo normal del habla, sería la llamada “tartamudez fisiológica o evolutiva”. Son las repeticiones y vacilaciones del niño que inicia su aprendizaje del lenguaje y en el cual la competencia supera a la ejecución lingüística. Ocurre alrededor de los 3 años de edad. En esta etapa la terapia debe ser indirecta, dirigida al ambiente.

Tartamudez inicial: es cuando ocurren repeticiones espasmódicas, más lentas. Es la llamada “tartamudez de transición”, ocurre cuando el niño tiene 6 a 7 años.

Tartamudez intermedia: es la etapa tónica, el habla sufre interrupciones evidentes, el niño enrojece y no emite sonidos, luego el discurso aparece en forma violenta. Es la llamada “tartamudez confirmada”, el niño ya sabe que su manera de hablar es un problema, por tanto la terapia debe ser directa, con el niño.

Tartamudez avanzada: en esta etapa aparecen los movimientos asociados y los trastornos respiratorios. La tartamudez se mantiene en el tiempo, por la llamada “conducta de evitación”, cuando el niño anticipa la situación estresara (hablar o leer en público), se dispara en él la respuesta de ansiedad, esto ocasiona que el niño evite esta situación a través de aplazar, ignorar o inhibirse de hablar, con esto

él logra bajar sus niveles de ansiedad, llegar al equilibrio y reforzar la conducta, (Fernández 2011).

2.5 Formulación de Hipótesis

2.5.1 General

- La ansiedad existente en los niños incide los trastornos de tartamudez en los niños de la escuela Rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

2.5.2. Particular

- El 55% de los niños padecen ansiedad producto de la afectación en el área emocional.
- El 40% de los niños presenta tartamudez intermedia debido a la ansiedad.

2.6 Señalamiento de las Variables de la Hipótesis

Variable Independiente

La ansiedad

Variable Dependiente

Trastornos Tartamudez infantil

Termino de Relación

Incide

Variable de observación

Escuela rural Eugenio Espejo del cantón de Pelileo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque Investigativo

La investigación se realizó bajo el paradigma crítico-propositivo con un enfoque cualitativo – cuantitativo. Es cualitativa porque se utilizaron técnicas que proporcionan información que permitió la comprensión de fenómenos psicológicos y está sujeta a la interpretación de sus variables. Es cuantitativa debido a que los resultados obtenidos estarán sujetos a tabulación para validar la investigación.

3.2 Modalidad de la Investigación

Dentro de la presente investigación se hará uso de una infinidad de instrumentos y de técnicas. Para la recolección y registro de datos, entre los cuales debemos mencionar: Investigación de campo, bibliográfica y documental.

Investigación de Campo.- Debido a que se realizará un estudio sistémico en el lugar donde se produce los hechos de forma directa.

Es bibliográfica.- Debido a que la investigación se sustenta con fundamentos teóricos científicos de páginas electrónicas revistas, libros, tesis etc.

Por lo tanto la investigación será mixta porque recoge datos descriptivos de campo e información fidedigna de documentos bibliográficos.

Es documental.- Debido a que la investigación también estará fundamentada en documentos publicados, artículos científicos, reportes técnicos etc.

Se utilizara las siguientes técnicas.

Entrevista: la entrevista es la conversación directa entre uno o varios entrevistados y uno o varios entrevistados, con el fin de obtener información vinculada al objeto de estudio.

Observación: es una técnica que consiste en poner atención, en un aspecto de la realidad y en recoger datos de los signos de conducta, para su posterior análisis e interpretación sobre la base de un marco teórico, que permite llegar a conclusiones y toma de decisiones.

Test: es un instrumento de evaluación, se utiliza para recoger información en el test de ansiedad stai-c

Cuestionario: estructurado sobre tartamudez infantil

Ficha de observación: es un instrumento para la recolección de datos, se describe lo observado, destacando los aspectos más sobresalientes del fenómeno o situación que se investiga.

3.3 Nivel o Tipo de Investigación

El nivel en el cual se desarrolla la presente investigación es el descriptivo debido a que se pretende analizar la ansiedad y la sintomatología de los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela Eugenio Espejo ,a través de la observación directa: en base a este se pretende llegar a un nivel explicativo mediante el cual se verifiquen las hipótesis y se determinara el grado de ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil de los niños de la escuela Eugenio espejo llegando así a la conclusión de que estas dos variables, mantienen una estrecha relación, convirtiéndose en la pauta para desarrollar una propuesta de solución en base al análisis obtenido del fenómeno en proceso de investigación.

3.4 Población y Muestra

La población determinada previamente se conocerá aplicando una encuesta exploratoria que será aplicada a 80 niños, buscando detectar el número de estudiantes que presentan ansiedad mismos que constituyen la muestra de la investigación previa muestra exploratoria.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems básicos	Instrumentos
La ansiedad es un miedo anticipado y una señal inminente que permite a la persona que adopte medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.	Factor temor	Es un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y preocupación es significativo.	1.M siento angustiado 2.Me encuentro confuso 3.Me siento molesto 4.Tengo miedo	Intervalo de ansiedad estado –rango “STAI-C”
	Factor tranquilidad	Es un estado emocional de jovialidad en un medio que satisface las necesidades de confort y seguridad.	5.Me encuentro descansado 6. Estoy relajado 7.Me siento calmado	
	Factor preocupación	Estado emocional de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable.	8.Me preocupan las cosas del colegio 9.Me preocupan las cosas que puedan ocurrir 10.Me preocupo demasiado	
	Factor evitación	Estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación ya el sujeto concibe minusvalía e inseguridad a sí mismo.	11.Me cuesta decidirme en lo que tengo k hacer 12.Me cuesta enfrentar a mis problemas 13. Me cuesta tomar una decisión.	
	Factor Somatización.	Manifestaciones orgánicas que generan preocupación.	14.Noto que mi corazón late más rápido 15.Tengo sensaciones raras en el estomago 16.Me cuesta quedarme dormido por las noches	
	Factor ira tristeza	Son sentimientos encontrados desde deseo de cambio hasta estados depresivos	17.Me encuentro molesto 18.Siento ganas de llorar	

VARIABLE DEPENDIENTE

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems básicos	Instrumentos
<p>La tartamudez es una alteración en la fluidez normal y en el patrón de tiempo del habla, caracterizada por la presencia de difluencias que interfieren con el desempeño académico u ocupacional o con la comunicación social.</p>	Grado inicial	<p>Presencia de difluencias en el habla, dadas por: interjecciones, prolongaciones, repeticiones (de sonidos, sílabas, palabras, grupos de palabras), bloqueos.</p> <p>Alteración funcional de la respiración.</p>	<p>10. Repite correctamente frases de 3 o más elementos.</p> <p>3. Presenta una buena capacidad de imitación de sonidos, gestos o movimientos ante un modelo.</p> <p>6. Presenta algún problema respiratorio</p>	<p>Cuestionario estructurado para padres</p>
	grado Tartamudez limite	<p>Excesiva tensión muscular en los órganos fonarticulatorios.</p> <p>Cambios en la tasa de velocidad del habla.</p>	<p>4. A simple vista sus órganos bucofonatorios son normales, si no es así indíquenos cual presenta anomalía (labios, boca, lengua, dientes.)</p>	
	grado Tartamudez intermedia	<p>Sentimientos de frustración, ansiedad y vergüenza al habla.</p>	<p>7. Su habla es entendible para usted y sus compañeros.</p> <p>5. imita expresiones faciales de risa, llanto, miedo o alegría.</p>	
	grado Tartamudez avanzada		<p>2. Narra secuencias de una historia con un orden lógico.</p> <p>9. Articula correctamente palabras de tres o más sílabas.</p>	

3.6 PLAN DERECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Padres de familia y estudiantes.
3. ¿Sobre qué aspectos?	La ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigador: Darío Freire
5. ¿Cuándo?	Marzo - septiembre 2014
6. ¿Dónde?	Escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.
7. ¿Cuántas veces?	Las veces que se requieran.
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Entrevista (Cuestionario), test de ansiedad y observación.
9. ¿Con qué?	Instrumento: Preguntas del Cuestionario Ficha de observación de la institución. Test de ansiedad stai-c.
10. ¿En qué situación?	Cuando asisten a la institución educativa

Fuente y elaboración: Investigador

3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente.
- En caso de fallas se procederá a la corrección para las reestructuraciones de la información.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Análisis e interpretación de resultados, con apoyo del marco teórico.
- Establecimiento de Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Test Stai de Ansiedad Anexo N° 1

Resultados del test Stai de ansiedad aplicados a los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

Factor Temor:

1. Me siento angustiado

Cuadro N° 1

Me siento angustiado

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	20	25%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	40	50%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 50% de niños evaluados menciona sentirse angustiado, mientras que el 25% refiere sentirse poco angustiado y el 25% aduce no sentirse angustiado.

Gráfico N° 1



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadístico se determinó que la mayoría de los evaluados aduce sentirse angustiado, manifestando esta angustia como un componente de un malestar que está claramente identificado en la mayoría de los niños sometidos a investigación, que lleva como consecuencia a una ansiedad del tipo **Ansiedad Estado**.

2. Me encuentro confuso

Cuadro N° 2

Me encuentro confuso

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	13	16%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	47	59%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 59% de niños evaluados menciona encontrarse confuso en alguna situación, mientras que el 25% refiere encontrarse poco confuso y el 16% aduce no sentirse confuso.

Gráfico N° 2



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadístico se determina que una sexta parte de los evaluados se muestra siendo esta una mayoría notable se siente confuso, en cuanto a no saber cuál es su objetivo, ya que no tienen un rumbo u horizonte fijo por lo que la incertidumbre y la confusión están claramente en esta población, generando altos niveles de ansiedad del tipo **Ansiedad Estado**.

3. Me siento molesto

Cuadro N° 3

Me siento molesto

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	60	75%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 75% de niños evaluados menciona sentirse molesto, mientras que el 25% refiere sentirse poco molesto y el 0% aduce no sentirse molesto.

Gráfico N° 3



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadística se evidencia que todos los factores tienen una estrecha relación ya que la tranquilidad, el tener un buen descanso y el desenvolvimiento adecuado dan un equilibrio que permite estar acorde con las emociones, pero como todos estos factores están afectados la mayoría de los niños evaluados se encuentran molestos, generando una ansiedad de tipo **Ansiedad de Estado**.

4. Tengo miedo

Cuadro N° 4

Tengo miedo

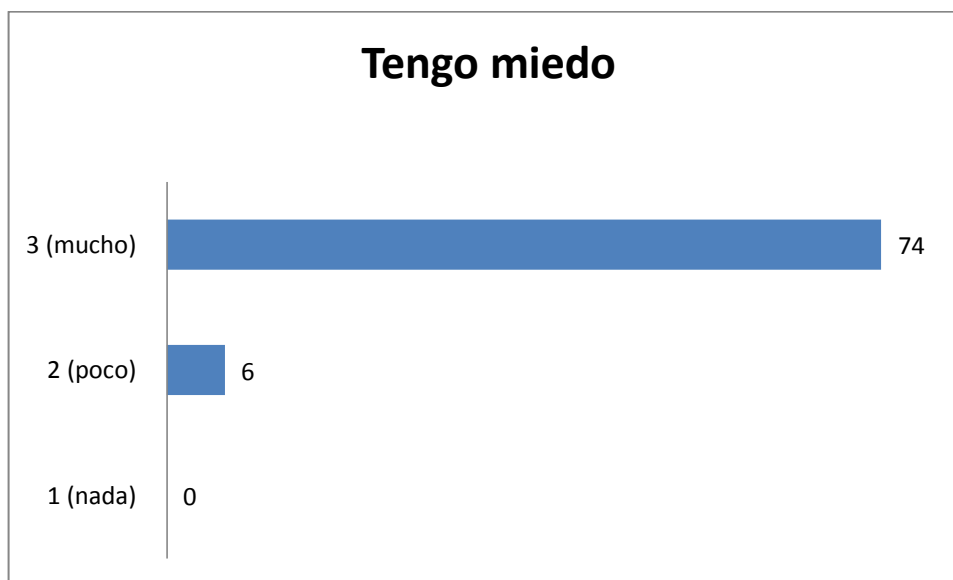
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	6	8%
3 (mucho)	74	92%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 92% de niños evaluados menciona tener miedo, mientras que el 8% refiere tener poco miedo y el 0% aduce no tener miedo.

Gráfico N° 4



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadístico se evidencia que un gran porcentaje de los evaluados menciona tener miedo, este factor se hace evidente en la mayoría de los niños investigados denotando no estar adaptados al ambiente donde se encuentran ya que se sienten vulnerables e inseguros, generando altos niveles de ansiedad de tipo **Ansiedad Estado**.

Factor Tranquilidad:

5. Me encuentro descansado

Cuadro N° 5

Me encuentro descansado

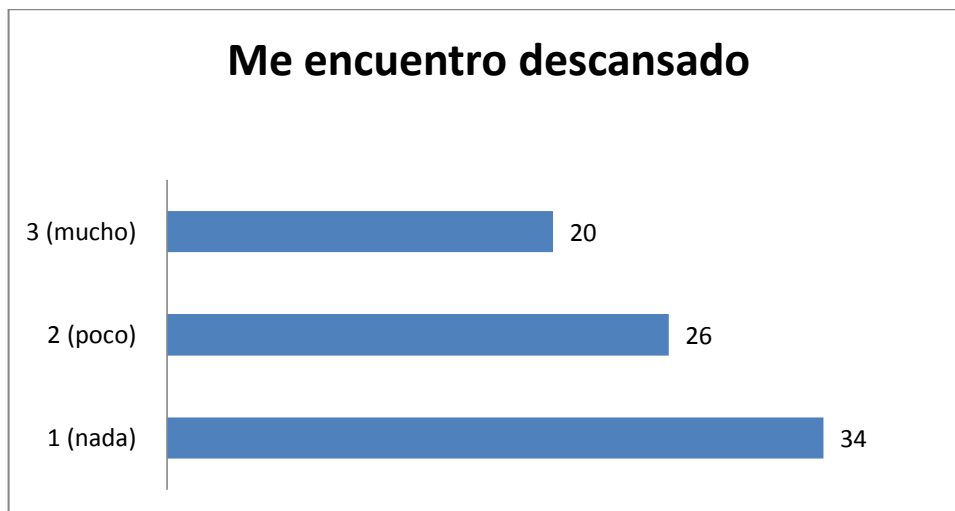
Variable	N°	
	Casos	Porcentaje
1 (nada)	34	42%
2 (poco)	26	33%
3 (mucho)	20	25%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 33% de niños evaluados menciona encontrarse poco descansado, mientras que el 25% refiere sentirse descansado y el 42% aduce no encontrarse descansado.

Gráfico N° 5



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadístico, se evidencia que este ítems se relación directamente con el factor tranquilidad donde se mencionó el sueño como pregunta donde se denoto que no existe un descanso adecuado en estos niños que demuestran ansiedad evidente del tipo **Ansiedad Estado**.

6. Estoy relajado

Cuadro N° 6

Estoy relajado

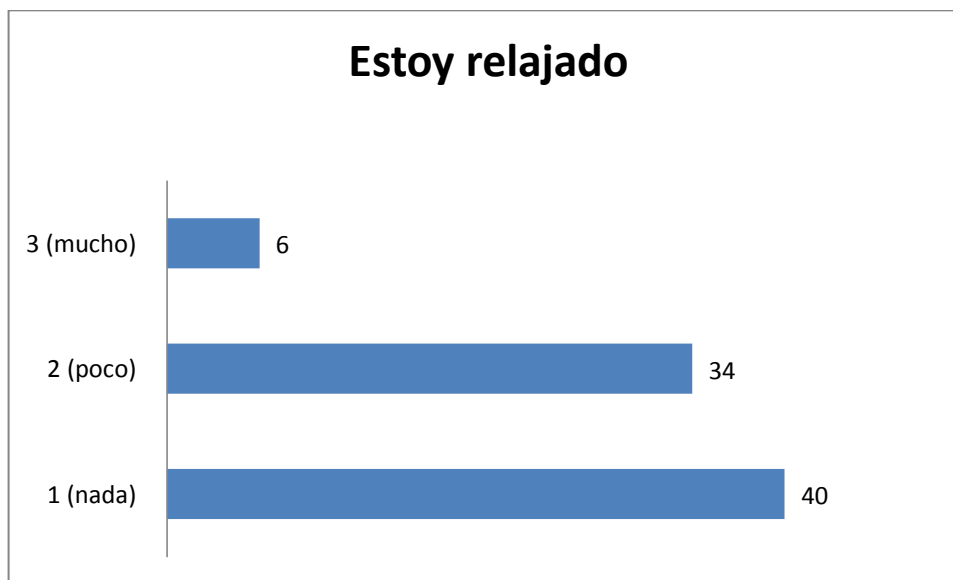
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	40	50%
2 (poco)	34	42%
3 (mucho)	6	8%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 50% de niños evaluados menciona estar nada relajado, mientras que el 8% refiere sentirse relajado y el 42% aduce estar poco relajado.

Gráfico N° 6



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida en el Gráfico estadístico dio como resultado que la mayoría de los evaluados no se encuentra nada relajado, seguido por un porcentaje mucho menor donde aducen estar poco relajados, esta intranquilidad claramente dificulta el buen funcionamiento de los niños en su ambiente biopsicosocial, generando ansiedad del tipo **Ansiedad Estado**.

7. Me siento calmado

Cuadro N° 7

Me siento calmado

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	54	68%
2 (poco)	13	16%
3 (mucho)	13	16%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 68% de niños evaluados menciona sentirse nada calmado, mientras que el 16% refiere sentirse calmado y el 16% aduce sentirse poco calmado.

Gráfico N° 7



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

En el Gráfico estadístico se muestra que los evaluados en su mayoría evidencian sentirse nada calmados esto es preocupante ya que se manifiesta intranquilidad en los niños, el tener calma en lo que se hace es fundamental para funcionar de buena manera, ya que la tranquilidad es un factor fundamental para el buen desenvolvimiento de las personas, generando ansiedad de tipo **Ansiedad Estado**.

Factor Preocupación:

8. Me preocupan las cosas del colegio (escuela)

Cuadro N° 8

Me preocupan las cosas del colegio (escuela)

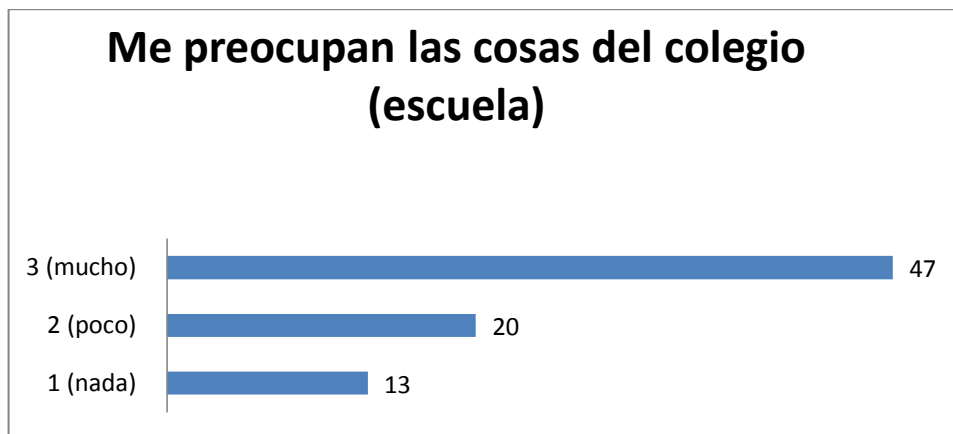
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	13	16%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	47	59%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 59% de niños evaluados menciona encontrarse preocupado por las cosas del colegio (escuela), mientras que el 25% refiere sentirse poco preocupado por las cosas del colegio (escuela) y el 16% aduce no encontrarse preocupado por las cosas del colegio (escuela).

Gráfico N° 8



Fuente: Realizado por Darío Freire (2013)

Interpretación

Mediante la información obtenida se observa que la mitad de los evaluados tiende a preocuparse por cosas del colegio (escuela), demostrando que el ambiente educativo es también un precursor de la ansiedad que pueden presentar los niños, es ahí donde entran los profesores y personas involucradas en este ámbito que no está siendo el agrado de los niños, con ansiedad del tipo **Ansiedad Rasgo**.

9. Me preocupan las cosas que puedan ocurrir

Cuadro N° 9

Me preocupan las cosas que puedan ocurrir

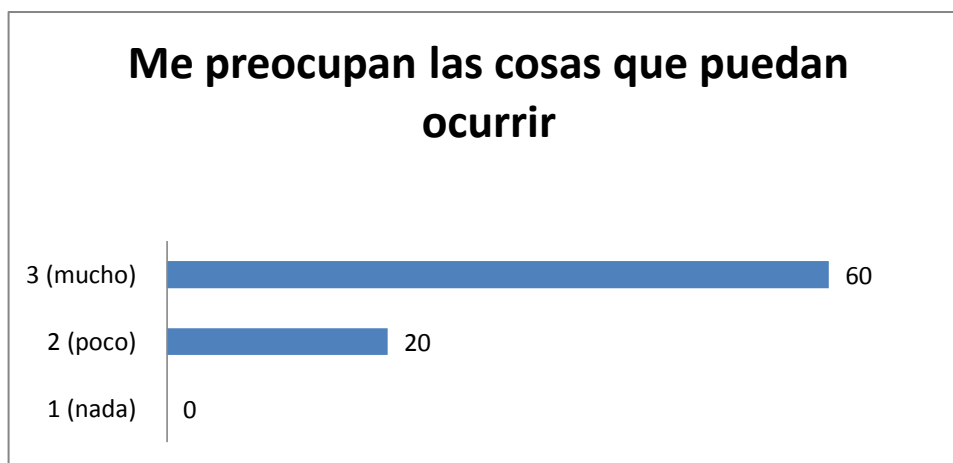
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	60	75%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 25% de niños evaluados menciona preocuparse poco por las cosas que puedan ocurrir, mientras que el 75% refiere sentirse preocupado por las cosas que puedan ocurrir y el 0% aduce no sentirse preocupado las cosas que puedan ocurrir.

Gráfico N° 9



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando los resultados obtenidos se pudo evidenciar que la mayoría de los evaluados se preocupan de las cosas que puedan ocurrir, mostrando una anticipación inadecuada de las cosas que pueden darse, dando un criterio adelantado de los eventos que están por llegar, llenándose de incertidumbre y ansiedad claramente evidenciada de tipo **Ansiedad Rasgo**.

10. Me preocupo demasiado

Cuadro N° 10

Me preocupo demasiado

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	13	16%
3 (mucho)	67	84%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 16% de niños evaluados menciona preocuparse poco, mientras que el 84% refiere sentirse preocupado y el 0% aduce no sentirse preocupado.

Gráfico N° 10



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida se evidencia que la mayoría de los evaluados se preocupa por situaciones cotidianas que se presentan a diario en el ambiente que se desenvuelven los niños, esta preocupación que denotan es signo evidente de que están ansiosos por todo lo que puede ocurrir, provocando un malestar significativo, generando ansiedad de tipo **Ansiedad Rasgo**.

Factor Evitación:

11. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer

Cuadro N° 11

Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer

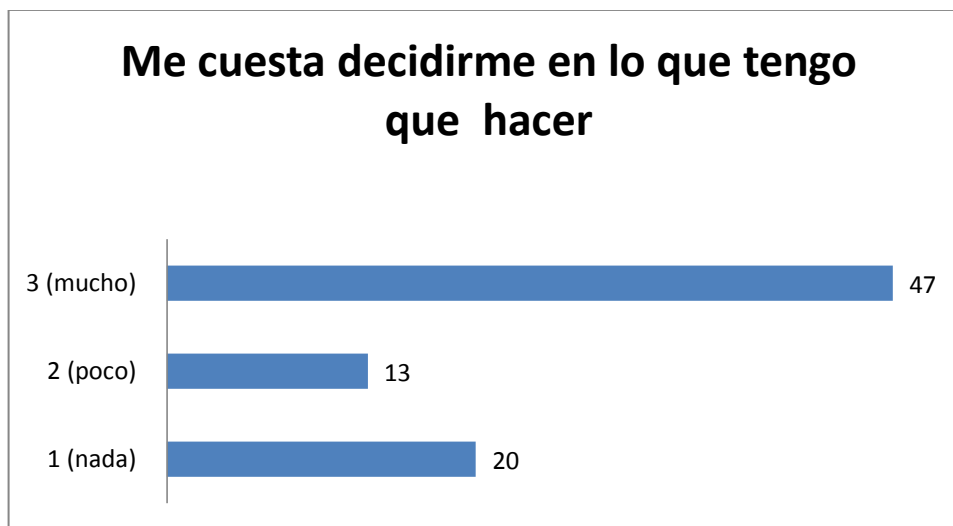
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	20	25%
2 (poco)	13	16%
3 (mucho)	47	59%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 16% de niños evaluados menciona que le cuesta poco decidirse en lo que tiene que hacer, mientras que el 59% refiere que le cuesta decidirse en lo que tiene que hacer y el 25% aduce que no le cuesta decidirse en lo que tiene que hacer.

Gráfico N° 11



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información obtenida en el cuadro estadístico se evidencia que la gran mayoría de los evaluados les cuesta decidirse en lo que tienen que hacer, evidenciando una necesidad de aprobación de otras personas que pueden ser amigos o familiares denotando un complejo inferioridad que puede llevar a tener personas dependientes en la edad adulta, es ansiedad de tipo **Ansiedad Rasgo**.

12. Me cuesta enfrentar a mis problemas

Cuadro N° 12

Me cuesta enfrentar a mis problemas

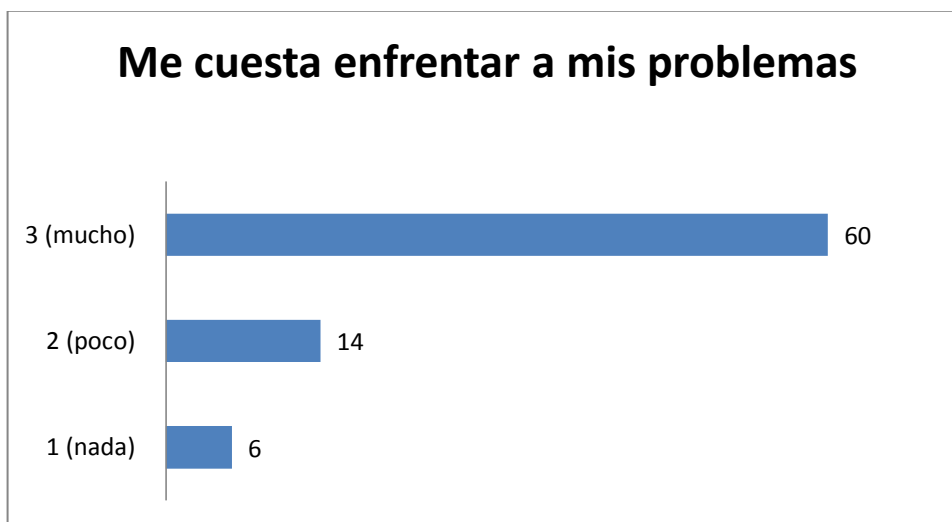
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	6	9%
2 (poco)	14	16%
3 (mucho)	60	75%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 75% de niños evaluados menciona que le cuesta enfrentarse a sus problemas, mientras que el 16% refiere que le cuesta poco enfrentarse a sus problemas y el 9% aduce que lo le cuesta nada enfrentarse a sus problemas.

Gráfico N° 12



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Se obtuvo como resultado que la mayoría de los evaluados tienen dificultad en poder enfrentarse a sus problemas, esta dificultad manifestada demuestra inseguridad en los niños y el temor para poder expresar sus ideas por lo que prefieren evitar toda situación donde puedan estar expuestos a situaciones estresantes o que les puedan tener ansiedad de tipo **Ansiedad Rasgo**.

13. Me cuesta tomar una decisión

Cuadro N° 13

Me cuesta tomar una decisión

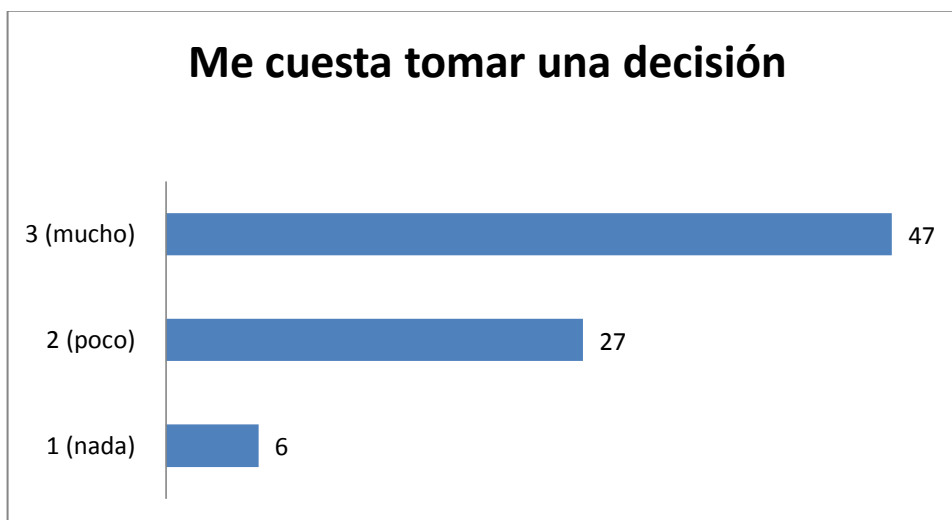
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	6	7%
2 (poco)	27	34%
3 (mucho)	47	59%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 59% de niños evaluados menciona que le cuesta tomar una decisión, mientras que el 34% refiere que le cuesta poco tomar una decisión y el 7% aduce que no le cuesta nada tomar una decisión.

Gráfico N° 13



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante el Gráfico estadístico obtenido se puede deducir que a la gran mayoría de los evaluados les cuesta tomar una decisión de manera parida oportuna y que sea la adecuada ya que no tienen el poder ni la fortaleza necesaria para poder hacerlo, es preocupante evidenciar que al estar fuera del cuidado de los padres no puedan desempeñarse bien solos. **Es tipo de Ansiedad Rasgo.**

Factor Somatización:

14. Noto que mi corazón late más rápido

Cuadro N° 14

Noto que mi corazón late más rápido

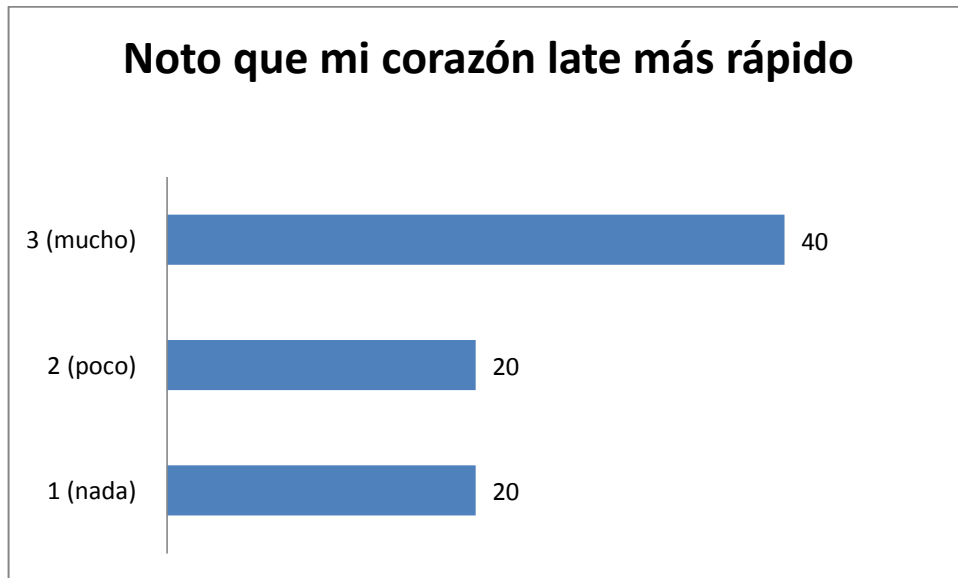
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	20	25%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	40	50%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 50% de niños evaluados menciona notar mucho que su corazón late más rápido, mientras que el 25% refiere notar poco que su corazón late más rápido y el 25% aduce no notar que su corazón late más rápido.

Gráfico N° 14



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante la información recogida, reflejada en los resultados que muestra el Gráfico estadístico se puede aducir que la mitad de los evaluados presenta como síntoma que su corazón late más rápido de lo común o de lo normalmente establecido, mostrando un ritmo de vida no acorde a lo habitual para un niño. Es del tipo **Ansiedad Rasgo**.

15. Tengo sensaciones raras en el estomago

Cuadro N° 15

Tengo sensaciones raras en el estomago

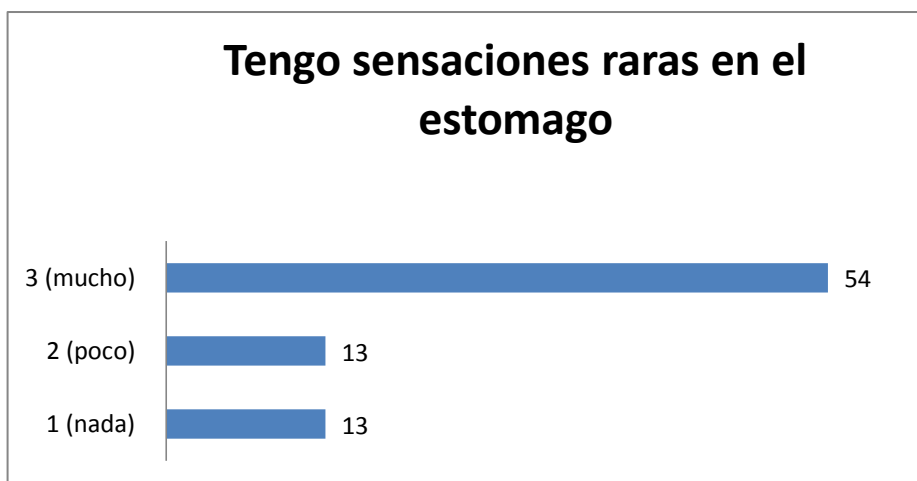
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	13	16%
2 (poco)	13	16%
3 (mucho)	54	68%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 68% de niños evaluados menciona tener muchas veces sensaciones raras en el estómago, mientras que el 16% refiere que tiene pocas sensaciones raras en el estómago y el 16% aduce no tener sensaciones raras en el estómago.

Gráfico N° 15



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Mediante lo reflejado por el Gráfico estadístico podemos deducir que la mas mitad de los niños menciona tener sensaciones raras en el estómago, evidenciando que esto signo manifestado por los niños es uno de los más frecuentes para deducir la presencia de ansiedad en los niños. Es del tipo **Ansiedad Rasgo**.

16. Me cuesta quedarme dormido por las noches

Cuadro N° 16

Me cuesta quedarme dormido por las noches

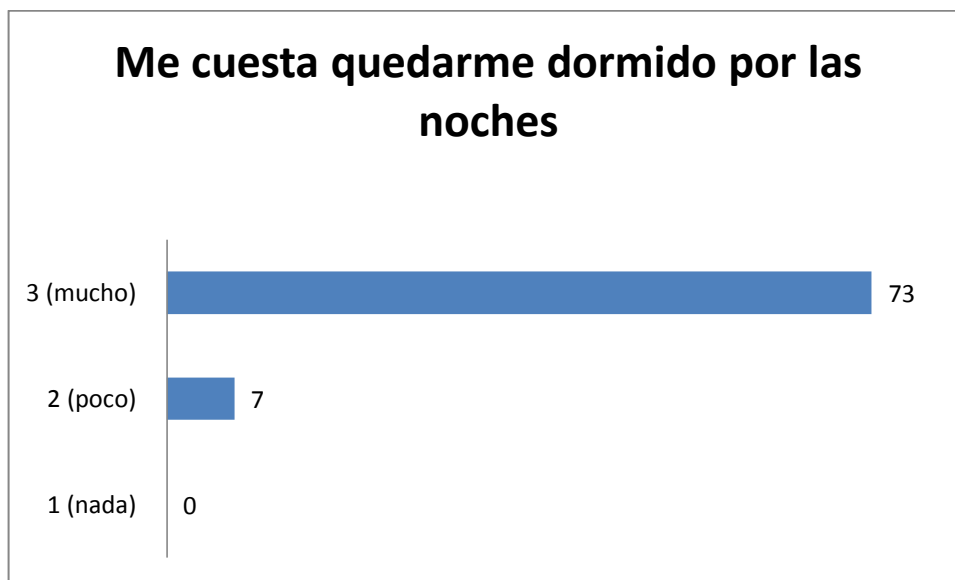
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	7	9%
3 (mucho)	73	91%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 91% de niños evaluados menciona que le cuesta mucho quedarse dormido por las noches, mientras que el 9% refiere que le cuesta poco quedarse dormido por las noches y el 0% aduce que lo le cuesta nada quedarse dormido por las noches.

Gráfico N° 16



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

En el gráfico estadístico, el mayor porcentaje de niños menciona que les cuesta quedarse dormidos por las noches, mostrando tener cuestiones que lo les deja descansar con facilidad y tener un restablecimiento de sus energías y de su estado de ánimo para poder desempeñarse de mejor manera en lo que realiza. Es del tipo **Ansiedad Rasgo**.

Factor Ira -Tristeza

17. Me encuentro molesto

Cuadro N° 17

Me encuentro molesto

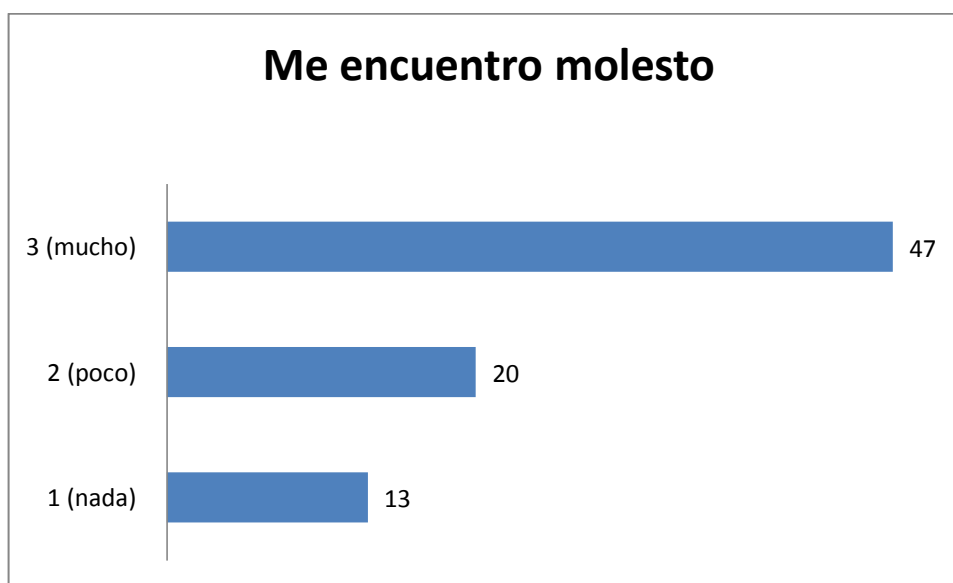
Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	13	16%
2 (poco)	20	25%
3 (mucho)	47	59%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 59% de niños evaluados menciona encontrarse mucho molesto, mientras que el 25% refiere encontrarse poco molesto y el 16% aduce no encontrarse molesto.

Gráfico N° 17



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

En la información recogida mediante el test se puede evidenciar claramente que la mitad de los niños evaluados refiere encontrarse molesto por alguna situación, esto refleja también la tensión que existe en el ambiente que se desenvuelven los niños donde predomina la agresividad y en ocasiones maltrato entre niños. Es del tipo **Ansiedad Rasgo**.

18. Siento ganas de llorar

Cuadro N° 18

Siento ganas de llorar

Variable	N° Casos	Porcentaje
1 (nada)	0	0%
2 (poco)	13	16%
3 (mucho)	67	84%
Total	80	100%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Análisis

Del 100%, el 84% de niños evaluados menciona sentir muchas ganas de llorar, mientras que el 16% refiere sentirse con pocas ganas de llorar y el 0% aduce no sentir ganas de llorar.

Gráfico N° 18



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico resulta preocupante el grado elevado de niños que mencionan tener pocas ganas de llorar, esto refleja claramente que los niños tienden a estar muy expuestos a diferentes situaciones donde les causa ansiedad y tristeza como lo indica el factor tristeza –ira donde se encasilla esta pregunta. Es del tipo **Ansiedad Rasgo**.

Resultado Final del test stai-c

Cuadro N° 19

Niños sin ansiedad	Niños con rasgo de ansiedad	Niños con ansiedad
14	20	46
17%	25%	58%

Fuente: Test Stai Aplicado a niños.

Gráfico N° 19



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

4.1.2 CUESTIONARIO ESTRUCTURADO SOBRE TARTAMUDEZ INFANTIL PARA PADRES

Resultados del cuestionario estructurado sobre tartamudez infantil aplicados a los padres de los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

1.- ¿Su hijo utiliza en su lenguaje cotidiano artículos, adjetivos, pronombre y nexos de manera correcta?

Cuadro N° 20

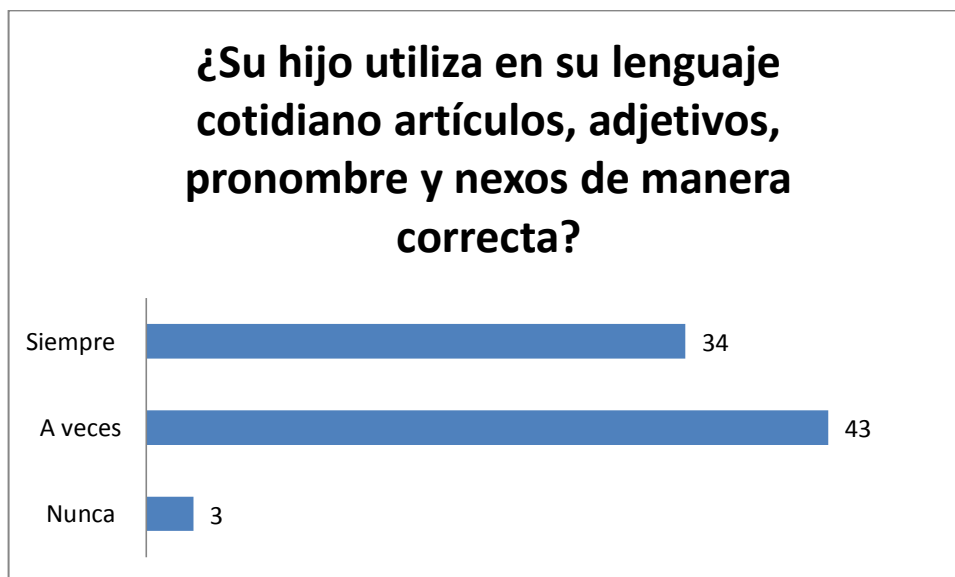
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	3	4%
A veces	43	54%
Siempre	34	42%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 54% de padres evaluados menciona que su hijo a veces utiliza en su lenguaje cotidiano artículos, adjetivos, pronombre y nexos de manera correcta, mientras que el 42% refiere que siempre lo hacen el 4% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 20



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico da como respuesta que la mayoría de los niños no tiene un lenguaje cotidiano fluido y coherente ni utiliza todos los argumentos lingüísticos necesarios para poder expresarse de manera correcta.

2.- ¿Su hijo narra secuencias de una historia con un orden lógico?

Cuadro N° 21

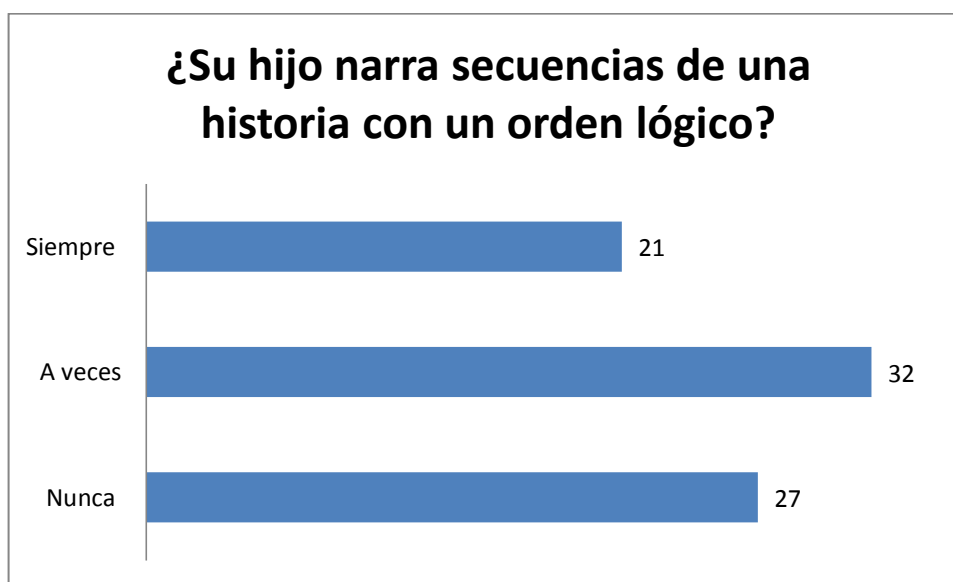
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	27	34%
A veces	32	40%
Siempre	21	26%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 34% de padres evaluados menciona que su hijo nunca narra secuencias de una historia con un orden lógico, mientras que el 40% refiere que a veces lo hacen el 26% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 21



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se evidencia que la mayoría de los niños solo a veces narra una historia con orden lógico ya que con frecuencia tienden a cambiar el contenido de la misma por no tener argumentos lingüísticos con que hacerlo.

3- Su hijo presenta una buena capacidad de imitación de sonidos, gestos o movimientos ante un modelo.

Cuadro N° 22

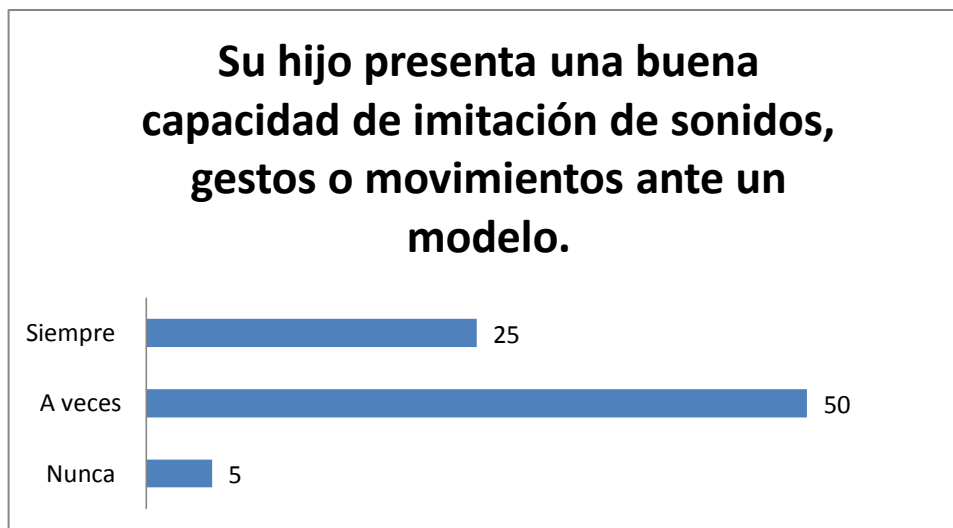
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	5	6%
A veces	50	63%
Siempre	25	31%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 31% de padres evaluados menciona que su hijo siempre presenta una buena capacidad de imitación de sonidos, gestos o movimientos ante un modelo, mientras que el 63% refiere que a veces lo hacen el 6% aduce que lo hacen.

Gráfico N° 22



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se evidencia como resultado una dificultad en la imitación de sonidos de una manera, cabe mencionar que la mayoría de los padres no ayuda mucho en la pronunciación correcta de sonidos o de mencionar las cosas como verdaderamente es sino utilizan muchos diminutivos.

4.- ¿A su hijo le afecta emocionalmente el no poder hablar con fluidez al relacionarse con otros niños o personas)?

Cuadro N° 23

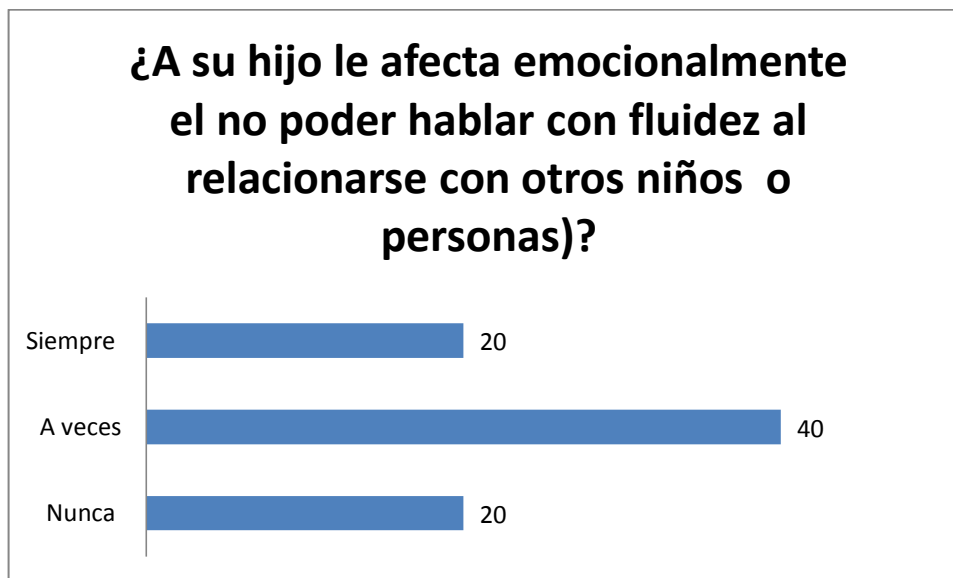
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	20	25%
A veces	40	50%
Siempre	20	25%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 50% de padres evaluados menciona que a veces sus hijos tienen problemas para relacionarse con otros niños o personas, mientras que el 25% de cada uno refiere tener dificultad en relacionarse y 25% aduce que sus hijos no tienen ningún problema al relacionarse.

Gráfico N° 23



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico da como respuesta que la mayoría de los niños a veces tiene dificultades al relacionarse con otros niños o personas lo que evidencia una afectación emocional y en el autoestima de los niños.

5.- Su hijo imita expresiones faciales de risa. Llanto, miedo, enfado o alegría.

Cuadro N° 24

Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	4	5%
A veces	50	62%
Siempre	26	33%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 5% de padres evaluados menciona que su hijo nunca imita expresiones faciales de risa, llanto, miedo, enfado o alegría, mientras que el 62% refiere que a veces lo hacen el 33% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 24



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se puede evidenciar que la mayoría de los niños si imita conductas que observa de otras personas por lo que es fundamental el ambiente donde se desarrolla en niño.

6.- ¿Su hijo presenta algún problema en algún órgano respiratorio?

Cuadro N° 25

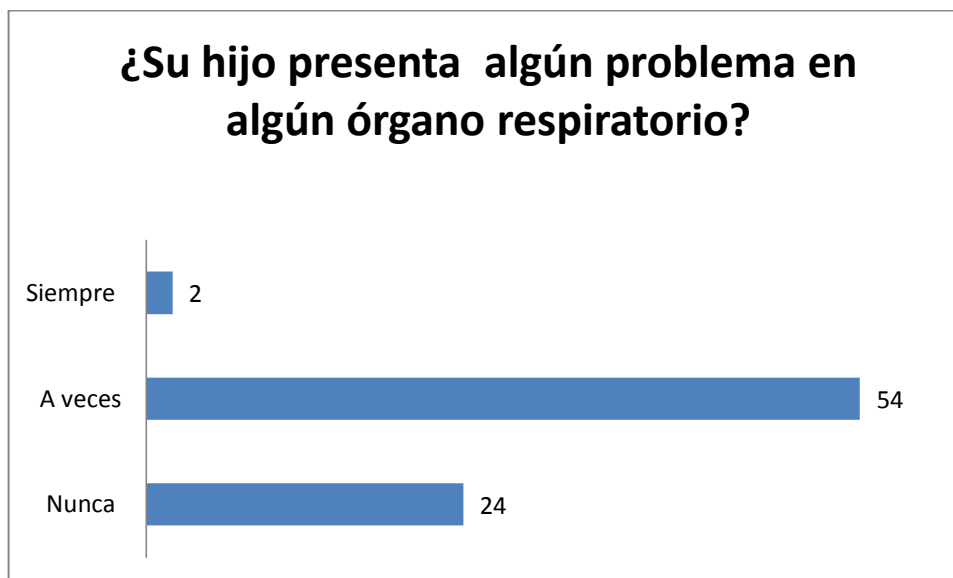
Variable	N°	
	Casos	Porcentaje
Nunca	24	30%
A veces	54	67%
Siempre	2	3%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 67% de padres evaluados menciona que su hijo a veces ha tenido un problema respiratorio, mientras que el 30% refiere que nunca lo hacen el 3% aduce que siempre lo tiene.

Gráfico N° 25



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se evidencia que la gran mayoría de los niños no tienen dificultades respiratorias graves que en ocasiones si se presentan pero son más de orden emocional más no orgánico.

7.- ¿El habla de su hijo es entendible para usted y sus compañeros?

Cuadro N° 26

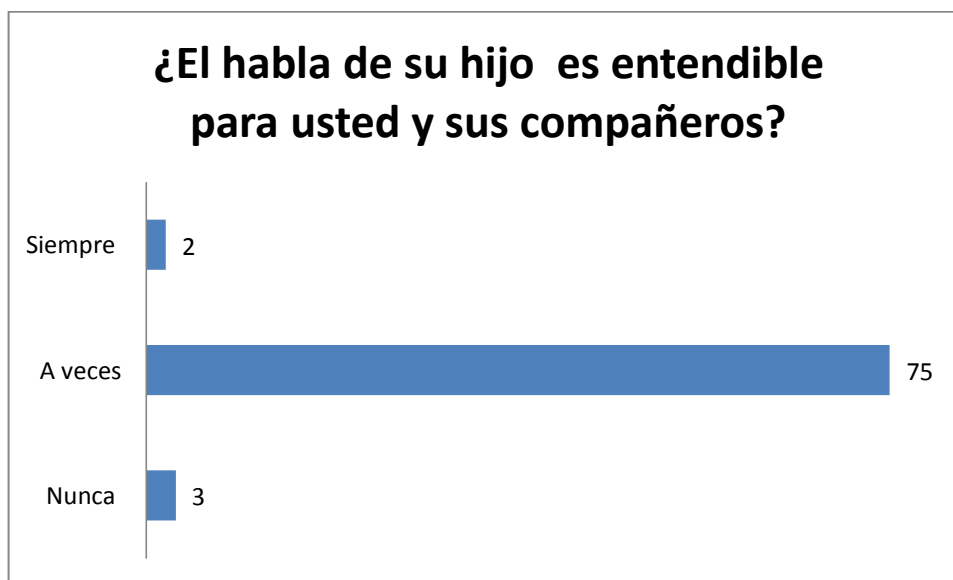
Variable	N°	
	Casos	Porcentaje
Nunca	3	4%
A veces	75	94%
Siempre	2	2%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 4% de padres evaluados menciona que su hijo nunca su habla es entendible para los padres ni para sus compañeros, mientras que el 94% refiere que a veces lo hacen el 2% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 26



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico revela que la mayoría de los padres evaluados a veces si llegan a lograr entender lo que dicen sus hijos claro está que lo relacionan la comprensión con lo que sus hijos digan a medias palabras o incompletas.

8.- ¿Su hijo es capaz de responder con coherencia y buena estructura a preguntas del tipo: ¿Qué?, ¿quién?, ¿Cómo? Y ¿Por qué?

Cuadro N° 27

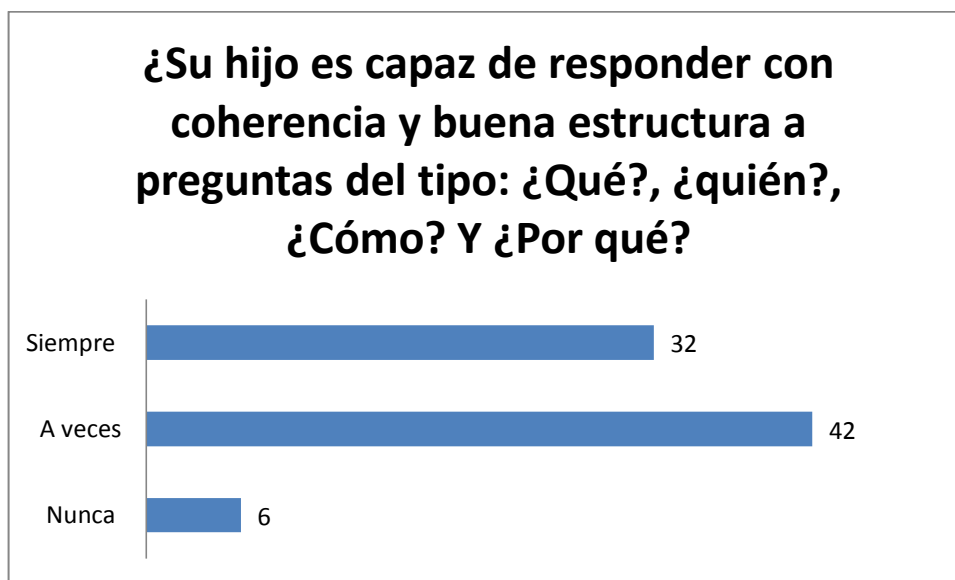
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	6	7%
A veces	42	53%
Siempre	32	40%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 53% de padres evaluados menciona que su hijo a veces responden con coherencia y buena estructura ni utiliza preguntas como que, quien, cómo y por qué, mientras que el 40% refiere que siempre lo hacen el 7% aduce que nunca lo hacen.

Gráfico N° 27



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se evidencia que la mayoría de los padres no tienen una respuesta coherente de sus hijos o preguntas como, por que, o que, ya que son fundamentales para tener un dialogo.

9.- ¿Su hijo Articula correctamente palabras de tres o más sílabas?

Cuadro N° 28

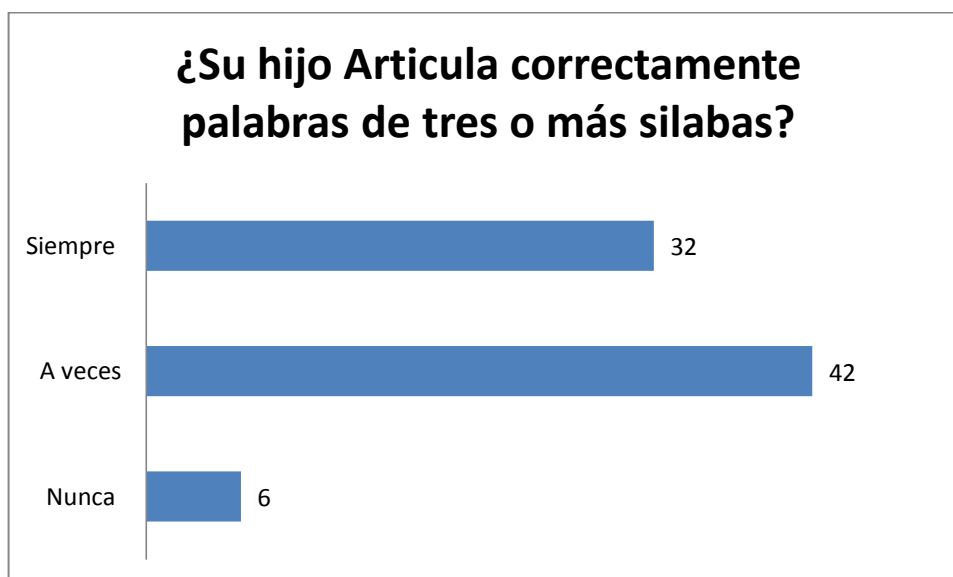
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	6	7%
A veces	42	53%
Siempre	32	40%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 7% de padres evaluados menciona que su hijo nunca llega a utilizar palabras de tres sílabas, mientras que el 53% refiere que a veces lo hacen el 40% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 28



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico los padres no llegan o solo a veces llegan a escuchar que sus hijos pronuncien palabras de tres sílabas o más esto es evidente ya que no pueden hacerlo por temor a equivocarse y prefieren no hacerlo.

10.- ¿Su hijo siente miedo por no poder hablar correctamente como las demás personas?

Cuadro N° 29

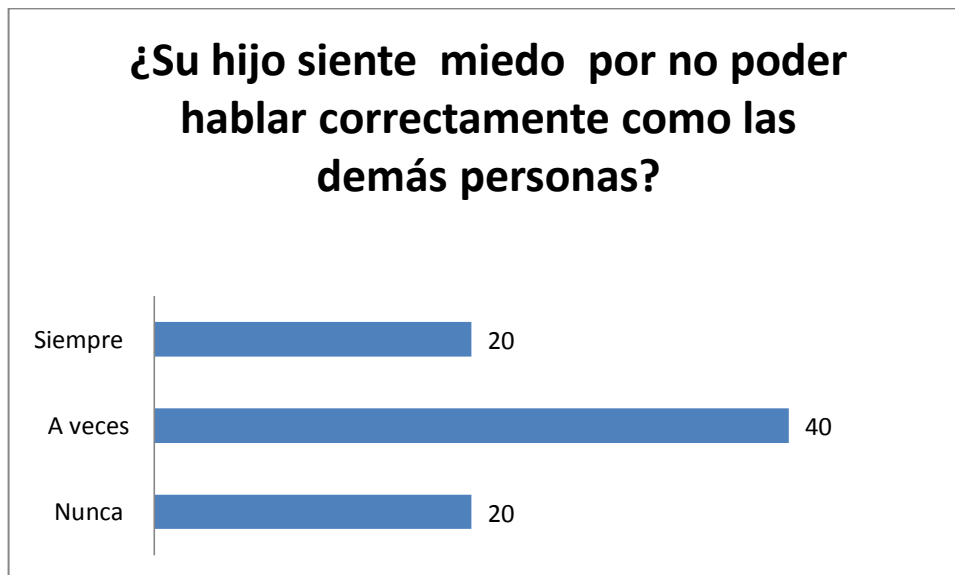
Variable	N° Casos	Porcentaje
Nunca	20	20%
A veces	40	60%
Siempre	20	20%
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario estructurado para padres.

Análisis

Del 100%, el 20% de padres evaluados menciona que su hijo nunca utiliza en su lenguaje cotidiano artículos, adjetivos, pronombre y nexos de manera correcta, mientras que el 60% refiere que a veces lo hacen el 20% aduce que siempre lo hacen.

Gráfico N° 29



Fuente: Realizado por Darío Freire (2014)

Interpretación

Analizando el gráfico estadístico se evidencia que la mayoría de los niños según sus padres solo a veces pueden formar frases de tres elementos o más cuando a la edad cronológica que tiene ya deber realizar esta tarea de forma fácil y rápida.

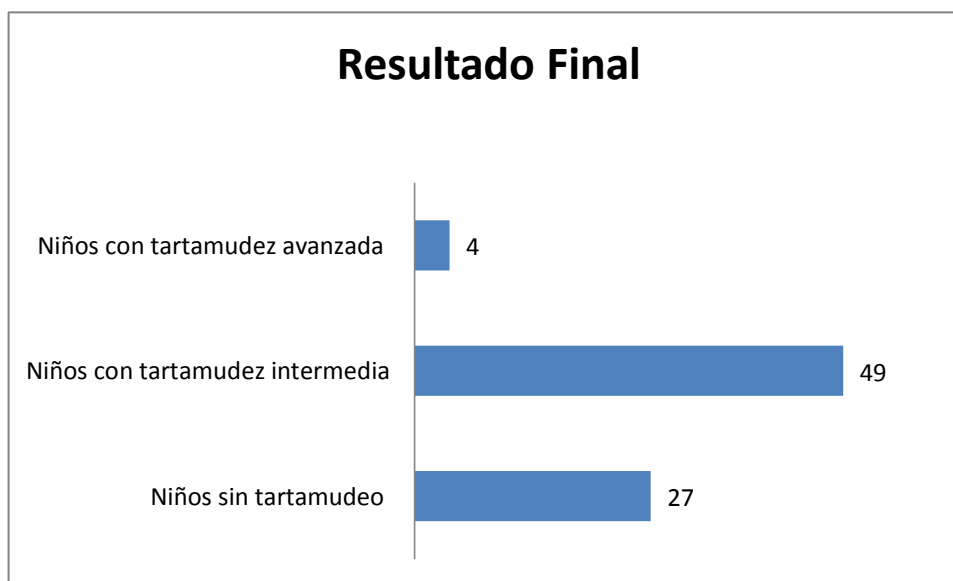
Resultado Final

Cuadro N° 30

VARIABLE	ESTUDIANTES	Frecuencia relativa.
Niños sin tartamudeo	27	34%
Niños con tartamudez intermedia	49	61%
Niños con tartamudez avanzada	4	5%
TOTAL	80	100%

Fuente: Darío Freire

Gráfico N° 30: Trastorno de tartamudez



Fuente: Darío Freire

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la aplicación del test intervalo de ansiedad Stai-c se obtuvo un 58% de individuos sujetos a investigación presentan ansiedad. Un 25 % de evaluados presentan rasgos de ansiedad, mientras que el 17% de los individuos no tienen ansiedad.

Mediante el cuestionario aplicado a los padres de los niños sujetos a investigación se obtuvieron los siguientes datos: El 34% de la población no presenta tartamudeo, el 5% de los niños tartamudea como efecto de la ansiedad, mientras que el 61% de la población a investigar refleja que tiene un tartamudeo intermedio.

4.2 Verificación de Hipótesis

4.2.1 Planteamiento de la hipótesis

H0; La ansiedad existente en los niños NO incide en los trastornos de tartamudez en los niños de la escuela Rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

H1; La ansiedad existente en los niños SI incide en los trastornos de tartamudez en los niños de la escuela Rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

4.2.2 Selección del nivel de significación

Para la verificación de la hipótesis se utilizara el nivel de $\alpha = 0.05$

4.2.3 Descripción de la población

Se ha tomado como referencia para la investigación de campo una muestra de 80 estudiantes entre 7 a 12 años que asisten a la Escuela Rural Eugenio Espejo del Cantón Pelileo.

4.2.4 Especificación de lo estadístico

Se menciona que para la verificación de la hipótesis se expresara un cuadro de contingencia de 3 filas por 3 columnas con el cual se determinara las frecuencias esperadas.

Cuadro N° 31 Cuadros de contingencia

Elaborado por: Darío Freire (2014)

Tabla de contingencia ansiedad * tartamudez

Recuento		tartamudez			Total
		sin tartamudez	intermedia	avanzada	
ansiedad	sin ansiedad	10	2	2	14
	rasgos de ansiedad	9	10	1	20
	ansiedad	8	37	1	46
Total		27	49	4	80

Análisis.- De los 14 niños que están sin ansiedad, 10 tampoco tienen tartamudez, 2 tienen tartamudez intermedia y 2 presentan tartamudez avanzada.

Los niños con rasgo de ansiedad son 20, de los cuales 9 no tienen tartamudez, 10 presentan rasgos de ansiedad y 1 muestra tartamudez avanzada.

También de los 46 niños que presentan ansiedad 8 no tienen tartamudez, 37 muestran tener tartamudez intermedia y 1 muestra tener tartamudez avanzada.

Frecuencias Esperadas

ALTERNATIVA	Niños sin tartamudez	Niños con tartamudez intermedia	Niños con tartamudez avanzada
Niños sin ansiedad	6,4125	11,6375	0,95
Niños con rasgos de ansiedad	6,075	11,025	0,9
Niños con ansiedad	14,5125	26,3375	2,15

4.2.5 Especificación de las regiones de aceptación y rechazo

Se procede a determinar los grados de libertad considerando que el cuadro de contingencia consta de 3 filas por 3 columnas.

Cuadro N° 68 Cuadros de contingencia

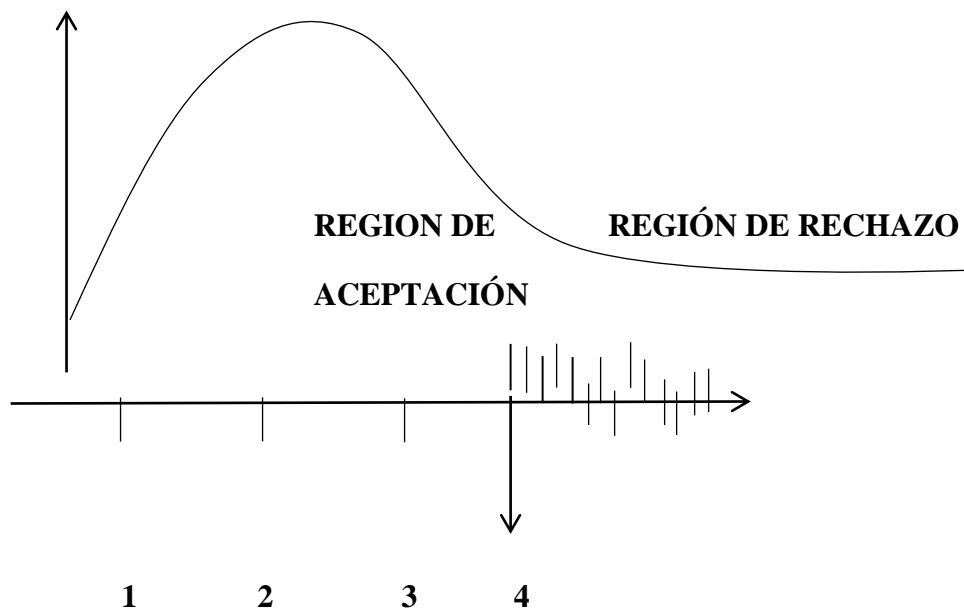
GRADO DE LIBERTAD	
FILAS	COLUMNAS
$GL = 3 - 1$	$3 - 1$
$GL = 2$	2
$GL = 2 * 1$	
$GL = 2$	

$\chi^2 = 4$

Elaborado por: FREIRE, DARIO (2014)

Gráfico N° 66 Gráfico grado de libertad

La representación gráfica sería:



Elaborado por: FREIRE, Darío (2014)

Regla de decisión

Por lo tanto con 4 grado de libertad y a nivel de significación de 0,05 de $X^2 T = 9,4877$ por tanto si $X^2 C \leq X^2 T$ se aceptara la H_0 , caso contrario se la rechazara y se aceptara la hipótesis alternativa.

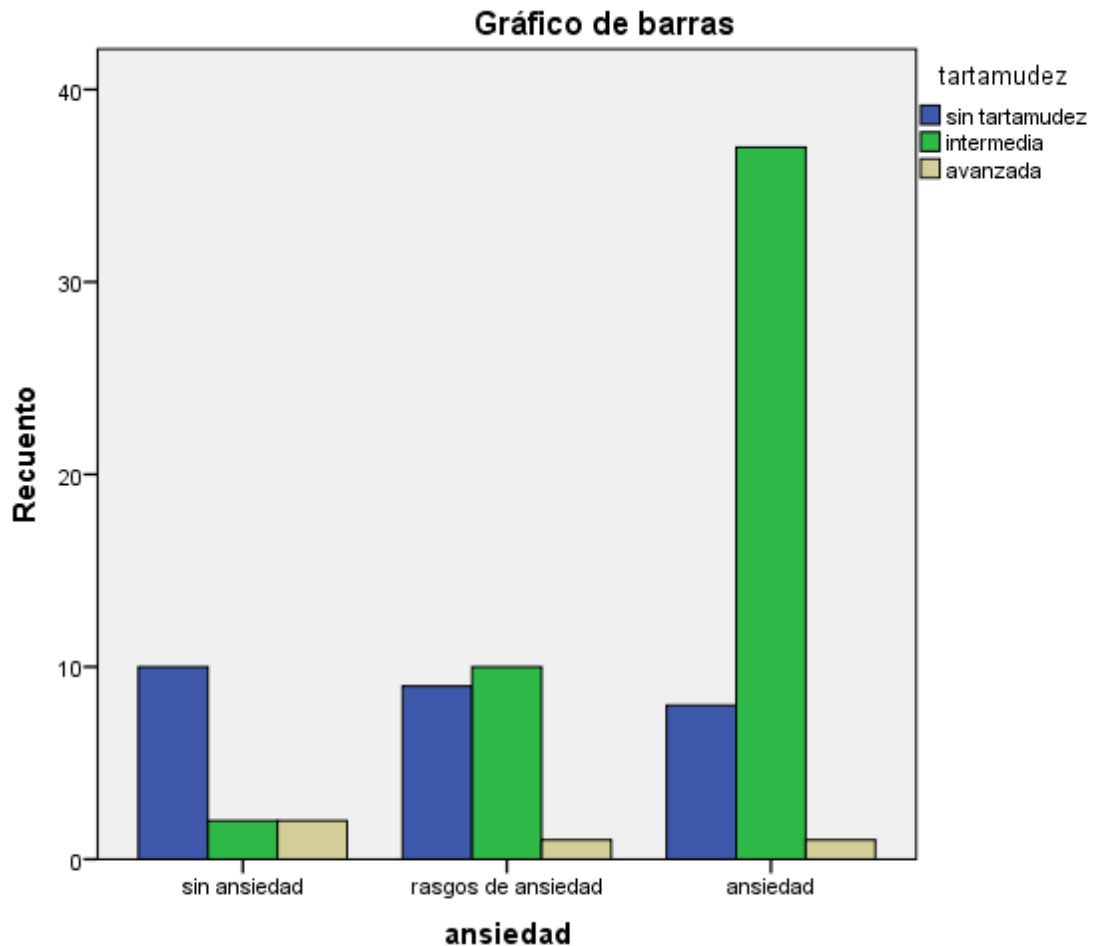
4.2.6 Recolección de datos y cálculo de lo estadístico

Para esto se utilizara la siguiente formula:

$$X^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

Cuadro N° 39 Cuadros de contingencia

ALTERNATIVA	FO	FE	FO-FE	(O - E) ²	(O - E) ² / E
A/SIN	12	6,4125	5,5875	31,2201563	4,86864035
A/IN	3	0,95	2,05	4,2025	4,42368421
A/AV	4	11,6375	-7,6375	58,3314063	5,01236574
L/SIN	5	14,5125	-9,5125	90,4876563	6,23515289
L/IN	1	2,15	-1,15	1,3225	0,61511628
L/AV	37	26,3375	10,6625	113,688906	4,31661723
G/SIN	10	6,075	3,925	15,405625	2,53590535
G/IN	0	0,9	-0,9	0,81	0,9
G/AV	8	11,025	-3,025	9,150625	0,82998866
					22,000079



Interpretación.- De acuerdo al Gráfico estadístico se puede evidenciar que los niños sin ansiedad que representan el 17%, de los cuales 10 no presentan tartamudez, 2 tienen tartamudez intermedia y 2 tienen tartamudez avanzada lo cual demuestra que donde no hay ansiedad tampoco es evidente la tartamudez infantil.

De los niños con rasgos de ansiedad que representan un 25%, se evidencia 9 sin tartamudez, 10 con tartamudez intermedia y 1 con tartamudez avanzada, demostrando que los rasgos de ansiedad empieza a ser un influyente en la aparición de la tartamudez intermedia.

Como demuestra el Gráfico estadístico los niños con ansiedad representan el 58%, de los cuales 8 no tienen tartamudez, 37 presentan tartamudez intermedia y 1 presenta tartamudez avanzada, demostrando que la ansiedad es claramente

influyente en la aparición de la tartamudez intermedia mostrando el efecto que tiene sobre este trastorno.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	21,654 ^a	4	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	22,380	4	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	22,079			,000		
Asociación lineal por lineal	7,140 ^b	1	,008	,008	,005	,003
N de casos válidos	80					

a. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,70.

b. El estadístico tipificado es 2,672.

Se aplicó la prueba X^2 encontrando que la ansiedad si se relaciona con la tartamudez ($X^2(4) = 22,079$, $p < 0,05$, $N = 80$)

Como se puede observar X^2 cuadrado 22,079 es mayor que X^2 cuadrado tabular 9,4877 por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa **H1**; SI INSIDE.

La ansiedad existente en los niños SI incide en los trastornos de tartamudez en los niños de la escuela Rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

4.3. Hipótesis Particulares

4.3.1. El 55% de los niños padecen ansiedad producto de la afectación en el área emocional.

Una vez obtenida los datos de estudio y realizada la calificación respectiva se alcanzó lo siguiente:

Se cumple con la primera hipótesis particular en cuanto a la ansiedad existente es de un 58% en los niños evaluados y su efecto es notorio en el trastorno de

tartamudez infantil, cuando en niño tiene que hablar, comprobando así la hipótesis particular.

3.3.2. El 40% de los niños presenta tartamudez intermedia debido a la ansiedad.

De acuerdo a los datos obtenidos a través del cuestionario estructurado padres donde se obtuvo como resultado un 61% de los niños presenta tartamudez intermedia debido a la ansiedad existente en ellos, así comprobando la segunda hipótesis particular.

La ansiedad y la tartamudez están íntimamente relacionadas como se puede evidenciar en los resultados obtenidos con los reactivos aplicados, cada niño tienen una forma diferente de reaccionar cuando se tensa o se siente nervioso, la sudoración en palmas de las manos, la sensación de ahogo en el pecho, las palpitaciones rápidas y la tensión muscular son los síntomas más frecuentes de ansiedad, que se representan en el tartamudeo con la evitación del lenguaje.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Entre las principales conclusiones están las siguientes:

1. Se concluye mediante el test Inventario de ansiedad estado-rasgo “STAI-C” que ansiedad existente en los niños es de un 58%, que si incide en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.
2. La ansiedad y sus síntomas más frecuentes ya antes mencionados y claramente identificados en los niños evaluados, son los que intervienen en el tartamudeo intermedio en los niños, se asocian de manera estrecha ya que la tensión y temor llevan a la evitación y alteración del lenguaje fluido en los niños.
3. Se comprueba que el mayor porcentaje de niños que presentan tartamudeo está dentro del rango de edad de 7 a 12 años por lo que se está tratando con tartamudeo intermedio en un 61% que debe tener una intervención terapéutica adecuada para poder ser superada.
4. La evolución del tartamudeo se manifiesta a lo largo del desarrollo, se han planteado diferentes clasificaciones desde su etapa de inicio del trastorno, a medida que le niño va creciendo, factores como las correcciones sobre su forma de hablar o el estrés pueden facilitar que los errores de fluidez se mantengan y se cronifiquen, las experiencias repetitivas de problemas para

comunicarse provocan en el niño sentimientos de frustración o vergüenza que generan en el sentimientos y actitudes negativitas relacionadas con la comunicación.

5. El sistema familiar y el ambiente donde se desarrollen es un determinante para la conducta que tengan los hijos y su desarrollo personal adecuado dentro de lo sociedad es decir a nivel escolar y social.

5.2 Recomendaciones

1. Al reconocer en los niños que existe la ansiedad como precursor y principal impulsador de la tartamudez infantil intermedia se le proporcionara al niño un registro de actividades dirías y una serie de puntos a recordar para mantener y automatizar los avances.
2. Es posible que durante el tiempo de seguimiento pueden aparecer recaídas y que se pueden prevenir. Se advierte a los padres de los niños que en el momento en que observen que el niño comienza a tener más difluencias y que estas se estabilizan deben avisar al investigador o terapeuta para valorarla la conveniencia de acudir a consulta o dar recomendaciones específicas para llevar a cabo en casa.
3. Para el trastorno de tartamudez infantil se debería trabajar clínicamente con la causa que lo genera es decir con la ansiedad y posteriormente con una terapia conductual que modifique la conducta y permita una mejor adaptación familiar y social del niño al ambiente ansioso.
4. Se debe realizar programas de orientación familiar basados en funciones asertivas que debe ejercer la familia en el sostenimiento de sus hijos para prevenir desajustes psicológicos conductuales y sociales en el desarrollo de sus hijos.
5. Es recomendable un asesoramiento en el ambiente familiar para que puedan ayudar a los niños a controlar su ansiedad tanto en el ámbito familiar, escolar y social mejorando su calidad de vida y salud psíquica.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

6.1 TEMA:

Intervención terapéutica para la ansiedad en niños de 7 a 12 años que presentan Trastorno de tartamudez infantil que asisten a la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

6.2 DATOS INFORMATIVOS:

6.2.1 Institución ejecutora:

Escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

6.2.2 Beneficiarios:

Directos:

- Padres y Niños de 7 a 12 años con Trastorno de tartamudez infantil que asisten a la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

Indirectos:

- Familiares de los pacientes, maestros y sociedad.

6.2.3 Ubicación:

Instalaciones de la escuela Eugenio Espejo están ubicadas en la parroquia El Rosario perteneciente a la ciudad de Pelileo, en la provincia de Tungurahua.

6.2.4 Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses

6.2.5 Equipo técnico responsable:

- Psicóloga del patronato: Dra. Dorys Torres

- Autor de la investigación: Dario Freire

6.3 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Mediante el proyecto con el tema “la ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo”, se pudo determinar de acuerdo a las conclusiones establecidas en el capítulo cinco en cuanto a:

1. Se comprueba la hipótesis en cuanto a la ansiedad existente en los niños, si incide en el 61% y más de la sintomatología del trastorno de tartamudez infantil.
2. La ansiedad y sus síntomas más frecuentes ya antes mencionados y claramente identificados en los niños evaluados, son los que intervienen en el tartamudeo en los niños, se asocian de manera estrecha ya que la tensión y temor llevan a la evitación y alteración del lenguaje y su fluidez.
3. Se comprueba que el mayor porcentaje de niños que presentan tartamudeo está dentro del rango de edad de 7 a 12 años por lo que se está tratando con un tartamudeo intermedio que debe tener una intervención terapéutica adecuada para poder ser superada.
4. La evolución del tartamudeo se manifiesta a lo largo del desarrollo, se han planteado diferentes clasificaciones desde su etapa de inicio del

trastorno, a medida que le niño va creciendo, factores como las correcciones sobre su forma de hablar o el estrés pueden facilitar que los errores de fluidez se mantengan y se cronifiquen, las experiencias repetitivas de problemas para comunicarse provocan en el niño sentimientos de frustración o vergüenza que generan en el sentimientos y actitudes negativitas relacionadas con la comunicación.

5. El sistema familiar y el ambiente donde se desarrollen es un determinante para la conducta que tengan los hijos y su desarrollo personal adecuado dentro de lo sociedad es decir a nivel escolar y social.

6.4 OBJETIVOS

Objetivo general:

Intervenir terapéuticamente a niños que presentan ansiedad en niños de 7 a 12 años que presentan Trastorno de tartamudez infantil que asisten a la escuela rural Eugenio Espejo del cantón Pelileo.

Objetivos específicos:

- Utilizar técnicas terapéuticas basadas en la reestructuración Cognitiva de Albert Ellis y técnicas conductuales.
- Reestructurar ideas irracionales sobre el tartamudeo y modificar pensamientos inadecuados.
- Preparar a los niños en el manejo de su ansiedad.

6.5. JUSTIFICACIÓN

Es factible realizar la terapia conductual bajo los lineamientos del modelo de Alicia Fernández con la finalidad de obtener un reordenamiento dentro del hogar con la participación de un trato adecuado del menor, como entre los miembros,

enfocando en disminuir la sintomatología de la ansiedad como del entorno a través del fortalecimiento de la comunicación, relaciones intrafamiliares, eliminar la evitación y las fobias.

Su finalidad es la de movilizarlos antes situaciones peligrosas, amenazantes o en las que se pone en juego algo importante para nuestra vida, con el fin de que pongamos en marcha las estrategias necesarias para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Se aplicará además terapia, En cuanto se trata de modificar la comunicación mediante técnicas especializadas, tales como: técnicas de relajación, tiempo fuera, técnicas de descarga de energía, reforzamiento positivo etc. Esta técnica se dirige a disminuir canalizar la ira de las conductas negativas, falta de control en los límites conductuales inadecuados y control de emociones, impartir formas de disciplina.

Impartir formas de comunicación adecuadas, que permitirán el desarrollo de la individualidad, los intereses y motivaciones del infante, así como sus enojos, bloqueos la evitación y su baja tolerancia a la frustración propia del trastorno de tartamudez infantil. Dotar de un control en las actividades del niño de manera constante, apoyando los logros de manera positiva, aplicando un horario respectivo, prestarle atención y dialogar seguidamente.

La aplicación de la propuesta cuenta con el espacio físico para la aplicación del método, con la predisposición de los niños y la autorización de los padres de familia, además existe colaboración del centro a partir de los terapeutas como del personal administrativo.

6.6 Fundamentación técnica.

Esta propuesta se basa en la combinación de fundamentos teóricos y técnicos de los modelos psicoterapéuticos de la corriente cognitivo conductual.

Modelo Cognitivo conductual:

(Sánchez, 2009). La intervención en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres fases:

1. Evaluación. En primer lugar, se realiza una evaluación completa del caso, mediante entrevistas y los cuestionarios que se consideren necesarios. Finalizada esta evaluación, el terapeuta plantea hipótesis explicativas de los problemas de la persona, y juntamente con ella se definen los objetivos del tratamiento. Esta fase dura 2 o 3 sesiones.

2. Intervención. Consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados. Se trabaja con el intercambio verbal y lo más importante, con la realización de una serie de propuestas o “deberes” (cosas para escribir, hacer, pensar, imaginar, leer o experimentar) y que se realizan entre sesión y sesión de terapia. Estos deberes serán siempre consensuados con el cliente y con el ritmo que pueda asumir.

La duración de esta fase de intervención puede ir de los 2-3 meses a más de un año, en función de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas y problemas del cliente. En un primer momento la frecuencia de las sesiones serán semanales, y a medida que la persona vaya mejorando, se irán espaciando.

3. Seguimiento. Una vez alcanzados los objetivos, se harán sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes que sean necesarios.

Estructurando una definición concisa de la reestructuración cognitiva se puede decir que es una estrategia general de las terapias cognitivas -conductuales su fin es modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el dialogo socrático, la modelación y practica de hábitos cognitivos nuevos. Es decir consiste en “estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo de forma más realista.”

Ellis señala que “los hábitos y pensamientos autodestructivos se instalan en nuestra mente por costumbre y práctica, y nos identificamos con lo peor que nos

ha pasado en nuestra infancia y en nuestra vida porque nos tomamos demasiado en serio las cosas desagradables. Pero podemos empezar a cambiar nuestra inercia de comportamiento si nos convencemos de que somos capaces y empezamos a establecer respuestas diferentes y más positivas”.

La reestructuración cognitiva (Ellis, 1971) es una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. La idea sobre la cual se basa es que no son solamente las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc, sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos.

Terapia racional emotiva conductual en niñas, niños y adolescentes

Al intervenir a los más jóvenes, se procura tomar en cuenta sus tareas de desarrollo tanto para la evaluación como para la intervención. Las técnicas, en lugar de ser solo modificadas de diálogo socrático, incluye actividades y métodos emocionales, cognitivos y conductuales diseñadas dentro de la clínica, de tal manera que se considera una vertiente terapéutica ajustada a estas poblaciones. Parte de la terapia se relaciona con los padres, puesto que son modelos de rol y agentes de reforzamiento.

6.7. Modelo operativo

Con la necesidad de cada paciente se realizara las siguientes técnicas:

6.7.1. Técnica de relajamiento de J. Berges y M. Bounes.

Esta es una técnica de relajación modificada para niños, es muy útil usarla ya que el niño por naturaleza del trastorno va a presentar miedo y resistencia, con un poco de relajación se puede conseguir una mejor colaboración al mismo tiempo un alivio sintomático en el niño.

En la primera sesión se proporcionara una explicación inicial sobre la técnica y se realizara la primera fase; de concentración y representación, la misma que dura de 60 a 90 segundos, seguida de la segunda fase; relajación neuromuscular de brazo derecho, una vez finalizada esta fase se continuara con la fase de regreso, al final se responde inquietudes y le recordamos que la próxima sesión será el quien se debe entrenarse por sí solo, en las sesiones posteriores se va cambiando la región del cuerpo a ser relajada.

6.7.2. Restructuración cognitiva

Se explica al niño en que consiste la técnica de restructuración cognitiva, para proceder posteriormente a la realización de un ejercicio para identificar los pensamientos negativos sobre la tartamudez que el niño posee. Así existe una relación entre; a) el acontecimiento. b) Lo que piensa acerca de ese acontecimiento, c) la emoción como resultado de tal apreciación, que va a afectar la manera en que la persona se comporte ante la situación a) la madre dice al niño que puede hablar bien, b) el niño piensa que si no habla bien no solo su madre lo va a criticar sino también sus compañeros, c) entonces el niño prefiere el retraerse y utiliza conductas de evitación con sus compañeros de escuela.

El primer paso en esta técnica es identificar en que momento y situación se presentan estos pensamientos, una vez descubierto el pensamiento negativo, por ejemplo una afirmación pesimista de sí mismo, del futuro o de la vida en general, el siguiente paso es analizar dicho pensamiento: ¿existe la certeza de que eso es realmente lo que está ocurriendo?, ¿existe alguna otra explicación posible? Sin embargo no se trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino que se requieren reconocer alternativas para modificarlos.

Así mismo, de forma creativa, se le explica al niño lo que son los pensamientos automáticos, se le descubre como aquellos pensamientos surgen inmediatamente y habitualmente en determinadas circunstancias, se muestra la habilidad del terapeuta. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales

inadecuadas y negativas, se están instaurando en una etapa temprana de la vida y se puede modificar de acuerdo a como son tratados por los demás y lo que les dicen sobre ellos mismos.

Se les enseña a tener su propio registro de ideas irracionales, cuesta bastante jugar con la imaginación del niño, es decir, utilizar imaginería para modificar sus pensamientos y combatir sus miedos.

Una vez realizada la terapia cognitiva se complementara con técnicas conductuales tales como:

6.7.3. Ludoterapia

Mantener al niño en relación con grupo de niños a través del juego para esto se debe:

- Reunir niños de la misma edad
- Grupo de cuatro a diez niños

Descargar las emociones mediante el juego de su agrado, en el cual debe saltar, sonsear, movilizarse de manera permanente por el tiempo de treinta minutos sin interrupciones.

Puede estar dirigido por el terapeuta o sus padres o familiares, quien proporciona al final un estímulo gratificante (dulce, juguete, etc.)

6.7.4. Ocupacional

A través de grupos variados, interpersonales, con la utilización de rompecabezas, dados, bingos, etc. Donde el niño pueda liberar su mente de los pensamientos negativos que le causan dificultad en su buen desarrollo.

Rodeado de un ambiente agradable y de confianza, mas no de competición ni conflicto entre sí.

6.7.5. Imitación positiva

Se trata de que el niño adopte conductas con las imágenes de héroes, personajes de la infancia del menor enfocado en:

- Individualidad
- Tranquilidad
- Ayuda a los demás
- Alegría
- No temor
- Socialización
- No soledad

Reforzar la conducta imitativa en casa también con historietas, cuentos de héroes, etc. Además comprar y colocar posters de esos personajes en su dormitorio o lugares favoritos en la casa del niño. Estas figuras deber ser de ejemplo positivo de cooperación, superación, y de ayuda al bien común.

6.7.6. Sustitutos afectivos

Mientras que las personas cercanas al menor no están presentes o los tengan lejos de ellos es posible buscar a otras personas para que cuiden y permanezcan con el niño, asumiendo en lo posible un rol afectivo, es decir que proporcionen trato, cuidado, y protección que los padres no lo pueden realizar las 24 horas del día por sus diversas ocupaciones, este tipo de sustituto afectivo puede ser un profesor que (por ejemplo está más cercano al niño en su día a día). Tener en cuenta que es imposible suplantar el cariño, trato y protección de los padres, sin embargo son los sustitutos de alguna manera ayudan a que disminuya el impacto de la ansiedad en los niños.

6.7.7. Rol Playing

Se recrean escenas que el niño ha vivido de forma negativa o con alguna dificultad y mediante moldeamiento y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

Esta técnica ayuda a fortalecer o recobrar la autoestima dependiendo del niño y de su estado emocional, en la mayoría de las intervenciones se obtiene resultados inmediatos positivos dando confianza al niño de manera progresiva, fundamental para la intervención sobre la ansiedad.

6.8. Cronograma de actividades

FASE INTRODUCTORIA

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Preparación del ambiente	Capacitar al personal de la institución acerca de la problemática	Taller para el personal de la institución	Instalaciones de la institución	Investigador	Primer día
		Terapia explicativa grupal para las familias	Instalaciones de la institución	Investigador	Segundo día
Creación del ambiente terapéutico	Fomentar una relación apropiada entre el terapeuta y el niño	Trabajo en rapport	Instalaciones de la institución	Investigador	Tercer día
		Trabajo en empatía	Instalaciones de la institución	Investigador	Tercer día
		Encuadre terapéutico	Instalaciones de la institución	Investigador	Cuarto día

FASE II

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Preparación e introducción a terapia	Alivio y relajación del niño	Técnica de Relajacion M. de Berges y Bones	Sala de terapia, música relajante	Investigador	45 minutos, un día por semana
Exploración de ideas irracionales	Identificar ideas irracionales	Reestructuración cognitiva	Recursos de oficina	Investigador	45 minutos, un día por semana
Destrucción de ideas irracionales	Fortalecer la resiliencia del niño	Ludoterpía	Sala de terapia, material didáctico	Investigador	Durante el cumplimiento de la fase
Destrucción de ideas irracionales	Modificar pensamientos erróneos sobre la tartamudez	Terapia ocupacional	Instalaciones de la institución, sillas	investigador	Durante el cumplimiento de la fase

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Destrucción de ideas irracionales	Incrementar la sociabilidad	Reestructuración cognitiva, con rol playing	Recursos de oficina, instalaciones de la institución.	investigador	45 minutos, un día por semana
Confrontación a los temores	Exteriorizar y confrontar el miedo	Reestructuración cognitiva, imaginaria, imitación positiva	Recursos de oficina, instalaciones de la institución.	investigador	45 minutos, un día por semana
Determinación de estímulos provocadores	Determinar las situaciones en donde aumenta la ansiedad, iniciar un correcto desprendimiento.	Registro de ideas irracionales Rol playing Sustitución afectiva	Recursos de oficina, instalaciones de la institución.	investigador	45 minutos, un día por semana
Colaboración familiar	Colaboración de los padres u familiares, para lograr los anteriores objetivos en el niño	Terapia familiar.	Recursos de oficina, instalaciones de la institución.	investigador	45 minutos, un día por semana

6.8 Recursos administrativos:

Recursos físicos:

- Instalaciones de la institución
- Salones de terapia
- Recursos humanos:
- Investigado
- Equipo técnico de la institución
- Personal de la institución

Recursos materiales:

- Material de oficina
- Equipos audiovisuales
- Juguetes terapéuticos

Presupuesto:

RUBROS DE GASTOS	VALOR
1.- Personal Técnico	1000\$
2.- Equipos Audiovisuales	50\$
3.- Material de oficina	100\$
4.- Juguetes terapéuticos	200\$
TOTAL:	1.300\$

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Almonte, V., Mont, S., Correa, D. (2009), Psicopatología Infantil y de Adolescencia, Ediciones primera 2005, segunda 2006, Editorial Mediterráneo Chile, Pág. 49-56
2. Agudelo, D., Bretón, López, J. & Buela, Casal, G. (2003). Análisis bibliométrico de las revistas de Psicología Clínica editadas en castellano. *Psicothema*, 15, 507-516.
3. Ardua, R. (1974). Prólogo. En R. Ardua (Comp.), *El análisis experimental del comportamiento: La contribución latinoamericana* (pp. 9-12). México: Trillas.
4. Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Cuarta Edición, Texto Revisado. Madrid: Masson.
5. Barlow, D., Durand, V. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. México: thomson.
6. Bellack, A., Hersen, M. (Eds) (1993). *Manual práctico de evaluación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer
7. Balarezo. Mancheno. (2008), *Guía para el Diagnostico Psicológico Clínico*, Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito. Pág. 6 -14.
8. Chambless, L., Hollon, S. 1998). *Defining empirically supported therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
9. Esquivel (2010), *Psicodiagnostico del Niño*, Segunda Edición, Editorial Manual Moderno, Bogotá, Pág., 112- 213.
10. Friedberg , Mclure. (2008), *Practica de la Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*, Todas las ediciones, Editorial Paidos Barcelona Buenos Aires, Pag.164
11. Faber, A. (2009), *Como hablar para que sus hijos escuchen y como escuchar para que sus hijos hablen*. Barcelona: Medici; síntesis

12. Fernández, Ballesteros, R. (2004). Introducción a la evaluación psicológica II. Madrid: Pirámide.
13. Fernandez, Zuñiga, A. (2010), Guía de intervención logopedica en tartamudez infantil. Madrid: síntesis; PAG.96-102
14. Halgin, R., Whitbourne, S. (2003). Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos (4^a Ed.). México: McGraw HUI.
15. Lemos, G. (2008), Psicopatología de la Infancia y de la Adolescencia, ISN versión impresa, Editorial Revistas Científicas de América Latina y Caribe Redalyc México, PDF Pág. 19-22
16. Leliwa, E., Scangarello. (2011), Psicología y Educación, Segunda edición, Editorial Brujas. Argentina pag.20
17. Reyes, C. (2008), Psicodrama, Segunda Edición Corregida y Aumentada en el 2009, Editorial Cuatro Vientos Castilla 131, Correo 29, Santiago de Chile, Pag,32-41
18. Salgado, A. (2011), Manual práctico de tartamudez: Madrid; síntesis

LINKOGRAFÍA

1. Banús, S. (2014). Problemas conducta infantil. Recuperado el 27 Marzo de 2014. Disponible en:
<http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/problemasconductainfantil/index.php>
2. Calvo, I. (2012). Trastornos Psicológicos - Trastornos Somatomorfos. Recuperado el 15 octubre de 2013. Disponible en:
<http://www.portalpsicologico.org/trastornos-psicologicos.html>
3. Lemos, S. (2003). La Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia: Consideraciones Básicas para su Estudio. Recuperado el 23 de Marzo de 2014. Disponible en :
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1075>
4. Medina, A. (2011). Modificación de conducta. Recuperado el 8 de Enero de 2013. Disponible en :
<http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>.
5. Oliver, E. (2010). Conducta mejorada. Recuperado el 7 septiembre de 2013. Disponible en :
http://www.filosofianueva.com.ar/ap_sociedad.htm
6. Sánchez, D. (2009). Técnicas conductistas utilizadas en el tratamiento psicopedagógico. Recuperado el 15 de Abril de 2014. Disponible en :
http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/9/Usr/lujose/tecnicas_conductistas.htm.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

PUBMED

1. Alm PA. (2014). La tartamudez en relación con la ansiedad, temperamento y personalidad: revisión y análisis con el foco en la causalidad. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929463>

PUBMED

2. Craig, T. (2014). Rasgo y de ansiedad social en adultos con tartamudez crónica: conclusiones siguientes meta-análisis. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929465>

PUBMED

3. Lieshout, B. (2014). El impacto de la amenaza y el estrés cognitivo en el control motor del habla de las personas que tartamudean. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929470>

PUBMED

4. Hennessey, D. (2014). La ansiedad y el habla en las personas que tartamudean: una investigación mediante la tarea Stroop emocional. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929466>

PUBMED

5. Manning, G. (2014). El papel de los procesos psicológicos en las estimaciones de la tartamudez gravedad. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331243>.

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Título: Inventario de ansiedad estado-rasgo “STAI-C”

Nombres y Apellidos:

Edad:

Fecha:

Objetivo: Identificar el grado de ansiedad que presentan los niños

1 (nada)

2(poco)

3(mucho)

Factor Temor:

1.-Me siento angustiado 1 2 3

2.-Me encuentro confuso 1 2 3

3.-Me siento molesto 1 2 3

4.-Tengo miedo 1 2 3

Factor Tranquilidad:

5.-Me encuentro descansado 1 2 3

6.-Estoy relajado 1 2 3

7.-Me siento calmado 1 2 3

Factor Preocupación:

8.- Me preocupan las cosas del colegio 1 2 3

9.-Me preocupan las cosas que pueden ocurrir 1 2 3

10.-Me preocupo demasiado 1 2 3

Factor Evitación:

11.-Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer 1 2 3

12.- Me cuesta enfrentar a mis problemas 1 2 3

13.-Me cuesta tomar una decisión 1 2 3

Factor Somatización:

14.-Noto que mi corazón late más rápido 1 2 3

15.-Tengo sensaciones raras en el estómago 1 2 3

16.-Me cuesta quedarme dormido por las noches 1 2 3

Factor Ira – Tristeza:

17.-Me encuentro molesto 1 2 3

18.-Siento ganas de llorar 1 2 3

