



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo de Fin de Máster

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ANSIEDAD EN UNIVERSITARIOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Alumna: Cazalla Blanca, Nazareth.

Tutor/a: Prof. D. Ana Raquel Ortega
Martínez.

Dpto: Psicología.

Diciembre, 2023

Resumen

El propósito del presente proyecto de investigación es evaluar la relación entre la ansiedad y el bienestar psicológico en universitarios con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en comparación con estudiantes que no presenten dicho trastorno. Los participantes en el estudio serán estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años que cursen sus estudios en la Universidad de Jaén. Aquellos que presenten el trastorno procederán de la Asociación Jiennense de Afectados por Déficit de Atención e Hiperactividad de Linares. Se administrarán las siguientes escalas: Escala Auto-Reporte de síntomas de TDAH de Kessler et al. (2007), como herramienta de detección del trastorno en el alumnado no diagnosticado; Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), Escala de autoestima de Rosenberg (1965), y por último la Escala Inventario de Ansiedad de Beck et al. (1988).

A partir de los resultados obtenidos se pueden desarrollar proyectos y programas de intervención para mejorar estas variables, dado que el número de personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es actualmente mayor.

Palabras clave: Ansiedad, bienestar psicológico y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Abstract

The purpose of this research project is to evaluate the relationship between anxiety and psychological well-being in university students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) compared to students without ADHD. The participants in the study will be university students between 18 and 25 years of age studying at the University of Jaén. Those who present the disorder will come from the Association of People Affected by Attention Deficit and Hyperactivity Disorder of Linares). The following scales will be administered: ADHD Symptom Self-Report Scale by Kessler et al., (2007), as an instrument for detecting out the disorder in undiagnosed students; Psychological Well-Being Scale by Ryff (1989), Self-Esteem Scale by Rosenberg (1965) and finally the Anxiety Inventory Scale by Beck et al.

Based on the results obtained, intervention projects and programs can be developed to improve these variables, given that the number of people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder is currently higher.

Key words: anxiety, psychological well-being and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Definición Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	4
2.1. Causas y tipos de TDAH.....	6
3. Qué es la ansiedad.....	7
3.1. Causas y consecuencias del trastorno de ansiedad.....	8
3.2. Tipos de ansiedad.....	9
4. Relación entre TDAH y ansiedad.....	10
5. Bienestar psicológico.....	11
6. Relación entre ansiedad y bienestar psicológico.....	14
7. Objetivos.....	15
8. Hipótesis.....	15
9. Metodología.....	15
9.1. Participantes.....	15
9.2. Instrumentos.....	16
9.3. Diseño y procedimiento.....	16
9.4. Cronograma.....	18
9.5. Presupuesto.....	18
10. Beneficios esperados.....	19
11. Agradecimientos.....	20
12. Referencias bibliográficas.....	20
13. Anexos.....	27
Anexo I. Consentimiento informado.....	27
Anexo II. Escala Auto-Reporte de Síntomas de TDAH (ASRS. V1.1).....	28
Anexo III. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	30
Anexo IV. Escala de autoestima de Rosenberg.....	33
Anexo V. Escala Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias ansiedad y miedo.....	7
Tabla 2. Dimensiones del bienestar de Carol Ryff.....	13

1. Introducción.

El presente trabajo abordará el vínculo existente entre la ansiedad, el bienestar psicológico y el TDAH en estudiantes universitarios. De acuerdo con el estudio realizado por Barkley (2010), el TDAH, es una de las patologías más frecuentes en adolescentes y niños, pero también existe un alto porcentaje de personas con dicha enfermedad durante la etapa adulta (Eme, 2017). Silverstein et al., (2020) indicaron que las personas con TDAH presentan diversas alteraciones de las funciones ejecutivas que provocan problemas en los procesos cognitivos de planificación de actividades, de autorregulación y de autopercepción, teniendo así importantes implicaciones para el desarrollo humano (OMS, 1992; APA, 2000; APAL, 2012). Así mismo, padecer TDAH supone mayores problemas en la edad adulta cuando el individuo enfrenta demandas específicas de su edad para aumentar la confianza en sí mismo, lo que puede influir en la capacidad para enfrentarse a las nuevas demandas del entorno (Toner, O'Donoghue, Houghton, 2006; Barkley, 2010; Brod et al., 2012;). Uno de los efectos negativos del TDAH, en especial en la etapa adulta, está relacionado con las dificultades persistentes en la interacción social, que muchas veces pueden ignorarse o verse como un simple problema de conducta (Montano, 2004; Barkley, 2005; Tuglu, Ozcan y Karatas, 2006; Martinson, 2008; Brod et al., 2012). Otra área afectada por el TDAH en esta etapa es en el ámbito académico, ya que los adultos jóvenes tienen mayores tasas de abandono escolar (Harpin, 2005; Houghton, Toner, O'Donoghue, 2006).

Por otro lado, un estudio de Inoue y Kita (2017) concluyó que las manifestaciones de déficit atencional están vinculadas con el deterioro de la autoestima, y que los síntomas de hiperactividad-impulsividad alteran directamente la autopercepción. De la misma manera, en la revisión teórica llevada a cabo por De Pauw, De Haan, van den Akker, Prinzie y Dekovic (2016), se señala que la visión de uno mismo y el autoconcepto de un individuo están relacionados con su nivel de ansiedad. Así, un inconveniente destacado para el tratamiento del TDAH y su impacto durante la edad adulta es la confusión que sus síntomas pueden provocar en el diagnóstico de otros trastornos, ya que el TDAH suele estar relacionado con otras patologías (Biederman et al., 1993; Hechtman, French y Cumyn, 2009; Barkley, 2010). Teniendo en cuenta numerosos estudios como son los desarrollados por Cho et al., 2008; y Van Ameringen et al., 2011, se encontró la certificación de la comorbilidad del TDAH asociado con síntomas de ansiedad y depresión, lo que obstaculiza el tratamiento.

Generalmente el TDAH suele ser confundido con el trastorno de ansiedad, pero, pese a que ambos comparten ciertas características que los relacionan, se trata de patologías diferentes.

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por preocupación, miedo y una sensación de peligro social. Así mismo, como muestran Cañamero, Cueli, García, Areces y

González-Castro (2021) actualmente la cantidad de personas que sufren este trastorno se ha incrementado significativamente y también afecta negativamente al bienestar psicológico. Es por eso, por lo que es necesario diagnosticar y tratar correctamente el TDAH, ya que sus efectos negativos pueden repercutir en las diferentes áreas de vida cotidiana de un individuo. De esta manera, el rendimiento personal, el confort y la satisfacción personal pueden verse seriamente comprometidos con el tiempo (Barkley et al., 2004; Halperin, et al., 2008; Brod et al., 2012).

El bienestar psicológico se basa en encontrar el modo de vida más satisfactorio, teniendo en cuenta las propias debilidades de la persona y compensándolas aumentando los recursos disponibles en el entorno (Ryff, 2008; Kimiecik, 2011). Sin embargo, pese al impacto negativo que puede tener el TDAH, se ha encontrado información insuficiente de cómo es el bienestar psicológico en personas con dicho trastorno, dado que la atención se ha centrado en estudios sobre tratamientos farmacológicos, funcionamiento ejecutivo y comorbilidades (Harpin, 2005; Robbins, 2005; Rebollo & Montie, 2006). En otras palabras, el TDAH supone una serie de efectos negativos para la vida de la persona. No obstante, no hay evidencia que demuestre cómo puede afectar al bienestar humano.

Es por ello por lo que la presente investigación tiene como propósito evaluar la relación entre el bienestar psicológico, la ansiedad y el TDAH en estudiantes universitarios en comparación con estudiantes sin el trastorno.

2. Definición Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Como muestra Pascual-Castroviejo (2008) en su investigación, el porcentaje de personas que padecen TDAH ha aumentado significativamente a lo largo de los años a medida que crece la población sumándole a esto el hecho de que los síntomas del TDAH comienzan a aparecer a una edad más temprana y por lo tanto se diagnostica antes. Por otro lado, afirma que hace solo unos años la prevalencia del TDAH se estimaba en un 4%-6%, pero recientemente en diversos estudios epidemiológicos esta cifra ronda el 20%.

Además, en este estudio Pascual-Castroviejo (2008) define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un trastorno formado por la presencia de 3 síntomas principales: inatención, impulsividad e hiperactividad.

La base del conocimiento científico sobre las características clínicas del trastorno se estableció a principios del siglo XX, mucho antes de que se adoptara el nombre actual de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, aprobado casi por unanimidad, aunque recibió diferentes nombres científicos como “daño cerebral mínimo” y “disfunción cerebral mínima” (Pascual-Castroviejo, 2008). Cabe aclarar que, de acuerdo con dicho autor, el

TDAH se considera una enfermedad que solía presentarse en hombres más que en mujeres, pero esta teoría ha ido perdiendo vigencia y ahora se cree que tiene una prevalencia muy similar en ambos sexos. El TDAH hiperactivo caracteriza a los hombres, mientras que el TDAH de inatención caracteriza a las mujeres. El TDAH se consideraba exclusivamente un trastorno de la adolescencia y la infancia, pero la realidad es bien distinta, porque continúa en la etapa adulta y sus manifestaciones son más graves, ya que los problemas son más difíciles de controlar con respecto a la familia, sociedad, amistades, etc.

Pero, ¿en qué consiste verdaderamente el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2013), este trastorno (TDAH) se define como un modelo constante de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad el cual suele presentarse antes de los 12 años por lo que afecta al funcionamiento y al desarrollo de la persona. Para su diagnóstico se requiere evidencia de que los síntomas lleven presentes al menos seis meses. El DSM 5 establece una serie de síntomas característicos:

- En referencia a la inatención:
 - Falta de atención a detalles o descuidos en las tareas escolares.
 - Problemas para mantener la atención en actividades cotidianas.
 - En ocasiones no escucha cuando se le habla directamente.
 - No finaliza tareas.
 - Evita iniciar tareas que requieran mayor esfuerzo.
 - Extravía cosas necesarias para realizar las actividades.
- En referencia al déficit de hiperactividad:
 - Es intranquilo/a.
 - No puede permanecer mucho tiempo quieto/a.
 - Tiene dificultades para jugar.
 - Habla excesiva.
- En referencia a la impulsividad:
 - Contesta preguntas antes de que sean realizadas.
 - Dificultades para la organización.
 - Interrumpe al resto de personas.
 - Presenta dificultades para esperar su turno.

Estos síntomas pueden afectar a varios ámbitos como son la familia, la escuela, las amistades, etc., por lo que la persona suele sufrir diversos problemas en su vida diaria. En cuanto a las comorbilidades, como señala Pascual-Castroviejo (2008), se han identificado

en relación con el TDAH problemas de afectividad, de ansiedad, de lenguaje y aprendizaje, y de coordinación motora.

Estos trastornos comórbidos pueden requerir un método de tratamiento adicional y pueden afectar a la forma en que se aborda y maneja el TDAH en cada persona. Es importante considerar la presencia de comorbilidades durante la evaluación y tratamiento del TDAH, ya que la eficacia de las intervenciones y el pronóstico a largo plazo pueden verse afectados.

2.1. Causas y tipos de TDAH.

Como muestran Soutullo y Diez (2007), se desconocen las causas de la aparición del TDAH, pero se trata de un trastorno complejo y neurobiológico, es decir, se hereda y es causada por una gran cantidad de factores genéticos y ambientales. Como han demostrado estos autores, los factores más importantes en la manifestación del trastorno son:

- Genéticos: diversas investigaciones confirman que la genética cuenta con un papel destacado en la herencia del TDAH entre generaciones. Así pues, varios estudios demuestran que las personas con familiares con TDAH tienen más probabilidades de sufrir el trastorno que aquellas personas sin antecedentes.
- Factores psicosociales: no se consideran esenciales, pero sí que representan un factor importante en la implementación de una intervención específica para la persona con TDAH.
- Factores ambientales: relacionados con parto prematuro, bajo peso al nacer, consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo, etc.

De igual forma, el DSM-5 (2013) abarca varios tipos de TDAH, entre los que se encuentran:

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo predominante inatención: las personas con este subtipo parecen no estar escuchando cuando se les explica algo. Además, tienen dificultades para iniciar tareas y mantenerse concentrados en lo mismo durante largos períodos de tiempo. En otras palabras, se distraen con cualquier estímulo externo.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo predominante hiperactivo-impulsivo: las personas con este subtipo de TDAH se caracterizan por estar constantemente en movimiento y no parar en ningún momento. Suelen interrumpir conversaciones y tienen dificultades para completar tareas que les exigen permanecer quietos durante largos periodos de tiempo.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo combinado: caracterizado por presentar los tres grandes síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

3. Qué es la ansiedad.

Con el paso de los años, han ido surgiendo numerosas definiciones para intentar darle sentido al término “ansiedad”. Ahora bien, es importante conocer las diferencias entre el término ansiedad y trastorno de ansiedad, es por eso, por lo que primero se tratará el concepto ansiedad y posteriormente el de trastorno de ansiedad.

Siguiendo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2013), la ansiedad es aquella respuesta que se produce de manera anticipada con respecto al futuro, es decir, la sensación de que se experimentará un estado negativo en un futuro cercano o lejano. Así pues, el término ansiedad se refiere a una mezcla de diferentes manifestaciones, tanto mentales como físicas, que no reflejan amenazas verdaderas, sino que se reflejan en forma de ataques de pánico o crisis.

Cabe señalar que el concepto de ansiedad tiene cierta cercanía con el concepto “miedo”, pero a pesar de las características asociadas a ellos, no son sinónimos, porque mientras que el término “miedo” hace referencia a “la alteración ante estímulos presentes”, la ansiedad se vincula a la antelación de amenazas futuras. Sin embargo, para marcar las diferencias de ambos conceptos Marks (1986), estableció lo siguiente:

Tabla Núm. 1

Diferencias entre miedo y ansiedad.

ANSIEDAD	MIEDO
Amenaza incierta	Focalización de una amenaza concreta
Prolongado	Esporádico
Constante	Desaparece cuando se termina la amenaza
Amenaza raramente inminente	Amenaza inminente
Vigilancia persistente	Emergencia transitoria

Fuente: Marks (1986). Tratamiento de neurosis.

Por lo tanto, cuando los acontecimientos son percibidos como una amenaza para el sujeto, según el estudio realizado por Tobal (1996), la intensidad de la emoción será mayor independientemente de si existe peligro real o no, y será menor o incluso nula si el sujeto no percibe el suceso como una amenaza, aunque exista peligro real

De ahí, que el concepto de ansiedad y miedo se encuentren relacionados el uno con el otro. En segundo lugar, como señala el DSM 5 (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013), los trastornos de ansiedad son aquellos que presentan características de ansiedad y miedo excesivos. Dicho de otra manera, los trastornos de ansiedad se basan en la persistencia de la angustia excesiva, miedo o preocupación, que provocan un malestar o deterioro en el desempeño de la persona.

Así pues, el manual de diagnóstico de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992), también define esta enfermedad como una serie de respuestas fisiológicas que preparan al organismo para la acción.

En definitiva, la ansiedad es una respuesta natural del cuerpo producida en un momento inadecuado, mientras que el trastorno de ansiedad es una patología duradera que afecta al rendimiento de la persona y por lo tanto su vida.

3.1. Causas y consecuencias del trastorno de ansiedad.

De acuerdo con Stein y Hollander (2010) la ansiedad es una etapa de alerta en la que un individuo tiene un cierto sentimiento de incertidumbre y miedo. Estos autores consideran que las principales causas que dan lugar a la ansiedad son:

- Ambientales: son todos los estímulos que provienen del ambiente donde vive una persona y son los impulsos que pueden desencadenar el desarrollo de la ansiedad. Todos estos impulsos son aspectos nocivos que influyen negativamente en la vida de la persona.
- Genéticos: este tipo de causas se relacionan con una preferencia heredada que se manifiesta en la personalidad, lo que significa que, si a un miembro de la familia se le diagnostica ansiedad, es más probable que la herede.

Sin embargo, se puede decir que la ansiedad es un cambio de estímulos, y según el desarrollo del entorno, una persona crea toda una serie de mecanismos de control para sobrevivir, es decir, en un momento dado, todas las personas han experimentado sentimientos de miedo y ansiedad debido a diversos eventos de la sociedad, pero después de esos eventos, desarrollaron habilidades de aprendizaje con las que pueden superar el sentimiento, pero permanecer en alerta.

De igual forma, se puede indicar que debido a las causas que originan la ansiedad se pueden producir enfermedades tanto psicosomáticas como psicofisiológicas, las cuales se encuentran totalmente vinculadas con el comportamiento emocional y social del individuo. Por lo tanto, como señala Moreno (2008) en su investigación, las manifestaciones que se pueden producir durante el desarrollo de la ansiedad son las siguientes:

- Síntomas psicofisiológicos: hace referencia a los síntomas que afectan a todos los sistemas, los cuales producen reacciones tales como: dolor de cabeza, mareos, taquicardia, palpitaciones, náuseas, vómitos, temblores, etc.
- Síntomas motores: estos síntomas aparecen en el momento en el que la persona siente miedo y provocan reacciones como: irritabilidad, frustración, agresividad, dificultades para la conciliación del sueño, etc.

- Síntomas cognitivos: estos síntomas se refieren al momento en el que se manifiesta una preocupación injustificada ante catástrofes inminentes y da lugar a: disminución del rendimiento en procesos mentales como atención, concentración y memoria, anticipación a situaciones consideradas como amenazantes para el individuo, etc.

3.2. Tipos de ansiedad.

Siguiendo a Carrasco (2016), los trastornos que surgen con más frecuencia en la etapa adulta son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de preocupaciones constantes, que se observan ante diversas situaciones. A esta persistente preocupación hay que sumar los síntomas de dolor de cabeza o abdominal y alteraciones del sueño. Este tipo de trastorno de ansiedad es muy común entre los estudiantes universitarios debido a que se preocupan por los logros académicos, sociales, deportivos, familiares, etc.
- Trastorno de pánico: se basa en ataques de ansiedad repentinos y puede ir acompañado de agorafobia, es decir, miedo a espacios abiertos.

Por otro lado, de acuerdo con dicho autor, otros trastornos de ansiedad que pueden afectar durante la etapa de adultez, aunque son menos comunes son:

- Fobia específica: las personas con fobias específicas anticipan el daño ya que temen perder el control de la situación. De igual forma, se basa en un miedo irracional ante un estímulo o situación típica.
- Fobia social: este tipo de trastorno suele comenzar en la adolescencia y se basa en la ansiedad que se manifiesta ante situaciones sociales donde la persona siente que está siendo observada y juzgada por quienes la rodean.
- Trastorno de ansiedad por separación: hace referencia al miedo excesivo que sufre una persona a verse separada o distanciada de las personas con las que mayor relación tiene. Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM, 2013) este tipo de trastorno a su vez se divide en 3 tipos: 1) malestar psicológico subjetivo; 2) rechazo a estar solo en casa; 3) pesadillas ante la separación.

Es por ello que las personas que sufren este tipo de trastorno no confían en nadie y se encuentran socialmente aislados.

- Trastornos de estrés: basado en volver a vivir ciertos momentos relacionados con el trauma.
- Desorden obsesivo-compulsivo: determinado por reflexiones angustiosas y perturbadoras, como pueden ser obsesiones y conductas repetitivas.

4. Relación entre TDAH y ansiedad.

Las personas que padecen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, de acuerdo con Barkley (2010), presentan muchas más probabilidades de sufrir trastornos de ansiedad. Esto se debe a las muchas dificultades y desafíos que deben afrontar los adultos jóvenes con TDAH. Así pues, la investigación de ansiedad-TDAH ha sido el centro de muchas investigaciones (p.e., Martin et al., 2018; Taylor, Asherson y Mowlem, 2019). Estas investigaciones sugieren que las niñas con TDAH tienen niveles más altos de ansiedad con respecto a los niños. Además, Gerson (2002) señala que existe cierta aprobación en la afirmación de que la comorbilidad TDAH-ansiedad conduce a manifestaciones clínicas más problemáticas, y de acuerdo con Murray et al., (2020), supone un peor pronóstico futuro.

Las investigaciones sobre la relación entre TDAH y ansiedad han atraído más interés últimamente (p.e., Cueli et al., 2020), algunos estudios se han enfocado en cómo la comorbilidad ansiedad-TDAH afecta al autoconcepto. Así, por ejemplo, Brown (2000) y posteriormente Rostain y Schatz (2006), observaron que el binomio ansiedad-TDAH se interpreta como baja autoestima. Del mismo modo, Bussing, Perwien y Zima (2000), informaron que el TDAH relacionado con la ansiedad, muestra valores más pobres de autoconcepto emocional y autoconcepto social.

Así mismo, Ferrin (2012) manifiesta que dicha relación también puede verse explicada por la siguiente afirmación: las personas con ansiedad suelen ser más indiferentes que el resto, además los jóvenes adultos con TDAH se encuentran más desmotivados o ansiosos, pero esto no impide que ambos trastornos puedan tratarse de manera más independiente.

Por tanto, el vínculo entre TDAH y ansiedad se observa en una persona de cada tres jóvenes, independientemente del género, nivel económico, origen étnico, etc., por lo que entre un 15-30% de las personas padecen ambos trastornos. Además, en su conferencia “Actualización en el tratamiento del TDAH, desde las Guías Europeas realizada en la VI Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente”, Ferrín (2012) señaló que los individuos que padecen TDAH de subtipo de inatención presentan mayores probabilidades de padecer un Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), mientras que los que sufren un subtipo de TDAH combinado tienen mayor probabilidad de padecer Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Esto dar lugar a que los individuos que sufren ambos trastornos, es decir, TDAH y ansiedad, cuenten con unos niveles de autoestima más bajos, lo que ocasiona una disminución de la satisfacción personal y por lo tanto de la vida cotidiana.

La relación entre ambos trastornos se debe a la preocupación excesiva y a la constante necesidad de reafirmación en personas con TDAH, lo que sin duda aumenta los niveles de ansiedad. Por consiguiente, Ferrín (2012) muestra que los efectos cognitivos del vínculo entre ansiedad y TDAH influyen a los desafíos generales, así como a la relación con los

sistemas de atención. A lo que Eysenck y Calvo (1992) señalaron en su investigación que existen varias teorías que intentan explicar este cambio en los sistemas atencionales, como son las siguientes:

- Teoría de eficiencia de procesamiento: vincula la preocupación de los adolescentes con una atención reducida que conduce a dificultades en la memoria de trabajo.
- Teoría de control atencional: muestra que el desempeño basado en lograr metas con una cantidad de recursos limitados se ve afectado en comparación con el desempeño basado en lograr metas sin considerar los recursos o el tiempo requerido.
- Modelo de curva catastrófica: señala que depende del estado de estrés en la que se detecte la función cognitiva. Si el estrés aumenta el rendimiento será mejor, pero si es excesivo hará que el rendimiento disminuya.

En definitiva, existe una relación permanente entre TDAH y ansiedad, pero esto no hace que ambos trastornos desestabilicen a una persona, sino que son trastornos que normalmente se encuentran ligados y al producir uno el otro va seguido. Es por eso que el TDAH y la ansiedad en muchas ocasiones se diagnostican erróneamente porque tienen muchas similitudes en común.

5. Bienestar psicológico.

Para poder comprender con exactitud el concepto de bienestar psicológico es necesario tratar en primer lugar el concepto de bienestar.

Dicho esto, la idea de bienestar, según Campbell (1981), hace referencia a la visión que tiene un individuo sobre el control de sí mismo y la propia satisfacción que tiene con su vida. En los últimos años se han llevado a cabo diferentes investigaciones sobre el bienestar, ampliando de este modo el significado de dicho concepto.

Según Ryan y Deci (2001) hay una estructura de los diferentes estudios de este concepto en dos importantes clasificaciones:

- Bienestar hedónico, que hace referencia a la felicidad.
- Bienestar eudaimónico, que está relacionado con el desarrollo del potencial humano.

Ryff y Shmotkin (2002) profundizaron en esta clasificación utilizando el concepto de bienestar subjetivo para referirse al bienestar hedónico y el término de bienestar psicológico para referirse al bienestar eudaimónico.

Por otro lado, Holms (2011) determinaba que el bienestar psicológico consistía en la plenitud de la vida de manera general, es decir, la felicidad que refleja el individuo en los diferentes aspectos en los que se encuentra inmerso. Además, Holms (2011), considera necesario

tener una buena salud mental e ingenio para saber superar las diferentes situaciones que se muestran durante el desarrollo de la vida.

Dicho de otro modo, el bienestar psicológico se encuentra relacionado con el placer de vivir y los efectos positivos de la vida cotidiana o lo que es lo mismo, el bienestar psicológico se encuentra vinculado con la mejora que el ser humano puede desarrollar para cumplir las metas y retos personales y con la satisfacción en la vida y alegría.

No obstante, teniendo una gran variedad de definiciones sobre el concepto, la más importante es la ofrecida por la psicóloga Carol Ryff (1989), la cual definía el concepto de bienestar psicológico como un elemento que está sujeto a factores no hedónicos, es decir, que la función óptima es producir mayor felicidad, placer y emociones positivas.

De este modo, Carol Ryff se dedicó a examinar las dimensiones que afectaban enormemente en la calidad de vida de los individuos. Ofreciendo de este modo un total de 6 dimensiones esenciales para el desarrollo personal.

Dichas dimensiones establecidas por Ryff (1989) son las siguientes:

- Autoaceptación: habla de la aprobación de todos los aspectos de uno mismo, es decir, aceptar el cuerpo, pensamientos y emociones propias para tener una visión positiva de uno.
- Autonomía: basada en la independencia de los individuos durante los diferentes momentos de la vida. Un alto grado de autonomía implica que el ser humano es capaz de soportar la presión social con mayor fuerza.
- Crecimiento personal: mide la capacidad que tiene una persona para conocerse a sí misma. Fomentando el desarrollo personal, es posible que el individuo sienta que está en un crecimiento continuo.
- Dominio del entorno: se basa en la capacidad para aprender a valerse por uno mismo en un entorno complejo, teniendo en cuenta la capacidad de adaptación frente a las numerosas circunstancias desfavorables. Dicho de otro modo, si se posee un alto nivel de percepción de dominio sobre el entorno, el ser humano se siente más capacitado para poder superar situaciones complicadas, pero, por otro lado, si el nivel de percepción es bajo, el individuo va a tener más dificultades para avanzar día a día.
- Propósito de vida: se tiene en cuenta la necesidad de los individuos para hallar un deseo con el cual darle sentido a la vida, es decir, establecer una serie de metas claras para poder conseguirlas a base de esfuerzo.
- Relaciones positivas con la sociedad: mide la capacidad que tienen los individuos para comunicarse con las demás personas de manera sincera y abierta. Al tener mayores vínculos con otras personas, la calidad emocional es mayor.

Por lo tanto, el enfoque ofrecido por Carol Ryff (como citó Tarragona, 2014) se centra en enfrentar todas las dificultades que se presentan a lo largo del desarrollo de la vida y la capacidad que tiene cada persona para manejarla de manera efectiva.

Dicho esto, es necesario indicar que, dentro de las dimensiones brindadas por Carol Ryff (1989) se encuentra la autoaceptación o autoestima. La autoestima es considerada un factor importante para el crecimiento personal, de modo que todas las dimensiones se encuentran relacionadas. De este modo, a continuación, se expone una tabla referente a las dimensiones del bienestar:

Tabla Núm.2

Dimensiones del bienestar de Carol Ryff.

Dimensión	Nivel óptimo	Nivel perjudicial
Autoaceptación	- Positivismo. - Aceptar aspectos positivos y negativos.	- Perfeccionismo. - Críticas externas
Autonomía	- Capaz de resistir a las presiones sociales. - Independiente y con determinación.	- Bajo nivel de asertividad. - Indecisión
Crecimiento personal	- Desarrollo continuo de la persona. - Abierto a nuevas experiencias. - Progreso constante.	- Sensación de no aprendizaje. - No mejora.
Dominio del entorno	- Sensación de control. - Aprovechar todas las oportunidades.	- Indefensión. - Descontrol.
Propósito en la vida	- Metas en la vida. - Sensación de tener un rumbo.	- Sensación de no tener un rumbo. - Dificultades psicosociales.
Relaciones positivas con la sociedad	- Socializar con otros individuos. - Fuerte empatía y afecto.	- Déficit en afecto y empatía.

Fuente: Vázquez y Hervás (2009). *Psicología positiva aplicada* p.28.

Así, el modelo de Carol Ryff considera el bienestar psicológico como un concepto que incluye no sólo la satisfacción, las emociones positivas y negativas, sino también el bienestar psicológico. Más bien, se centra en la forma en que una persona evalúa sus propias fortalezas y debilidades, así como las relaciones sociales y el entorno (Ryan et al., 2001; Ryff, 2008). Algunas de estas características se encuentran específicamente en personas con TDAH, por lo que es razonable esperar que la salud mental pueda verse afectada (Ryff y Singer, 2008).

6. Relación entre ansiedad y bienestar psicológico.

Para saber cómo afecta el bienestar psicológico y la ansiedad en los universitarios que sufren TDAH, es importante conocer la relación que existe entre ambos términos, de modo que:

De acuerdo con Howell (2009) el bienestar psicológico es un factor importante para mejorar el potencial de las personas, lo que también se aplica a la consecución de las metas académicas (Laflamme y Vaez, 2008). La etapa adulta viene acompañada de diversos cambios cognitivos, emocionales y sociales que pueden significar oportunidades de crecimiento personal. Además, los estudiantes están bajo constante evaluación académica, personal y social y en algunos casos pueden provocar agotamiento emocional, llegando a un cierto nivel de insatisfacción (Abello, Caballero y Palacios, 2007; Maldonado, Toledo, Rodríguez, Negrón y Quiñones, 2015). Esto se debe a que los estudiantes tienen que organizar su tiempo, adaptarse a la vida universitaria y gestionar las relaciones sociales; aunque a menudo también enfrentan experiencias físicas, emocionales y psicológicamente difíciles (West y Cushman, 2006; Dyrbye et al, 2013). Del mismo modo, la ansiedad durante la etapa de la adultez es una de las problemáticas más frecuentes, haciendo mayor incidencia en las mujeres. Dicho de otra manera, la ansiedad es un problema de salud mental común que puede tener un impacto significativo en el bienestar psicológico, provocando una disminución de la calidad de vida, los niveles de felicidad y salud mental en general. También puede afectar a varias medidas del bienestar psicológico, como el control y las relaciones. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), afirmó que los niveles más altos de ansiedad se asocian con un menor bienestar psicológico, lo que da lugar a la importancia de abordar la ansiedad con el fin de promover mejores resultados de salud mental en la etapa adulta.

Por lo tanto, se puede demostrar que la relación entre bienestar psicológico y ansiedad ha sido largamente investigada y en su mayoría se enfatiza en la conexión que existe entre ambos conceptos.

Según un estudio realizado por el Instituto José Carlos Mariátegui (2021), se encontró una correlación muy relevante y perjudicial entre la ansiedad y el bienestar psicológico en la adultez. Esto significa que a medida que los estudiantes experimentan niveles preocupantes de pánico, tienen menos probabilidades de desarrollar un bienestar psicológico adecuado. Por consiguiente, a medida que los estudiantes experimentan auto competencia y sensaciones de control, habrá menos probabilidad de que sufran niveles significativos de ansiedad y/o estrés, lo que mejora su calidad de vida. Las investigaciones también descubrieron que cuando los estudiantes están satisfechos con la calidad de sus relaciones personales, hay menos probabilidades de experimentar altos niveles de ansiedad o estrés porque se sienten más seguros, estables y confiados.

En definitiva, después de numerosas investigaciones se ha encontrado que existe un claro vínculo entre el bienestar psicológico y la ansiedad, lo que manifiesta que los grados más elevados de ansiedad afectan significativamente al bienestar general y a la salud mental de una persona, por lo que es crucial impulsar el bienestar psicológico en el entorno educativo en beneficio del rendimiento académico.

7. Objetivos.

El objetivo general del presente trabajo es evaluar la relación entre el bienestar psicológico y la ansiedad en estudiantes con TDAH y comparar dicha relación con estudiantes sin TDAH. De acuerdo con ello, los objetivos específicos son:

- Estudiar el vínculo entre el bienestar psicológico y la ansiedad en estudiantes con y sin TDAH.
- Comparar las posibles diferencias en dicha relación entre estudiantes con y sin TDAH.

8. Hipótesis.

Las hipótesis establecidas son:

- Existe relación negativa entre el bienestar psicológico y la ansiedad.
- La relación encontrada será mayor en el caso de las personas que padecen TDAH en comparación con personas sin dicho trastorno.

9. Metodología.

9.1. Participantes.

Este proyecto de investigación está dirigido a estudiantes de la Universidad de Jaén con TDAH y a aquellos que no. La edad para la realización del proyecto oscila entre los 18 y 25

años. La participación será completamente voluntaria. Podrá participar cualquier universitario, independientemente del grado que curse.

Para participar en el grupo que no tienen TDAH, los voluntarios no tienen que presentar evidencia de la enfermedad, para comprobar esto se realizará un cuestionario que descarte completamente la evidencia de algún síntoma.

Así mismo, la Asociación Jiennense de Afectados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (AJADAH) de Linares tendrá una gran importancia, ya que procederán de ahí los universitarios voluntarios para el desarrollo del proyecto y de esta manera se confirma que sí padecen TDAH.

9.2. Instrumentos.

- Escala Auto-Reporte de síntomas de TDAH (ASRS V1.1) (Kessler et al., 2007): consta de 18 ítems con opción de contestación tipo Likert que mide la frecuencia los síntomas (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente). La versión corta consta de 6 ítems los cuales también tienen opción de respuesta tipo Likert.
- Escala de Bienestar Psicológico (Carol Ryff, 1989) está compuesta por 39 ítems con opción de respuesta tipo Likert de 6 puntos. (1=totalmente desacuerdo/6=totalmente de acuerdo). Es un mecanismo de medida sobre el grado de bienestar psicológico.
- Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965): esta escala cuenta con 10 ítems, basados en la autoestima personal. La mitad de los ítems se encuentran redactados de manera negativa y la otra mitad de manera positiva Este estudio utiliza la adaptación española de Atienza, Balaguer y Moreno (2000). Los análisis psicométricos indican que esta escala tiene alta fiabilidad (alfa 0,83) y alta validez.
- Escala Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al, 1988): compuesto por 21 ítems teniendo un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos para interpretar el resultado son los siguientes: 0-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa. Las opciones de respuesta son: 0) nada, 1) leve, 2) moderado y 3) bastante.

9.3. Diseño y procedimiento.

El diseño de este proyecto de investigación es un estudio de tipo correlacional que tiene como propósito conocer el grado de relación existente entre las variables ansiedad, bienestar psicológico y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes universitarios con TDAH en comparación con estudiantes sin TDAH.

En primer lugar, para la realización del proyecto se obtendrá la aprobación del Comité de Ética de investigación humana. Después de ello, a todos los participantes del proyecto se les facilitará la documentación de consentimiento informado (Anexo I. Consentimiento informado).

El procedimiento de ejecución será el siguiente: se informa a los jóvenes estudiantes sobre el proyecto, sus objetivos, el procedimiento de cumplimentación de los formularios, el tiempo de duración del proyecto, etc.

En primer lugar, para difundir y dar a conocer el proyecto de investigación se colgarán carteles por la Universidad de Jaén y por los alrededores de la Asociación de Jiennenses Afectados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de Linares. Así mismo, también se repartirán folletos en ambos sitios, dejando en estos un correo electrónico para todo aquel que quiera sumarse y participar en el proyecto. En el correo deben indicar su nombre, edad y carrera a la que pertenecen.

Para llegar a más personas también se distribuirán los carteles a través de las diferentes redes sociales, como son, Instagram, Twitter, Facebook.

Seguidamente, se realizará una reunión informativa para explicar claramente todos los detalles del proyecto y aclarar dudas, de forma que los posibles participantes puedan decidir voluntariamente si quieren participar en el proyecto. Una vez seleccionados todos los participantes, deberán firmar el documento de consentimiento informado permitiendo de este modo el uso posterior de los datos proporcionados.

A las personas voluntarias que no tengan TDAH y para descartar evidencias o muestras del mismo, se les realizará la escala Auto-Reporte de síntomas de TDAH (ASRS V1.1) (Kessler, 2007) (Anexo II. Escala Auto-Reporte de Síntomas de TDAH). Los participantes que superen una puntuación mayor de 3 serán eliminados del proyecto y se contactará con más universitarios voluntarios para el desarrollo del mismo.

Para continuar, se determinará el día y la hora más conveniente para los universitarios, de modo que realizar los cuestionarios no supongan un inconveniente. En primer lugar, se les realizará a los universitarios sin TDAH y posteriormente a los que tienen TDAH. Es importante que se encuentren divididos en estos grupos por las posibles dudas que puedan surgir las cuales puedan afectar a las respuestas de los demás.

La ejecución de los cuestionarios tendrá lugar en un aula de la Universidad de Jaén, para que puedan realizarlos en un sitio sin ruidos ni distracciones. Los profesionales estarán en todo momento en el aula, ya que antes de cada cuestionario estos les tienen que explicar la funcionalidad del mismo. Esto será igual en el grupo de estudiantes con TDAH.

Para cumplimentar los cuestionarios, se comenzará con la Escala de Bienestar Psicológico (Anexo III. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff), con la que se pretende evaluar el grado en el que la persona percibe su propia satisfacción en diversos aspectos de su vida.

Seguidamente, se procederá con la Escala de autoestima de Rosenberg (Anexo IV. Escala de autoestima de Rosenberg) con la cual se pretende medir la autoestima. Posteriormente, se continuará con las dos últimas escalas, la Escala Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo V. Escala Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)), con la cual se trata de evaluar la existencia de los síntomas de ansiedad.

9.4. Cronograma.

En el siguiente cronograma se podrá observar más concretamente cuando se realizarán los cuestionarios pertinentes:

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	ENERO
Colgar carteles por la Universidad de Jaén y repartir panfletos.	S S S S 1 2 3 4		
	X X		
Charla informativa con los estudiantes voluntarios y firma de consentimiento informado.		S S S S 1 2 3 4	
		X	
Realización del cuestionario (ASRS V1.1) estudiantes sin TDAH		X	
Cumplimentación de los cuestionarios, tanto estudiantes con TDAH como estudiantes sin el trastorno.			S S S S 1 2 3 4
			X

9.5. Presupuesto.

Recursos materiales:

CONCEPTO	VALOR (€)
Carteles y panfletos	200

Calendarios	130
Fotocopias (consentimiento informado y escalas)	70
Bolígrafos	100
TOTAL	500

Recursos humanos:

CONCEPTO	VALOR (€)
Personal encargado de seleccionar a los universitarios participantes (3 personas).	300
Personal responsable de la producción de carteles y folletos. (2 personas).	200
Personal responsable de colocar carteles y distribuir folletos (4 personas).	400
Profesionales encargados de dar la charla inicial (2 personas).	250
Profesionales encargados de explicar las diversas escalas a realizar (4 personas).	800
TOTAL	1950
 RECURSOS MATERIALES	 500€
RECURSOS HUMANOS	1950€
TOTAL	2450€

Para solventar los gastos se solicitará ayuda tanto a la institución, es decir, a la Universidad de Jaén como al Consejo de Estudiantes de la misma.

10. Beneficios esperados.

El resultado de este proyecto de investigación basado en “Bienestar psicológico y ansiedad en universitarios con TDAH” cuenta con el propósito de evaluar el vínculo entre la ansiedad y el bienestar psicológico en alumnado universitario con TDAH en contraste con estudiantes sin dicho trastorno.

Para ello, en primer lugar, se han definido los conceptos necesarios, como son: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastorno de ansiedad y ansiedad y, finalmente, bienestar psicológico.

Dicho esto, los beneficios esperados una vez desarrollado dicho proyecto es obtener toda la información necesaria o destacada para evaluar la afección de la ansiedad y el bienestar psicológico en universitarios con TDAH de la Universidad de Jaén en comparación con estudiantes sin TDAH de entre los 18 y 25 años. Esto permitirá conocer la situación de estas personas, y con ello realizar con posterioridad proyectos de intervención destinados a mejorar dicho bienestar psicológico y ansiedad, dando lugar a un mejor tratamiento del TDAH.

El número de estudiantes diagnosticados con TDAH en las universidades es cada vez mayor, por lo que es necesario abordar estas variables para mejorar el bienestar psicológico, dado que como se ha visto anteriormente, es fundamental para un buen funcionamiento de la vida diaria y por lo tanto de la autoestima. Además, el TDAH puede tener una serie de consecuencias negativas en la vida del individuo.; sin embargo, no hay suficientes investigaciones aparte del estudio realizado por Buchanan (2011).

Gracias a la cumplimentación de este proyecto se podrá valorar cómo afectan dichas variables, ansiedad y bienestar psicológico, a los jóvenes universitarios con TDAH y por lo tanto responder de manera afirmativa a la hipótesis formulada con anterioridad: “existen vínculos entre la ansiedad, el bienestar psicológico y los estudiantes con TDAH que perjudican el rendimiento académico”. Así mismo, se podrán desarrollar proyectos de intervención para mejorar el bienestar psicológico y ansiedad en universitarios con TDAH.

Algunas pautas a considerar que pueden ayudar en futuros estudios a ampliar y profundizar los resultados de esta investigación es contar con un mayor número de participantes, lo cual fortalecería aún más el estudio. Esto podría ayudar a seguir adelante y profundizar más en esta investigación teniendo una información aún más sólida sobre la relación entre bienestar psicológico, ansiedad y estudiantes con TDAH.

11. Agradecimientos.

Me gustaría agradecer a mi familia y a mis seres queridos por todo el apoyo brindado, gracias a ellos estoy donde estoy y he podido conseguir mi sueño y seguir creciendo en el ámbito que tanto me gusta. Sobre todo, a Alicia, por estar y apoyarme siempre.

Reconocer también el esfuerzo de todos los profesores, profesoras y profesionales que me han acompañado en este año del máster en el que me han transmitido su amor y vocación por cada uno de las diferentes materias impartidas.

12. Referencias bibliográficas.

Alban-Metcalfe, J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder-type behaviors among undergraduate students and their relation to learning style. *Research in education*, 68, 89-109.

- Alvarado, A., y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2), 57-62
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarado, A., y Guijarro, C. (2017). Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años. *Revista Killkana sociales*, 1(2), 1-6.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6297474>
- American Psychological Association. (2014). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Anbarasan, D., Kitchin, M. y Adler, L. A. (2020). Screening for Adult ADHD. *Current psychiatry reports*, 22(12), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
- Barkley, R. (2005). ADHD and the nature of self-control. The Guildford Press: New York.
- Barkley, R. (2010). *Taking Charge of Adult ADHD*. The Guildford Press: New York.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 195–211
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792–1798.
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Doyle, A. E., Spencer, T., Seidman, L. J., Gross, L., Poetzel, K. y Faraone, S. V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown-up males with ADHD. *ActaPsychiatrScand*, 116, 129–136. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007. 01008.x
- Buchanan, T. (2011) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Well-being: Is Social Impairment an Issue for College Students with ADHD? *Journal of Postsecondary Education and Disability* 24(3), 193 – 210.

- Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P. y Niebler, G. (2012) ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Qual Life Res.* 21, 795–799. DOI 10.1007/s11136-011-9981-9
- Brod, M., Johnston, J., Able, S. y Swindle, R. (2006) Validation of the adult attention deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research* 15, 117–129.
- Calleja, N., y Mason, T. (2020). *Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8: Construcción y Validación.* [Archivo PDF]. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art14.pdf>
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios.* LOM Ediciones.
- Cañamero, L., Cueli, M., García, T., Areces, D., y González-Castro, P. (2021). Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 90-99. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/61752/art472021.pdf?sequence=1>
- Carrasco, S. (2016). *Estudio sobre la relación entre los niveles de ansiedad y los recursos atencionales en estudiantes de 4º curso de Educación Secundaria.* [Archivo PDF]. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3701/CARRASCO%20CARMONA%20SARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castañón, Y. (2018). *Bienestar psicológico y ansiedad.* [Archivo PDF]. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Castanon-Yury.pdf>
- Crecimiento positivo. (s.f.). *Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff.* www.crecimientopositivo.es/portal/modelo-de-bienestar-psicologico-de-ryff/
- Cho, S., Kim, J., Hyun-Jung Choi, H., Kim, B., Shin, M., Lee, J. y Kim, E. (2008). Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depression and Anxiety*, 25,142–146.

- Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- Cumyn, L., French, L. y Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 54(10), 673–683
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B. y Mette, C. (2017). [ADHD in Adults and Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Clinical Diagnostics and Integrated Therapy. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 85(6), 336–344. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100763>
- Farias, I. (18 de mayo de 2023). Las 6 dimensiones del bienestar según Carol Ryff. *PsicoActiva.com: Psicología, test y ocio Inteligente*. <https://www.psicoactiva.com/blog/corrientes-psicologicas/modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/>
- Ferrín, M. (29 de octubre de 2012). *Actualización en el tratamiento del TDAH, desde las Guías Europeas*. [Discurso principal]. Conferencia Semana Europea de Sensibilización sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), La Rioja, España.
- Fundación Cadah. (s.f.). *Causas del TDAH*. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-causa-y-que-no-causa-el-tdah.html>
- Fundación Cadah. (s.f.). *La ansiedad en el TDAH*. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-ansiedad.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20Maite%20Ferrin%2C%20Psiquiatra%20del%20larga%20sufren%20desmotivaci%C3%B3n%20ansiedad.>
- Fundación Cadah. (s.f.). *Qué es el TDAH*. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnosticar-el-tdah-dsm-5.html>

- García, I. (2021). *La ansiedad en el alumnado de educación infantil*. [Archivo PDF].
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54635/TFGB.%201850.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, M., y García, M. (s.f.). *Capítulo 3. Los métodos de investigación*. [Archivo PDF].
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-135806/12%20metodologc3ada-1-garcia-y-martinez.pdf>
- Garnier-Dykstra, L., Pinchevsky, G., Caldeira, M., Vincent, K. y Arria, A. (2010). Self-Reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. *Journal of American College Health*, 59(2). DOI: 10.1080/07448481.2010.483718
- González-Aguilar, D. (2021). Bienestar psicológico, resiliencia y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Guatemalteca De Educación Superior*, 4(1), 43–58.
<https://doi.org/10.46954/revistages.v4i1.53>
- Halperin, J., Trampush, J., Miller, C., Marks, D. y Newcorn, J. (2008). Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 958–966. DOI:10.1111/j.1469-7610.2008.01926.x
- Instituto de Psicofarmacología. (s.f.). *Evaluación del TDAH en adultos: entrevista clínica y escalas de evaluación*.
<https://psicofarmacologia.com/psiquiatria-clinica/tdah/evaluacion-del-tdah-en-adultos-entrevista-clinica-y-escalas-de-evaluacion>
- Kessler, R., Adler, L., Gruber, M., Sarawate, C., Spencer, T., y Van Brunt, D. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-report Scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiat*, 16(2): 52-65.
- Kupfer D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 245–246.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/dkupfer>

- Leffa, D. T., Caye, A. y Rohde, L. A. (2022). ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. *Current topics in behavioral neurosciences*, 57, 1–18.
https://doi.org/10.1007/7854_2022_329
- Mardomingo, M., Sancho, C., y Soler, B. (2019). Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *Revista Anales de Pediatría*, 90(6), 349-361.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303692>
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Matud, M. P., López-Curbelo, M. y Fortes, D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3531.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Mena, B. y Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH*. [Archivo PDF].
https://www.fundacionadana.org/wpcontent/uploads/2016/12/libro_alumno_tdah_11_i_ndd_1.pdf
- Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-9.
- Palomino, R., y Ponce, A. (2020). *Relación entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes de secundaria*. [Archivo PDF].
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6147/T037_76672438_70854839_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Parellada M.J. (2009). *TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza editorial.
- Pascual-Castroviejo, I. (s.f.). *Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. [Archivo PDF].
http://www.acanpadah.org/documents/AEP_-_protocolos_diagnostico_terapeuticos_de_AEP.Nerurologia_pediatria.pdf
- Quiroga, C. (2013). *Psicopatología en padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. [Archivo PDF].

https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8330/Quiroga_Jiménez_Lucía_Cristina_2013_anexos.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Redondo, I. (2021). *Ansiedad, Covid-19 y jóvenes: efectos psicológicos de la pandemia*. [Archivo PDF].

<https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/13505/REDONDO%20MARTOS%20c%20INMACULADA.pdf>

Reyes-Zamorano, E., García-Vargas, K. L. y Palacios-Cruz, L. (2013) Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autor reporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*, 65(1), 30-38.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 1069-1081.

Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. DOI: 10.1007/s10902-006-9019-0

Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.

<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Toledo Osorio, N., y Maldonado Peña, Y. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Portal de Revistas UR*.

<https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79933768003/html/index.html>

Toner, M., O'Donoghue, T. y Houghton, S. (2006). Living in chaos and striving for control: How adults with attention deficit hyperactivity disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 247-261. DOI: 10.1080/10349120600716190.

Understood.org. (s.f.). *TDAH y ansiedad en niños*.

<https://www.understood.org/es-mx/articles/adhd-and-anxiety-what-you-need-to-know>

Valdizán, J.R. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. [Archivo PDF].

https://www.cemic.edu.ar/descargas/addh_adultos.pdf

Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W. y Patterson, B. (2011) Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorder population. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17, 221–226. DOI 10.1111/j.1755-5949.2010.00148.x

Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2014000200001&lng=es&tlng=es.

Velasco, N. (2014). *Funcionalidad familiar del niño(a) con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. [Archivo PDF].

<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-nadia.pdf>

Victoria García-Viniegras, C.R. y Gonzáles Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=es.

Virgen, R., Lara, A., Morales, G., y Villaseñor, S. (2005). Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-8.

https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf

13. Anexos

Anexo I. Consentimiento informativo.

Yo _____ con DNI _____ declaro tener conocimiento de este proyecto de investigación basado en la evaluación de la relación entre la ansiedad y el bienestar psicológico destinado a estudiantes universitarios con TDAH en comparación con estudiantes sin el trastorno. Del mismo modo, acepto voluntariamente participar en este proyecto y que mis datos puedan ser usados para el desarrollo del mismo.

En _____ a día _____ del mes _____ del año _____

Firma:

Anexo II. Escala Auto-Reporte de Síntomas de TDAH (ASRS. V1.1) (Kessler et al., 2007)

0	1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando terminas las partes difíciles de un trabajo, ¿a menudo te es aburrido seguir después? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿A menudo te cuesta organizar las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Se te olvidan frecuentemente diversos compromisos o reuniones del trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Cuando tienes una tarea que requiere un alto grado de dedicación, ¿con cuánta frecuencia lo retrasas o evitas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando permaneces sentado durante largos períodos de tiempo, ¿con qué frecuencia se mueves o los brazos o piernas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. A menudo te sientes muy activo y con la necesidad de hacer algo como si fueras impulsado por un cohete. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Sueles cometer errores por descuido cuando trabajas en proyectos aburridos o complejos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

8. A menudo tienes problemas para concentrarte cuando haces trabajos similares.	0	1	2	3	4
9. A menudo te resulta difícil centrarte en lo que habla la gente, incluso cuando se refieren a ti directamente.	0	1	2	3	4
10. Pierdes o encuentras cosas a menudo en casa o en el trabajo.	0	1	2	3	4
11. Estás constantemente distraído por el ruido o las actividades que te rodean.	0	1	2	3	4
12. ¿A menudo te sientes nervioso y te levantas de tu asiento mientras estás en el trabajo o cualquier otro lugar?	0	1	2	3	4
13. ¿Te sientes nervioso e inseguro con frecuencia?	0	1	2	3	4
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando estás solo? Con qué frecuencia.	0	1	2	3	4
15. A menudo te encuentras hablando demasiado cuando asistes a eventos sociales.	0	1	2	3	4
16. Durante una conversación, ¿a menudo empiezas una frase antes de que la otra persona termine la suya?	0	1	2	3	4
17. A menudo te encuentras atrapado en momentos en las que tienes que esperar tu turno.	0	1	2	3	4
18. A menudo interrumpes a los demás cuando están trabajando o hablando con alguien más.	0	1	2	3	4

Anexo III. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Carol Ryff, 1989; adaptación española Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006).

	1	2	3	4	5	6
	Totalmente desacuerdo	Muy desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mirando hacia atrás en tu vida, estás satisfecho con como has resuelto todo.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo te sientes sola porque tienes pocas amistades cercanas con las que puedas hablar de lo que necesites.	1	2	3	4	5	6
3. No te importa decir tu opinión, aunque sea totalmente contraria a la del resto de personas.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra persona juzga mis decisiones	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil llevar mi vida de manera satisfactoria.	1	2	3	4	5	6
6. Me gusta planificar un futuro en el que poder mejorar y hacerlo realidad.	1	2	3	4	5	6
7. Soy una persona segura de sí misma y con positividad.	1	2	3	4	5	6
8. No me escucha mucha gente cuanto hablo.	1	2	3	4	5	6
9. Me preocupa bastante la imagen que tengan otras personas de mí y lo que piensen.	1	2	3	4	5	6
10. Lucho por lo que creo que es importante para mí, no por lo que el resto de persona	1	2	3	4	5	6

piensen.

11. Soy capaz de construir un futuro teniendo en cuenta todos mis gustos.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona muy activa a la hora de hacer actividades que voy a empezar yo mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si me dieran la oportunidad, cambiaría mucho de mí.	1	2	3	4	5	6
14. Mis amigos han aportado muchas cosas a mi vida.						
15. Me dejo influenciar por personas que están totalmente seguras de sus opiniones.	1	2	3	4	5	6
16. Siento que todo lo que ocurre en mi vida es por mi culpa.	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta pensar en las cosas que he hecho a lo largo de mi vida y lo que me gustaría en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Mi propósito de vida es ser feliz y no estar triste.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta mi personalidad casi al completo.	1	2	3	4	5	6
20. Siento que no tengo tantas amistades como el resto.	1	2	3	4	5	6
21. Me siento totalmente segura cuando doy mi opinión.	1	2	3	4	5	6
22. Me frustran mucho las expectativas de futuro.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo claro cuál es el rumbo que quiero tomar en mi vida y lo que hay que hacer para conseguirlo.	1	2	3	4	5	6

24. Siento que he madurado mucho con el paso del tiempo	1	2	3	4	5	6
25. No siento felicidad con los logros que he conseguido hasta el momento.	1	2	3	4	5	6
26. No he tenido muchas amistades durante mi vida.	1	2	3	4	5	6
27. Me da miedo comunicar mi opinión sobre temas controvertidos.	1	2	3	4	5	6
28. Me resulta difícil expresar mi opinión sobre temas controvertidos.	1	2	3	4	5	6
29. No estoy seguro de que quiero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
30. Hace mucho que no hago cambios para mejorar mi vida.	1	2	3	4	5	6
31. Estoy feliz y orgulloso con lo que he conseguido.	1	2	3	4	5	6
32. Confío plenamente en mis amistades y estas confían también en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio de decisión si mi familia o amigos no piensan igual.	1	2	3	4	5	6
34. No me gusta probar cosas nuevas, soy feliz con lo que tengo ya.	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es necesario para madurar tener nuevas experiencias que hagan la vida más compleja y que me generen una nueva visión de la sociedad.	1	2	3	4	5	6

36. Si lo piensas bien, realmente no he mejorado como persona durante estos años.	1	2	3	4	5	6
37. Siento que me he desarrollado mucho como persona a lo largo del tiempo.	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que la vida es un proceso de aprendizaje constante, que no se detiene nunca.	1	2	3	4	5	6
39. Si no me siento feliz con el desarrollo de mi vida intentó tomar las riendas y esforzarme para mejorarla.	1	2	3	4	5	6

Anexo IV. Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).

	1 Totalmente desacuerdo	2 Muy desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	4 Algo de acuerdo	5 Muy de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
1. Me siento tan valioso como los demás.	1	2	3	4	5	6
2. Normalmente tiendo a pensar que soy un perdedor.	1	2	3	4	5	6
3. Creo que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4	5	6
4. Tengo la capacidad de desarrollar las cosas de la misma manera que cualquier otra persona.	1	2	3	4	5	6
5. No me siento orgulloso de mí mismo, no he hecho nada para sentirlo.	1	2	3	4	5	6
6. Soy una persona muy positiva con la vida.	1	2	3	4	5	6

7. Me siento satisfecho con lo que hago.	1	2	3	4	5	6
8. Me gustaría respetarme mucho más de lo que lo hago ahora mismo.	1	2	3	4	5	6
9. Siento que no sirvo para nada y que soy un inútil en algunos momentos.	1	2	3	4	5	6
10. Siento que no sirvo para nada.	1	2	3	4	5	6

Anexo V. Escala Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al.1988).

	0 No	1 Leve	2 Moderado	3 Bastante
1. Me siento una persona torpe.			0 1	2 3
2. A menudo, en diferentes momentos me acaloro con facilidad.			0 1	2 3
3. Tengo temblores en las extremidades.			0 1	2 3
4. Me siento incapaz de tener un momento de paz y descanso.			0 1	2 3
5. Me da miedo las cosas que puedan pasar en el futuro.			0 1	2 3
6. Sufro mareos.			0 1	2 3
7. Tengo el pulso acelerado.			0 1	2 3
8. Siento que soy una persona inestable.			0 1	2 3
9. Me encuentro asustado antes el futuro.			0 1	2 3
10. Me pongo nervioso a menudo.			0 1	2 3
11. Siento que me bloqueo en situaciones en las que no existe ningún peligro.			0 1	2 3
12. Me tiemblan las manos.			0 1	2 3

13. Me siento inseguro e inquieto	0	1	2	3
14. Tengo miedo a perder el control de mi vida.	0	1	2	3
15. Noto cierta sensación de asfixia en diferentes momentos.	0	1	2	3
16. Temor a morir.	0	1	2	3
17. Tengo miedo constante.	0	1	2	3
18. A menudo tengo problemas digestivos.	0	1	2	3
19. A menudo sufro desvanecimientos.	0	1	2	3
20. A menudo me avergüenzo sin ningún motivo y me pongo colorada al instante	0	1	2	3
21. Siento constantemente sudoración, fría o caliente.	0	1	2	3