

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



DIFERENCIAS EN EL AUTOCONCEPTO DE NIÑOS DE 7
A 10 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH EN
ESTUDIANTES DE COLEGIOS PARTICULARES
SUBVENCIONADOS Y MUNICIPALES.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
Presentado en cumplimiento parcial de
los requisitos para optar al título de Psicólogo
y grado de Licenciado en Psicología

Por:
Bárbara Nicole Valenzuela Castillo

Profesor guía: Mg. Ingrid Orellana Fonseca

Chillán, Junio de 2019

RESUMEN

El objetivo de nuestra investigación es medir el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años que estén insertos en colegios particulares subvencionados y escuelas municipales de la Ciudad de Chillán y que estén Diagnosticados con TDAH. Para ello, se aplicó la Escala de evaluación de Autoconcepto para niños de Piers Harris fue traducida, estandarizada para Chile por M.E.Gorostegui en el 1992. Es un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. El autor describe el instrumento “como un inventario consistente en 80 ítems referidos a las percepciones de los sujetos.

Es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por cursos básicos y medios por edad de 8 a 18 años.

“La metodología del estudio fue cuantitativa, transversal, no experimental”. En relación a los resultados obtenidos no se evidenció diferencia significativa entre el Autoconcepto de los estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales ($p = 0,090$).

La prueba Kolmogorov-Smirnov no demostró relación entre la variable colegio y puntajes globales ($P=0,042$). La prueba T no demostró relación entre las variables puntaje Global y Establecimiento.

La prueba de U Mann-Whitney ($P > 0,05$, $P=0,090$) se develó que no existe diferencias significativas al pertenecer a uno u otro tipo de establecimiento educacional. Por lo tanto, no hay diferencias significativas entre un colegio y otro.

Los niños con diagnóstico TDAH presentan un Autoconcepto en general más bajo, siendo las diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional y familiar.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), Escala de evaluación de Autoconcepto, niños, colegios particulares subvencionados, escuelas municipales.

DEDICATORIA

A nuestras familias por su amor y apoyo
constante en cada paso de nuestra
Formación profesional.

A Dios, por su eterno amor y fidelidad en los
momentos difíciles de nuestra vida.
“Porque yo Jehová soy tu Dios, quien
te sostiene de tu mano derecha,
y te dice: No temas, yo te ayudo”
Isaías 41:13

RECONOCIMIENTOS

En primer lugar gracias a Dios por darnos la oportunidad de contar con personas que nos motivan constantemente a seguir buscando el aprendizaje, y así poder cada día contribuir en servir con mis conocimientos a otros que lo necesiten.

A nuestras familias por brindarnos su apoyo, paciencia y amor.

Y finalmente a los niños con los que se realizó esta investigación, ya que sin ellos esto no hubiera sido posible, porque su compañía nos animó a continuar, aprendiendo entre sus risas, compartiendo sus alegrías y experiencias de vida, demostrándonos una vez más la importancia de nuestra vocación y reafirmando el camino que cada uno desea construir y seguir.

Agradecer a nuestra profesora guía de Tesis Ingrid Orellana Fonseca, quien constantemente estuvo colaborando y brindando incondicionalmente su apoyo, a través de la confianza hacia nuestras ideas, cumpliendo un papel fundamental en los momentos de alto estrés.

A nuestro asesor metodológico Javier Hernández González quien nos guío en nuestro proceso de tesis.

Agradecer a nuestra secretaria académica Elizabeth Gutiérrez quién fue una parte fundamental para el avance, revisión y terminación de esta etapa, quien siempre con mucha dedicación y buena voluntad me ayudó y apoyo en este proceso académico con su amor cristiano.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	viii

CAPÍTULO

I. ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO	1
--	---

Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Relevancia del problema	5
Justificación del estudio e importancia para la profesión	6
Hipótesis	6
Pregunta de investigación.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Delimitaciones del estudio	7
Limitaciones del estudio	8

II. MARCO TEÓRICO	9
-------------------------	---

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad	9
Etiología.....	9
Modelo atencional versus modelo de autorregulación.....	9
Modelo atencional de Virginia Douglas.....	10
Modelo de autorregulación de Russell Barkley	10
Características diagnósticas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	10
Factores genéticos asociados al TDAH.....	12
Capacidades afectadas por el TDAH.....	12
Aspectos psicológicos de niños y niñas con TDAH	13
Factores ambientales	16
TDAH en el ámbito escolar.....	17
Características a potenciar en niños con TDAH.....	19
Futuros resultados y conclusiones sobre TDAH.....	20
Teoría del vínculo afectivo y apego	21
Tipos y patrones de apego.....	21
Enfoque psicosocial del desarrollo humano	22
Autoconcepto	23
Concepto de Autoconcepto	23
Desarrollo de la Autoconcepto	24
Autoestima	26
Concepto de autoestima	26
Desarrollo de la Autoestima	29
Dimensiones de la Autoestima	30
Autoestima y Autoconcepto	31
Relación autoestima y trastorno de déficit atencional con hiperactividad	33

III. MARCO METODOLÓGICO	35
Tipo de investigación y diseño	35
Población y muestra	35
Operacionalización de variables.....	36
Instrumentos de recolección de datos	37
Análisis cualitativo de las dimensiones de las subescalas (P-H alumno).....	38
Técnicas de análisis de datos.....	39
Procedimientos.....	40
IV. RESULTADOS.....	41
Descripción de la muestra	41
V. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	51
Discusión	51
Conclusión	52
Recomendaciones.....	53
ANEXOS	
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO 2. COMUNICACIÓN.....	58
ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO	61
ANEXO 4. TEST DE EVALUACIÓN DE AUTOCONCEPTO DE PIERS HARRIS.....	62
LISTA DE REFERENCIAS	65

LISTA DE TABLAS

1. Distribución de la muestra.....	36
2. Operacionalización de variables.....	37
3. Distribución muestral por sexo, colegio y curso.....	41
4. Evaluación de los ítems de la Escala de Autoconcepto de Piers Harris, de los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019.....	45
5. Descriptivos de los puntajes T alcanzados en el P-H.....	47
6. Descriptivos por tipo de establecimiento (Puntajes T).....	48
7. Prueba de normalidad, Kolmogorov-Smirnov para una muestra.....	49
8. Prueba de U Mann-Whitney.....	49
9. Autoconcepto según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019.....	50

LISTA DE FIGURAS

1. Distribución según colegio.....	42
2. Distribución según sexo.....	42
3. Distribución por curso.....	43
4. Distribución muestral por tipo de establecimiento.....	44
5. Gráfico de barras de la distribución de los puntajes de la Escala de Piers Harris según tipo de establecimiento, particular subvencionado y municipal.....	48
6. Autoconcepto según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

1. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales edición V (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
2. TDA: Trastorno de Déficit Atencional.
3. TDAH: Trastorno por déficit atencional con hiperactividad.
4. P.H: Test de Autoconcepto de Piers Harris.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

Introducción

Uno de los ámbitos en que nuestra conducta se reconoce y se normaliza es en la educación. Es así, como el concepto de trastorno de déficit atencional que interfiere en el aprendizaje normal, se hace visible en esta evaluación permanente de los escolares en sus centros educativos.

La importancia de investigar este tema radica en que en la actualidad el déficit atencional ha ido en aumento, las estadísticas así lo confirman, en relación al TDAH indican, que desde el año 2003 al 2011 la tasa de diagnóstico subió en un promedio del 5%, y que a nivel nacional no existen muchos estudios con respecto a esta temática. El concepto de déficit Atencional está presente en casi la totalidad de las aulas de nuestro país, siendo evidente su influencia en el ámbito educativo, ya que el niño pasa la mayor parte del día en el colegio interactuando y relacionándose con otros niños junto sus profesores, es esta interacción la que contribuirá en la formación de su Autoconcepto, las vivencias que él experimente allí, serán de gran importancia para el desarrollo de su Autoconcepto.

Según la American Psychiatric Association (2014), el TDAH manifiesta tres síntomas nucleares; la inatención, la hiperactividad e impulsividad, presentándose en menor o mayor grado en función del subtipo. Para que los síntomas de cualquiera de los subtipos, se asocien al Déficit Atencional, se deben dar ciertas condiciones. Una de ellas es que los síntomas se deben presentar antes de los siete años, manteniéndose en el tiempo, mínimo seis meses. Además, deben afectar en dos o más ámbitos de la vida del niño, como en el ámbito familiar, hogar, colegio o vida social de la persona y el impacto debe ser significativo.

Como se ha mencionado los criterios diagnósticos del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), sugieren que el niño presenta un deterioro significativo en varios ámbitos de su vida. La presente investigación, expone cómo se ven afectados los escolares por el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y cómo este influye en su autoestima, la cual hace referencia a las características o atributos que todos los seres humanos utilizamos para describirnos a nosotros mismos. Nuestro estudio estará dirigido a alumnos de 7 a 10 años que presenten diagnóstico de TDAH y que pertenezcan a colegios particular subvencionados y municipales de Chillán.

Nuestro objetivo es comparar el autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH de colegios particular subvencionados y municipales de Chillán, y así poder conocer si existen diferencias a nivel de tipo de centro educativo, ya sea este particular subvencionado o

municipal en la autoestima de los alumnos.

Planteamiento del problema

El TDAH es una enfermedad crónica, de inicio en la infancia, que en la mayoría de las ocasiones persiste en la adolescencia y en la vida adulta, se caracteriza por una tríada sintomatológica: inatención, hiperactividad e impulsividad que producen deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral. Actualmente se encuentra en el DSM V como Trastorno de déficit con hiperactividad y se subdivide en categorías como inatención, hiperactividad e impulsividad, presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactiva/impulsiva. (American Psychiatric Association, 2014)

Este Trastorno corresponde a un trastorno neuropsiquiátrico complejo que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un nivel de desarrollo similar” (American Psychiatric Association, 2005, p. 82). El diagnóstico del TDAH se encuentra entre los primeros diagnósticos que afecta a la población de niños, adolescentes y adultos (De la Peña, Palacio, & Barragán, 2010). Presenta una prevalencia mundial del 5,29% en niños en edad escolar, siendo más frecuente en varones que en mujeres con una proporción de tres a uno (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007).

La presencia de situaciones de estrés ha sido reconocida como una condición de que estar presente el embarazo o en los primeros años de vida en los niños, altera el desarrollo del cerebro, específicamente del cuerpo calloso. Esto último no solo puede explicar un déficit cognitivo posterior, sino las conductas antisociales y falta de autocontrol. (Fernández F & Riquelme B., 2015, p. 12).

“Como todo trastorno del desarrollo es de suma importancia su detección temprana, lo que facilitará su pesquisa oportuna, favoreciendo la relación profesional con el niño” (Fernández F & Riquelme B., 2015, p. 12)

Todos los sujetos que padecen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no presentan las mismas características o dificultades de hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Los niños y adolescentes que presentan este tipo de trastorno se manifiesta a través de distintos comportamientos algunos son los físicos en los cuales tienen dificultades para quedarse sentados o quietos, hacen ruidos, cantan, silban. Además los comportamientos cognitivos en donde presentan problemas en la autorregulación de la conducta, problemas para seguir las órdenes e instrucciones que les dan, dificultad cognitiva para parar y pensar antes de actuar, no tienen la suficiente capacidad de adaptación a situaciones nuevas, etc. Con respecto a los comportamientos

relacionados con la enseñanza y la cognición es la capacidad de conocer de las personas son sujetos que empiezan una actividad sin haber terminado la anterior, cambiando con mayor frecuencia que sus iguales, pueden hacer preguntas que no tengan nada que ver con lo que se está tratando en clase y dar respuestas inesperadas sin esperar su turno de palabra, son muy desorganizados, se distraen con facilidad cuando las tareas no son interesantes. Dentro de los comportamientos sociales pueden mostrarse “mandón” con otros niños, ignorar a los demás o simplemente alejarse durante una conversación, interrumpir conversaciones, juegos y actividades de otros, no cumplir con las normas establecidas. (Sanchez, 2011)

En relación a los comportamientos emocionales en ocasiones tienen repentinos y drásticos cambios de humor, su Autoconcepto es negativo, se frustran fácilmente, son personas a las que se puede herir sus sentimientos con facilidad, pueden llegar a mostrarse agresivos al sentirse rechazados o incluso por impotencia. (Muñoz, 2014). Con respecto al déficit atencional y el área emocional, siendo uno de los factores más afectados, será este un indicador de evaluación para la autoestima principal objetivo en el que se centrará nuestra investigación. (Lenz, 2009)

De acuerdo con Naranjo (2007), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.

La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. Se reconoce que las relaciones sociales pueden favorecer el incremento o deterioro de la autoestima: los padres a través de la calidad del apego, y los pares mediante la confianza y comunicación (Pinheiro & Mena, 2014).

De Naranjo (2007), menciona que Abraham Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia (De Naranjo, 2007).

Según Güell y Muñoz (2000) la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo” (Güell & Muñoz, 2000, p. 118).

El Autoconcepto y la autoestima son dos percepciones que tienen las personas, y se van desarrollándose y evolucionando en relación a la edad, independientemente de los trastornos que el sujeto pueda presentar. No obstante, el Autoconcepto y la autoestima pueden verse influenciados según el tipo de trastorno. Desde que un sujeto nace hasta la adultez, va formando una imagen de sí mismo que va dependiendo de diferentes factores en función de la etapa. (García, 2016, p. 12, 13)

Acerca del trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad y de acuerdo a las diversas investigaciones se puede decir que no existe una certeza acerca de su etiología. Dentro de los puntos de desacuerdo está el hecho de que aún no se ha llegado a un consenso sobre el modelo fisiopatológico del TDAH y se sigue defendiendo una doble hipótesis por un lado se encuentra el modelo atencional representado por Virginia Douglas de 1960 defendiendo el modelo puramente atencional y por otro lado el modelo de Autorregulación representado por Russell Barkley en 1990 que defiende el constructo de la desinhibición conductual y déficit de las funciones ejecutivas en el marco de la teoría de la mente (citado por Severa, 2015).

En cuanto a las causas anatómicas-fisiológicas, Quintero, Jonasson, Bertling, Talarico, Chaudhry, Sihvo, Lappalainen y Goode (2009) consideraron desde una perspectiva estructural, que los niños con TDAH tienen algunas partes del cerebro con un tamaño más pequeño que niños de la misma edad sin TDAH.

Junto con las causas anteriores, también hay investigaciones que han estudiado si el TDAH puede deberse a causas neurológicas como el retraso mental. Hay hipótesis que relacionan los daños cerebrales con las conductas hiperactivas, pero al ser las consecuencias de los daños cerebrales inespecíficas no se puede llegar a averiguar si existe esa relación (Gargallo citado por Muñoz, 2014), el consumo de sustancias (tabaco y alcohol) y estrés por parte de la madre durante el embarazo.

En relación a las causas genéticas, estas tienen una gran importancia y se expresan siempre en interacción con el ambiente, lo que significa que el ambiente es quien condiciona que los síntomas tengan un peor o mejor pronóstico. Diversos estudios han comprobado que los padres de sujetos con TDAH tienen una mayor prevalencia (entre dos y ocho veces) mayor de tener TDAH, al igual que ocurre con hermanos de niños con TDAH. Más específicamente, según los estudios tiene mayor riesgo de padecer este trastorno entre familiares relacionados biológicamente que los niños adoptados. En relación a estudios realizados con gemelos, se llegó a la conclusión de que hay más prevalencia de presentar TDAH en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Lavigne & Romero, 2010).

Otro tipo de causas que se consideran en este trastorno son las causas ambientales y

psicológicas. Cuando la situación socioeconómica familiar es más desfavorable se ha comprobado que hay más problemas de hiperactividad. (Rojas, 2016)

Muchos de los niños, adolescentes y adultos que padecen déficit atencional con hiperactividad reciben apoyo de un equipo especializado el cual se conforma por psiquiatra, neurólogo infantil y psicólogo, este equipo multidisciplinario diagnostica, y a su vez sigue un proceso muy riguroso en conjunto con el fármaco. El medicamento que se diagnostica es principalmente Metilfenildato que viene a tratar el trastorno neuropsiquiátrico, que afecta principalmente la atención, concentración, motivación, locus de control y a su vez se ve afectado el Autoconcepto y Autoestima de los niños que padecen esta condición (Rojas, 2016).

El Autoconcepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva cognitiva y motivacional y a su vez va de la mano con la Autoestima que viene a reafirmar la personalidad desde una perspectiva afectiva. Las múltiples investigaciones que le abordan coinciden en destacar su papel en la regulación de las estrategias cognitivo-motivacionales implicadas en el aprendizaje y rendimiento académico. Es necesario armonizar el cúmulo de información de que se dispone sobre este constructo. ¿Cómo integrar dicha información (a veces coincidente, a veces notablemente contradictoria) dentro de un modelo hipotético, describiendo brevemente sus características o pilares básicos? Es aquí donde subyace el cuestionamiento.

Relevancia del problema

Esta investigación está enfocada en ver cómo influye el diagnóstico de TDA y TDAH, en el Autoconcepto de los niños de enseñanza básica, pertenecientes a un centro educativo de Chillán.

Si bien, a los niños y adolescentes que han sido diagnosticados, se les asocia un Autoconcepto y autoestima más bajo en comparación a sus iguales; y aun cuando varios estudios demuestran que estos niños, se valoran a sí mismos más negativamente que los escolares de su misma edad; de hecho más del 50% de estos sujetos tienen problemas emocionales como inseguridad, sentimientos depresivos o baja autoestima (Mena & Tort, 2001), nuestro estudio tiene como objetivo no sólo corroborar esta relación sino también a partir de la evaluación de los antecedentes que podamos recabar, que podamos recabar con sugerencias para beneficiar a estos menores en su centro educativo.

Según Mena y Tort (2001) podemos entender que los niños con TDAH ven afectado su desarrollo emocional en cuanto conocen el diagnóstico y en sus consecuencias prácticas, conviven con éste. Así, en relación al autoestima, que supone una percepción de las personas respecto a sí; y

se va desarrollando y evolucionado en relación a la edad; es importante destacar que ésta, puede verse influida en su evolución tanto positiva como negativamente.

Según esto, y bajo un enfoque cuantitativo, se desea conocer a partir de la experiencia personal cuál es ésta relación, dejando por tanto, registro de esta temática, pudiendo su conocimiento ser útil, para poder crear reflexión y técnica, desde la lucidez de la comprensión de las necesidades que estos menores presentan.

Justificación del estudio e importancia para la profesión

En los últimos años ha existido un mayor conocimiento y una creciente conciencia sobre la importancia de investigar todos los aspectos que engloba el Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, y la autoestima del ser humano, como esta se desarrolla e influye en la vida de la persona. Sin embargo, en Chile son escasos los estudios que relación ambas variables, aunque si es posible encontrar información de estas variables por separado. Por ello la gran importancia de llevar a cabo esta investigación para poder contribuir al conocimiento de la relación del TDAH y como este influye en el Autoconcepto de los niños, de colegios particulares subvencionados y municipales.

Como grupo de trabajo, hemos abocado nuestra investigación a la relación entre el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y como este influye en la autoestima de los niños con el fin de aportar mayor conocimiento a futuras intervenciones que se puedan desprender de esta asociación. es por esto que consideramos de gran importancia conocer la relación entre ambas variables en la población escolar de este colegio; lo que podría derivar posteriormente en la implementación de intervenciones que consideren ambas variables. Considerando también que es en esta etapa de vida escolar donde se necesita prestar mayor atención al inicio del trastorno y su tratamiento. Con los resultados de esta investigación se espera contribuir a instituciones educativas, especialmente a al área docente y profesionales Psicólogos para que puedan orientar sus intervenciones tomando en consideración los conocimientos de la relación entre ambas variables. Considerando también la gran prevalencia que existe en Chile de este trastorno y el número elevado de diagnósticos de TDAH en los centros educativos.

Hipótesis

Existe diferencia en el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH en estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales.

Pregunta de investigación. Existe diferencia entre el Trastorno de déficit atencional y el Autoconcepto de los niños de 7 a 10 años, pertenecientes a Colegios Particulares Subvencionados y Colegios municipales de Chillán?

Objetivo general. Comparar el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales.

Objetivos específicos. Son los siguientes:

- Identificar a los niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.
- Evaluar Autoconcepto en niños diagnosticados con TDAH en colegios particulares subvencionados y escuelas municipales.

Delimitaciones del estudio

“La delimitación del estudio establecerá los límites de la investigación en términos de espacio, tiempo, universo y contenido”. (Sabino, 1986)

La presente investigación se enmarcará en el paradigma cuantitativo, que se caracteriza por buscar los hechos o causas de los fenómenos sociales, presentando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos. Describiendo una situación determinada, realizando caracterizaciones del fenómeno, estudiado de acuerdo con la finalidad expresada en los objetivos de la investigación.

Para realizar la investigación se dispondrá de las siguientes estrategias que permitirán la recolección de información:

- Selección de una muestra de niños de 7 a 10 años que hayan sido diagnosticados con T.D.A.H., la edad considerada es debido a que la prueba de Evaluación del Autoconcepto para niños de Piers Harris que se aplicará, está diseñado para estudiantes de básica de este rango de edad.
- Aplicación a esta muestra de la Evaluación del Autoconcepto para niños, con la primera publicación en el 1967 y su posterior edición revisada en el 1984. Está destinada a evaluar autoconcepto en niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 8 a 18 años. Siendo un instrumento válido, confiable y actualizado para para evaluar autoestima en niños y niñas escolares.
- Para analizar los datos y agruparlos se pretende utilizar el software matemático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Limitaciones del estudio

Durante el proceso de desarrollo y discusión de la investigación, se ha llegado a consignar que las limitaciones siguientes:

- Este estudio se realizará en niños de 7 a 10, debido a que el Test de auto percepción de autoconcepto de Piers Harris (P-H) que se utilizará, está diseñado para este rango de edad. Por lo que se descarta a escolares de otras edades.
- Puede existir la posibilidad que los padres o tutores responsables de los estudiantes, se nieguen a firmar el consentimiento informado afectando el número de la muestra de la investigación.
- Posiblemente existan otras variables que afecten el Autoconcepto de los niños con diagnóstico de TDAH.
- Es conocido el sobre diagnóstico, lo que da posibilidad a evaluar el Autoconcepto de niños que no padecen éste trastorno, por lo que no sabremos si el Autoconcepto evaluado se deba al diagnóstico o al TDAH.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad

El trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del desarrollo neurológico de más prevalencia de la población infantil en Chile (Minsal, 2001) y una de las patologías más estudiadas con la mayor amplitud en el afán de encontrar indicadores neurobiológicos y cognoscitivos que permitan un acercamiento a su diagnóstico e intervención. Los principales hallazgos hasta el momento en estudios de neuroimagen estructural y funcional, electrofisiológicos y neuropsicológicos, parecen concordar en que el TDAH tiene su origen en una disfunción de la corteza prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo con sus respectivos (M. Martínez-Moraga M., 2008). Estas dos primeras estructuras, a su vez estarían relacionadas, con las funciones ejecutivas como la inhibición y la memoria de trabajo y, la tercera, con el procesamiento temporal. Las técnicas de intervención han ido, por lo tanto, mejorando las funciones deficientes mediante diversas aproximaciones como la farmacología, conductual y neuropsicológica. Todos estos aspectos tienen que ver con el diagnóstico, la evaluación y la intervención.

Etiología

El TDAH ocurre más comúnmente en los niños, aunque en adultos el número de casos se ha ido incrementando; este trastorno es tres veces más común en hombres que en mujeres y se presenta aproximadamente entre 3% y 6% de los niños. (Beltrán, F. & Torres, I., 2007).

Dentro de los puntos en desacuerdo del TDAH en estas últimas décadas, está el hecho de que aún no se ha llegado a un consenso sobre el modelo fisiopatológico del TDAH y se sigue defendiendo una doble hipótesis. Etcheparegora y Díaz en el año 2009 (citado por Naranjo, 2007) hacen referencia en su trabajo a un estudio en el que, por un lado se habla del Modelo Atencional representado por Virginia Douglas en 1960 defendiendo el constructo puramente atencional, y por otro lado, está el Modelo de Autorregulación representado por Russell Barkley en 1990 (citado por Naranjo, 2007), que defiende el constructo de la desinhibición conductual y déficit de las funciones ejecutivas en el marco de la teoría de la mente, los cuales se detallan:

Modelo atencional versus modelo de autorregulación. Dos hipótesis fisiopatológicas del TDAH, son las que han dominado en estas últimas décadas. Desde el constructo puramente atencional hasta el de la desinhibición conductual y un déficit de las funciones ejecutivas. Sin embargo, aún hoy no

hay consenso y siguen siendo consideradas, por un lado en forma independiente uno del otro y por el otro, lado como modelos complementarios.

Modelo atencional de Virginia Douglas. Desde aquí se generó el concepto de TDAH con y sin hiperactividad

1. Incapacidad para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas.
2. Tendencia a la búsqueda de estimulación y gratificación inmediata.
3. Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas.
4. Poca capacidad para regular la actividad que requiere la resolución de tareas determinadas (Severa, 2005).

Modelo de autorregulación de Russell Barkley. Propone un déficit motivacional y una interacción entre la desinhibición conductual y un déficit de las funciones ejecutivas:

1. Desinhibición conductual:
 - a) Incapacidad para inhibir respuestas prepotentes (con reforzador presente).
 - b) Mantenimiento de respuestas a pesar de demostrarse ineficaces.
 - c) Pobre control de interferencia (incapacidad para demorar respuestas y dirigirse a objetivos más lejanos).
2. Déficit de las funciones ejecutivas:
 - a) Débil memoria de trabajo.
 - b) Retraso en la internalización del habla.
 - c) Inmadurez en procesos de autorregulación.
 - d) Reconstitución dañada (problemas en la capacidad para sintetizar acontecimientos y cadenas conductuales, lo que provoca una escasa capacidad de análisis) (Severa, 2005).

Características diagnósticas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Lo que caracteriza el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV, es un patrón de inatención e hiperactividad-impulsividad. Estos síntomas de desatención son persistentes por lo menos 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación al nivel del desarrollo esperable. Debe cumplir por lo menos con seis de los siguientes síntomas de la serie A 1 o 2:

Desatención:

- No presta atención suficiente o incurre en errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades.
- Dificultad para mantener la atención.
- Pareciera no escuchar cuando se le habla.

- No sigue instrucciones y no finaliza tareas, encargos u obligaciones (esto no se debe a un comportamiento negativista o a una incapacidad de comprender instrucciones).
- Dificultad para organizar tareas y actividades.
- Evita, se disgusta o es renuente para realizar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
- Pierde objetos necesarios para realizar las tareas o actividades.
- Pierde cuidado en las actividades diarias.

En el cambio en los casos de niños con hiperactividad se presentan los siguientes síntomas los cuales deben ser 6 o más:

- Se mueven excesivamente las manos o pies, o se remueven en su asiento.
- Abandonan su asiento en la clase o en otras situaciones que se le pide que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- Suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.

Con respecto a la impulsividad debe presentarse 6 o más:

- Se precipita en dar una respuesta antes de haber completado la pregunta.
- Presenta dificultades para esperar su turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.

Los síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se deben presentar antes de los 7 años de edad, en 2 o más ambientes como la escuela, el trabajo o la casa. Deben existir pruebas que existe un deterioro clínico significativo del funcionamiento social, académico o laboral. Los síntomas no deben ser parte de otro trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, etc. (American Psychiatric Association, 2000).

Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2000): Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p. ej., en el despacho del clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p. ej., en grupos de juego, clases o ambientes laborales). Por consiguiente, el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación.

A continuación se analizará ambas variables desde la mirada biopsicosocial para realizar un desglose específico de los conceptos de TDAH y Autoestima.

Factores genéticos asociados al TDAH. Los estudios de gemelos y familias han demostrado un factor hereditario del TDAH. Los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno y los estudios con gemelos revelan que los factores genéticos explican entre un 50 y 70% de los síntomas.

Si bien es claro el papel fundamental de la herencia en este tipo de trastorno, los mismos padres con sus dificultades podrían estar ofreciendo un modelo social que hace más compleja la interpretación de los datos (Etchepareborda & Díaz, 2009).

Este trastorno del desarrollo tendría su origen en las primeras etapas de gestación, debido a que las alteraciones de la migración neuronal parecen estar causadas por una susceptibilidad genética acompañada de alteraciones ambientales que ocurrirían en el segundo trimestre desarrollo prenatal.

Cabe señalar que existen controversia de acuerdo con el trastorno de déficit de atención, hay grupos de personas quienes apoyan y están a favor de reconocer al TDAH como un trastorno del neuro desarrollo, con una fuerte base neurobiológica y por otro lado quienes sostienen y defienden que la evidencia científica acumulada no es suficiente para justificar la presencia de este cuadro como una anomalía del desarrollo que merecería un abordaje terapéutico propio (Etchepareborda & Díaz, 2009).

Capacidades afectadas por el TDAH. El Trastorno por Déficit de Atención pertenece a una de las alteraciones neuro conductuales más frecuentes en niños y adolescentes siendo numerosas las investigaciones actuales que se realizan en diferentes áreas relacionadas con el Déficit de Atención buscando las bases que dan origen a este trastorno (Bakker & Rubiales, 2012).

Barkley (2008), explica que el TDAH es un fallo en el sistema ejecutivo en el cerebro y por lo tanto un trastorno de las capacidades ejecutivas de este y más concretamente un fallo en su sistema de inhibición. Según el Dr. Barkley, este fallo en la inhibición afecta a cuatro capacidades ejecutivas, las cuales son:

- Capacidad visual: mirar hacia atrás y ver o rescatar información visual de acciones pasadas y sus consecuencias.
- Lenguaje interno: voz en nuestro cerebro que nos permite hablarnos a nosotros mismos.
- Capacidad emocional: controlar las emociones, ajustarlas y moderarlas.
 - Capacidad de innovación dirigida a un objeto, planificar una respuesta y elegir la más conveniente, enfrentarnos a problemas, planear nuestras vidas y pensar en el futuro.

Las funciones ejecutivas se han definido en neuropsicología como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones y los orientan a la resolución de problema, este término es utilizado por primera vez por Muriel Lezak en su artículo “The Problem of Assessing Executive Functions”, publicado en 1982 en *International Journal of Psychology*. Esta autora define las funciones ejecutivas como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente. Ella describe cuatro componentes esenciales en las funciones ejecutivas:

- Formulación de metas: capacidad de generar y seleccionar estados deseables en el futuro.
- Planificación: selección de las acciones, elementos y secuencias necesarios para alcanzar un objetivo.
- Desarrollo: habilidad para iniciar, detener, mantener y cambiar entre acciones planificadas.
- Ejecución: capacidad para monitorizar y corregir actividades.

Según esta autora, la alteración de las funciones ejecutivas puede llevar a comportar graves problemas de iniciación, modificación, control o interrupción de la acción, lo que derivará en una disminución de la conducta espontánea y un aumento de la perseverancia e impulsividad.

A través de esta postura se explicaría que, al ser el TDAH un fallo en el sistema ejecutivo en el cerebro y por lo tanto un trastorno de las capacidades ejecutivas de este y más concretamente un fallo en su sistema de inhibición.(Barkley,2008) y sabiendo que la alteración de las funciones ejecutivas puede llevar a comportar graves problemas de iniciación, modificación, control o interrupción de la acción, lo que derivará en una disminución de la conducta espontánea y un aumento de la perseverancia e impulsividad. Daría cuenta del comportamiento característico de los niños con TDAH.

Barkley señala que el TDAH retrasa el lenguaje interno, que el cerebro de los afectados madura y crece de entre 2 y 3 años de retraso y su capacidad funciona es inferior a lo normal. Esto lleva a que niños con TDAH no consigan inhibir a los 5 años, que a los 7 no hablen, a los 9 no puedan aun controlar sus emociones y que a los 12 no consigan planificarse; la falta de inhibición les hace ser impulsivos, su falta de capacidad visual les hace no cooperar, no compartir, no interactuar en grupo, no imitar y no tener un sentido del tiempo.

Aspectos psicológicos de niños y niñas con TDAH. El TDAH tiene un importante impacto psicológico para los niños. En este sentido, destaca que tanto las causas, consecuencias y características psicológicas no han sido tan estudiadas en comparación a la gran cantidad de estudios en relación a las funciones neurológicas comprometidas, bases genéticas y otros elementos de interés para las ciencias médicas.

En un estudio realizado por Ministerio de Educación (2009) se señala que dentro de las características psicológicas que se han asociado a este trastorno, se encuentra una imagen personal deteriorada por repetidas experiencias de fracaso, desmotivación por el aprendizaje, falta de conocimientos y mala disposición a resolver los conflictos de manera adecuada al contexto. Debido a su conducta, estos niños desarrollan una autoestima disminuida gracias a repetidas frustraciones y llamados de atención por parte de padres, familiares, pares y educadores.

El TDAH es un trastorno que además de los síntomas clásicos generalmente conlleva dificultades del niño o niña consigo mismo y con su entorno, por lo que su desarrollo psicológico y su adaptación al medio se pueden ver alterados.

Avaria (citado por Crocket, 2013), menciona que existen algunos síntomas frecuentes, distintos para los subtipos inatento e hiperactivo, que no aparecen descritos en el DMS-IV. Para el subtipo hiperactivo/impulso se ha descrito la baja tolerancia a la frustración, episodios de descontrol emocional, terquedad, dificultad para acatar y seguir normas en los juegos, demanda de satisfacción inmediata de sus necesidades y cambios de humor, entre otros. El subtipo inatento presenta comúnmente ánimo bajo, pesimismo, labilidad emocional y baja autoestima, y por lo general, muestran desde pequeños problemas de aprendizaje.

Las dificultades de adaptación que presentan desde temprana edad, los niños con TDA-H inciden en que se observen en ellos, mayores indicadores de estrés y de ansiedad, a veces asociados a la percepción de una sobre exigencia para mejorar su conducta.

En relación a las Funciones Ejecutivas autores como Vaquerizo (citado por Alza, 2013) definen algunos déficits en este funcionamiento como las manifestaciones en las siguientes acciones y áreas:

- Atención: presencia de una falta de persistencia en la tarea y disminución del rendimiento.
- Inhibición de interferencias: distracción en la realización de tareas, fragmentación y desorganización de la conducta.
- Planificación: presencia de impulsividad y un comportamiento errático.
- Supervisión y control de la conducta: presencia de desinhibición y escasa corrección de errores.
- Flexibilidad cognitiva: perseverancia y rigidez en el pensamiento, fracaso ante tareas novedosas.
- Memoria de trabajo: dificultades en el razonamiento y comprensión del lenguaje.

Las disfunciones ejecutivas, principalmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en niños y adultos con TDAH.

Los niños con TDAH serán niños que probablemente manifestarán ansiedad, angustia, rabia, estrés e impotencia, todo ello por no poder desenvolverse como niños tranquilos, atentos, niños con habilidades sociales o por no encontrarse dentro de lo esperado entre las normas sociales. En relación a estos aspectos, se han realizado investigaciones relacionadas con el afrontamiento del estrés y el Déficit de Atención. Algunos resultados demuestran que la región pre frontal derecha del cerebro está afectada en niños con TDAH y es responsable del desarrollo de las estrategias de afrontamiento, siendo la zona que influye en la capacidad de manejar el estrés.

Niños, adolescentes y adultos con TDAH tendrán problemas en las habilidades que forman la competencia emocional, es decir, en el reconocimiento de la información afectiva, en la regulación emocional como síntoma secundario a las dificultades de los procesos de control inhibitorio y en la expresión de las emociones.

Almonte y Sepúlveda (citado por Crocket ,2013) proponen que los niños con TDAH podrían estar en un estado de desequilibrio constante entre los procesos de asimilación y acomodación debido a la dificultad que estos niños poseen en el procesamiento de la información. Este desequilibrio constante podría propiciar la organización de conceptos poco realistas o distorsionados, con construcciones de significado de la relación con otros y el mundo que obstaculizan la adaptación, lo cual podría conllevar organizaciones de personalidad psicopatológicas.

El desarrollo de organizaciones de personalidad, es decir, la relación de significado que la persona construye de sí misma y de la realidad, en estos niños se caracterizaría por tres factores:

- En primer lugar, se caracterizaría por una construcción de una imagen personal poco realista, tanto por sobrevaloración o por desvalorización de sí mismo, lo cual conlleva diversos desajustes al estructurarse esquemas cognitivos y afectivos distorsionados.
- En segundo lugar, la no superación del egocentrismo conlleva una fijación de estructuras rígidas de pensamiento, características de etapas previas del desarrollo, las cuales no permiten la toma de perspectiva de distintos puntos de vista en la interacción con la realidad, dando lugar a una asimilación distorsionada.
- En tercer lugar, el desbalance entre los procesos de asimilación y acomodación, en la que predomina la asimilación puede conllevar un aumento de la fantasía y el egocentrismo, y

por el otro lado, una excesiva acomodación se puede traducir en labilidad afectiva y en una personalidad siempre cambiante.

En resumen, el TDAH es un trastorno que además de los síntomas clásicos descritos por los manuales diagnósticos, generalmente conlleva dificultades del niño o niña consigo mismo y con su entorno, por lo que su desarrollo psicológico y su adaptación al medio se pueden ver alterados.

En relación a las causas de este trastorno cabe señalar que si bien el factor de riesgo más importante para la aparición de TDAH es el genético, se ha encontrado que aspectos psicosociales como la disfunción familiar, status socioeconómico bajo y privación ambiental, violencia, estrés y depresión, contribuyen a su desarrollo.

Los factores psicosociales y familiares no constituyen causas de origen del TDAH, pero se ha demostrado que son factores determinantes para su desarrollo y manifestación, en cuanto a intensidad, duración y posibilidades que tendrá el niño o la niña de integrarse al proceso educativo y social.

Factores ambientales. Según Vygotsky (citado en Carrera, 2001) Señala que la construcción del conocimiento proviene de distintas raíces genéticas, en el desarrollo del habla del niño se puede establecer con certeza una etapa pre intelectual y en su desarrollo intelectual una etapa pre lingüística; hasta un cierto punto en el tiempo, las dos siguen líneas separadas, independientemente una de la otra.

Otro de los aportes de Vygotsky se relaciona con el uso de instrumentos mediadores (herramientas y signos) para entender los procesos sociales. La creación y utilización de signos como método auxiliar para resolver un problema psicológico determinado es un proceso análogo a la creación y utilización de herramientas.

Vygotsky (citado en Carrera, 2001) señala que todo aprendizaje en la escuela siempre tiene una historia previa, todo niño ya ha tenido experiencias antes de entrar en la fase escolar, por tanto aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida del niño. Refiere dos niveles evolutivos: el nivel evolutivo real, que comprende el nivel de desarrollo de las funciones mentales de un niño, supone aquellas actividades que los niños pueden realizar por sí solos y que son indicativas de sus capacidades mentales. Por otro lado, si se le ofrece ayuda o se le muestra cómo resolver un problema y lo soluciona, es decir, si el niño no logra una solución independientemente del problema, sino que llega a ella con la ayuda de otros constituye su nivel de desarrollo potencial. Lo que los niños pueden hacer con ayuda de “otros”, en cierto sentido, es más indicativo de su desarrollo mental que lo que pueden hacer por sí solos.

Aprender bajo la guía de un maestro variaba en gran medida, y el curso de su aprendizaje sería distinto a esta diferencia es la que denominó Zona de Desarrollo Próximo.

El nivel real de desarrollo revela la resolución independiente de un problema, define las funciones que ya han madurado, caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente. La Zona de Desarrollo Próximo define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, en este sentido se caracteriza el desarrollo mental (Arancibia, Herrera & Strasser, 2008).

TDAH en el ámbito escolar. El TDAH afecta no solo al niño quien lo presenta sino a todo su entorno social y viceversa, puede afectarle en un marco positivo o bien negativo. dentro de su entorno social se encuentra la escuela allí están los profesionales de la educación principalmente los profesores, pues son ellos quienes comparten todo el tiempo con el estudiante, estos cumplen un rol fundamental en la vida del niño, ya que el centro educativo el aula misma es donde pasa la mayor parte del día el niño(a) es por esto la importancia de que los profesores aprendan todo lo relacionado con el trastorno y así poder contribuir de forma positiva en la enseñanza del niño(a) es indispensable la formación y entrenamiento de padres y maestros en el tema., es por eso que se debe considerar para el programa de intervención los siguientes componentes:

- a) Formación de docentes.
- b) Formación de padres.
- c) Intervención directa con el alumnado.

Las medidas de apoyo en el aula deben ser complementadas de manera estrecha, sistemática y comprometida con las del hogar, de profesionales de la neurología y psiquiatría infanto-juvenil, quienes están preparados para identificar y abordar el cuadro clínico y trabajar en equipo (Céspedes, 2013).

Hablar de tratamiento conduce a la familia y a los maestros a colocar una desmedida confianza en las medidas terapéuticas, minimizando el impacto favorable que implica apoyar al niño en forma integral. Numerosos trabajos muestran que abordar esta condición de forma multimodal y multisistémica es el único método eficaz para que el niño con SDA y SDAH se convierta en un adulto psicológicamente sano y responsable (Céspedes, 2013).

En este apartado dirigiéndonos a este ámbito educativo, específicamente a los docentes es aquí que existe una de las mayores falencias para abordar esta problemática debido a que la formación de los profesionales educativos en este caso concreto suele ser bastante deficitaria, pero es que además no se dispone de recursos técnicos ni materiales existiendo bajos presupuestos para orientación, escasez de horarios para atención específica, multitud de objetivos a abordar, dispersión de tareas.

Si nos circunscribimos al ámbito de los profesores, se puede afirmar que en sus planes de formación inicial no reciben una formación básica para abordar las necesidades del alumnado con una problemática especial. Si nos circunscribimos al ámbito de la orientación, las perspectivas no son mucho mejores, ya que la formación inicial tampoco les da herramientas para este abordaje, pero además se ve agravado desde dos puntos de vista: uno el legal, ya que los servicios de orientación no pueden hacer abordaje terapéutico, quedando reglamentado legalmente para el ámbito sanitario unidades de salud mental, Y otro formativo, ya que el perfil formativo del orientador puede de psicólogo, pedagogo o psicopedagogo, condicionando su formación inicial la perspectiva de abordaje de estos casos.

Es importante, establecer y conocer hasta qué punto los estudiantes con síntomas y signos de TDAH tienen problemas en la serie de acciones encaminadas a completar una tarea significativa, las acciones que utiliza en la organización y adaptación lógica de su comportamiento a fin de completar una tarea especificada, dirigida a una meta, o en la organización de sus trabajos, rutinas y responsabilidades personales, de acuerdo con los distintos roles de estudiante. Las dificultades en el desarrollo académico manifiesta como: procesamiento de la información lenta, dificultad en la planificación y la memoria de trabajo, la dificultad para mantener la concentración, la lucha de la selección de datos o estímulos relacionados con la aplicación y el cumplimiento de las tareas. Si no se establecen medidas educativas adecuadas y la intervención especializada, las características pueden afectar el aprendizaje instrumental (Rubio & Salazar, 2014).

En niños de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y a la actuación académica, mientras que los síntomas impulsivos pueden llegar a romper con reglas familiares, interpersonales y/o educativas. Por lo tanto, este trastorno, que provoca dificultades para mantener la atención y autorregular la conducta, influye significativamente en la adaptación tanto al contexto escolar como socio familiar del alumnado que lo presenta (APA, 1995). Así, fruto de las posibles implicaciones a las que puede dar lugar este trastorno en la vida socio personal del sujeto con TDAH, en las últimas décadas han aparecido varios enfoques de intervención uno es el enfoque psicoeducativo, donde la intervención ha de encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él, es decir, padres y docentes. Básicamente se pueden diferenciar dos corrientes en este tipo de intervención:

- Conductual, cuyo objetivo principal de tratamiento es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta),

con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos y/o estudiantes en casa y en el colegio (Weiss & Hetchman, 1992). De esta forma, el comportamiento del niño y/o estudiante se va conformando en función de las consecuencias que le siguen. Este aspecto es bastante importante ya que el trastorno a menudo se asocia con alteraciones en la interacción entre padres e hijos.

- Cognitiva, cuyo objetivo principal de tratamiento es enseñar a los niños con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas debido a que el déficit de autocontrol se considera como un aspecto central en este tipo de trastornos. Las técnicas o procedimientos más utilizados son: técnicas para aumentar la autorregulación,- administración de auto recompensas y auto instrucciones (Meichembaum & Goodman, 1971).
- Cognitivo-conductual, que comparte y combina los objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores (Calderón, 2001).

Barkley (2008) dio a conocer 5 recomendaciones:

1. Debido a su falta de retención en mente: crear a su alrededor listas, tarjetas, signos, pegatinas.
2. Por tener un deterioro en el tiempo: poner un reloj en su mesa, dividirles el tiempo.
3. Por no poder ver el futuro: desglosar en etapas o tareas, leer varias páginas y hacer apuntes.
4. Tratar el problema con motivación, aprender técnicas de modificación de la conducta, y aplicación de consecuencias tanto positivas como negativas.
5. Permitir más manipulación externas de las tareas y normalizar el problema tanto como se pueda.

La ubicación en el aula también es de suma importancia, en lo posible hay que controlar el espacio físico, teniéndole sentado, o bien solo, o con un compañero con buen rendimiento y habilidades sociales. Preferentemente cerca del profesor (aunque no pegado a su mesa, para evitar la distracción), en una zona tranquila, lejos de puertas y ventanas manejo de contingencias-; se debe controlar la distancia entre las mesas, buscando en silencio “ambiental” cuando el tipo de trabajo lo requiera y permita. Y sobre todo, eliminar los posibles estímulos distractores evitar tener carteles distractores colgados en sus paredes, que posibilitan la distracción de cualquier estudiante/a, y de forma más específica a los estudiantes con TDAH y a los estudiantes con bajo rendimiento y/o fracaso escolar (Galve, 2009).

Características a potenciar en niños con TDAH. Se recomienda potenciar algunas características de los niños con TDAH las cuales podrían ser:

- **Hiperconcentración:** Lo hiperfocal es una característica que experimentan en ocasiones las personas con TDAH y que se caracteriza por la capacidad de abstraerse y concentrarse en la realización de una actividad cuando es lo suficientemente atractiva o novedosa, aunque es fácil que este interés absorbente decaiga fácilmente según pase el tiempo. Esta habilidad permite que cuando se concentran en algo que les apasiona sean capaces de realizar cualquier cosa que se propongan.
- **Creatividad:** Son espíritus libres y apasionados/as. En principio, éstas son cualidades positivas si se saben explotar adecuadamente. Cuando quieren algo se las ingeniarán para conseguirlo. Suficientemente motivados, el ingenio y el TDAH pueden ir de la mano. Para ser creativo hay que ser capaz de afrontar la realidad de modo desordenado. De esta forma, lo que en la escuela supone motivo de preocupación para padres y profesores, puede ser ventajoso en la resolución de problemas en la vida adulta.
- **Exceso de motricidad:** En muchos casos, manifiestan ciertos talentos para el deporte, cuidando que no sean de riesgo extremo. En este ámbito pueden destacar igualmente si se encuentran lo suficientemente motivados/as. Las personas con TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo tienen un exceso de energía, muy útil si aprenden a canalizarlo.
- **Otras características que podemos encontrar en las personas con TDAH es que siempre están dispuestas a arriesgarse y a probar cosas nuevas. Se llevan bien con niños y niñas menores y tienen habilidad para cuidarles. Son espontáneas, su ingenuidad e impulsividad les hace ser más divertidas. Son personas muy cariñosas, sinceras y siempre están dispuestos a hablar, por lo que la conversación no decaerá a su lado. Se interesan por las cosas novedosas. Cuando hacen algo que les gusta realmente se entregan con absoluta pasión y entrega y, mientras que les dura la motivación, son capaces de contagiar su intensa energía a los otros.**

Los niños y niñas con este trastorno lejos de suponer un obstáculo, pueden contribuir con su idiosincrasia peculiar: sentido del humor, creatividad, sensibilidad, despreocupación infantil, ingenuidad, forma "pura" y romántica de aprender y responder, incluso con sus extravagancias, etc.

También debemos tener en cuenta que estos niños, niñas y adolescentes no suelen tener una buena imagen, por lo que saben valorar cierto acercamiento comprensivo por parte de sus padres y profesores, lo que contribuye a aumentar su bienestar emocional.

Futuros resultados y conclusiones sobre TDAH. Se concluye que desde la etiología del déficit atencional/hiperactividad parece indicar que estamos ante un tipo de herencia poli genética multifactorial; con una influencia cuantitativa y de expresión variable, por lo tanto, depende de los

factores ambientales diversos, donde parece encontrarse las circunstancias perinatales y posibles métodos de crianza y de educación. (Cardo & Severa, 2008).

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modelos de vida y el TDAH, parece factible que el modelo de la sociedad actual pueda estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH. La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y materialista, etc., presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, cultura del esfuerzo, demora de recompensa, estrategias reflexivas, autocontrol, etc. (Peña JA & Montiel-Nava C, 2003)

Teoría del vínculo afectivo y apego. Según John Bowlby en su teoría desarrollada entre 1969 y 1980 plantea que el conocimiento del estilo de apego de una persona y sus características relacionales se asociarán a su Autoconcepto y nivel de autoestima; las cuales serán la base para la formación de la personalidad la que será fundamental para su adaptación posterior.

Es así como, Bowlby (1985; 1998) define el apego como “la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección”. Mary Ainsworth (1983, p.169), lo define como: “aquellas conductas que favorecen ante todo la cercanía con una persona determinada”.

La teoría del apego de Bowlby plantea como un componente básico del ser humano el establecer lazos emocionales de carácter íntimo, presente desde cuando el ser humano es un embrión hasta lo largo de la vida adulta y la vejez. Durante la infancia estos lazos se establecen con los padres o cuidadores, a los que se recurre en búsqueda de protección, consuelo y apoyo.

El vínculo que une al niño con su madre de la actividad de una serie de conductas, en la que la proximidad con la madre es lo fundamental. Se puede hablar de conducta de apego no solo cuando el niño reconoce a su madre, sino cuando tiende a comportarse en búsqueda de la proximidad con esta.

Tipos y patrones de apego. Se definen cuatro tipos de apego, que pertenecen al resultado de las primeras experiencias de vinculación y como se transitó en la infancia (Moneta, 2014). Los tipos de apego son apego inseguro, evitativo, ansioso ambivalente y apego seguro. Para llegar a esta clasificación Ainsworth elaboró junto a sus colaboradores un experimento que llamo “situación extraña”, este experimento tenía el objetivo de evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad para así poder explorar su ambiente. A raíz de esta prueba ella distinguió tres tipos de apego:

- a). Niños con Apego seguro: Las personas con estilo de apego seguro, tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, responderán y les ayudaran en las dificultades.
- b). Niños con Apego evitante: En este tipo de apego el infante no cuenta con la confianza que su progenitor este accesible, y lo ayude cuando lo necesite. Estos niños tienden a sobrerregular sus emociones y malestar. No expresando lo que sienten ni buscando apoyo del adulto, ya que cuando lo han buscado no ha estado disponible para él.
- c) Niños con Apego ansioso-ambivalente: Son los sujetos que buscan la proximidad de la figura primaria pero que a la vez se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresividad hacia el cuidador primario. Responden a la separación con mucha angustia y mezclan comportamiento de apego con protesta y enojo.

Los estudios han demostrado que cada pauta de apego, una vez desarrollada, persiste en el tiempo. Esto debido a que el modo en que el progenitor trate al niño, tiende a permanecer invariable, lo que impactara de manera directa como el infante se perciba así mismo, es por esto la importancia de la primera infancia en el niño, el apego que desarrolle con madre o cuidador(a) ya que es de allí que se ira formando su personalidad, como su autoconcepto y autoestima.

Es así como el autoconcepto del niño se asociara directamente al percibir la seguridad de ese apego, como disponible o inaccesible.

Enfoque psicosocial del desarrollo humano. Erik Erikson desarrollo su teoría psicosocial, en la cual describe ocho etapas del ciclo vital, el plantea que a lo largo de la vida del ser humano, este atraviesa por ocho etapas la cual debe ir superando una a una, de acuerdo a su teoría sino ocurre una resolución positiva en alguna etapa particular, las etapas posteriores reflejarán este fracaso a través de factores físicos, cognitivos, sociales y desajustes emocionales (Erikson, 1983).

En las cuatro primeras etapas analiza las particularidades psicosociales que afrontan los niños y que son la base para el desarrollo gradual de su identidad en etapas posteriores que se expresará en cada sujeto con el sentimiento de estar bien, de ser él mismo y de llegar a ser lo que otras personas esperan que él logre alcanzar(Robles, 2008).

Los niños de nuestro estudio se encuentran en la cuarta etapa de Erikson llamada laboriosidad frente a la inferioridad, la cual abarca de los 5 a los 13 años aproximadamente. En esta etapa el niño modifica sus juegos y sus conductas se hace más responsable y aquellos que no reciben la aprobación de sus padres, sus maestros y compañeros llegan a tener un sentimiento de inferioridad o inadaptación. El ambiente escolar y las expectativas familiares influyen generando en los niños una conducta de competencia ante los integrantes de su grupo. La desviación central de esta etapa de

desarrollo es la inercia, antes de que el niño realice una actividad considera o no si es capaz de realizarla; hacer cosas que lo hagan sentir bien o sentirse inferior y puede adoptar una actitud de “mejor no hago nada” o simplemente dejar de hacer, y así caer en la inercia, el niño comprende que debe hallar un lugar entre sus compañeros en el deporte, grupo escolar y el hogar, el niño dedica gran parte de su energía para sentirse aceptado y también exige el reconocimiento que exige ese esfuerzo.

Esta postura teórica del autor Erik Erikson, nos permite identificar como la superación de esta etapa llevara al niño a sentirse aceptado ante el grupo, y aquel que no recibe la aprobación de sus padres, compañeros llegara a tener un sentimiento de inferioridad lo cual más tarde tal vez podría influir en su autoestima.

Autoconcepto

Diversos autores se han referido a diferentes consideraciones sobre el Autoconcepto, el concepto en sí mismo, es por esto que cabe destacar la necesidad de extenderse al desarrollo, los cambios y diferenciaciones que van experimentando como fundamento teórico. A continuación se presentaran algunos autores:

Concepto de Autoconcepto. Se puede definir el Autoconcepto como “los conocimientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo”. A su vez, el mismo “se origina tanto en la autoobservación de las propias vivencias y acciones, como en las diversas formas de juicio del entorno. Dorsch, (2002, 74). Por lo tanto, el Autoconcepto evoca términos como autoimagen y autorepresentación. (García, 1997). Hoge, et al (1993) y Markus (1986, citado en Milicic, 2001), por otro lado definen el Autoconcepto como la imagen que tenemos de nosotros mismos en dimensiones cognitiva, perceptual y afectiva.

De lo anterior se desprende que el Autoconcepto viene a ser un un concepto, una percepción que tienen los individuos de diversos aspectos de sí mismos.

Papalia (2005) define el Autoconcepto como la imagen que tenemos de nosotros mismos, es lo que pensamos acerca de quiénes somos, la imagen general de nuestras propias capacidades y rasgos. Con esto decimos que se trata de una construcción cognitiva, uniendo sistemas de representaciones descritas que evaluamos respecto al yo, la cual determina como nos sentimos con relación a nosotros mismos y orienta nuestras acciones. En la infancia a medida que se forma el Autoconcepto, va recibiendo del entorno más cercano influencias que serán de suma relevancia, siendo referentes en la construcción de su propio yo (Duskin et al., 2010).

El Autoconcepto para Purkey, Cage y Fahey (1984, citado en Arancibia, 1990) se define como un sistema complejo y continuamente activo de creencias subjetivas respecto a las existencias

personales. El sistema de creencias sirve para guiar la conducta de los individuos, y les posibilita asumir nuevos roles. Gurney (1988, citado en Collarte y Cornejo, 1992) plantea que el Autoconcepto es aprendido constituyéndose a partir de percepciones que se derivan de la experiencia.

Según Milicic y Gorostegui (1993, citado por Arancibia, 2008), Piers uno de los autores de la Escala de Autoconcepto para niños Piers Harris, define el Autoconcepto concepto como un set relativamente estable, de actitudes hacia el sí mismo, tanto descriptivas como evaluativas (Milicic y Gorostegui 1993). Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cognitivas) y sentimientos (afectos), que tienen efectos motivacionales sobre la conducta. El Autoconcepto realiza una función organizadora y motivadora de las experiencias, lo que nos permite mantener una imagen consistente de quienes somos y como reaccionamos en diferentes circunstancias.

El juicio acerca de la consistencia de una conducta con la autoimagen, ayuda a configurar nuevas experiencias conductuales. (Marchago, 1991, citado en Villaroel, 2001). Es así, como el concepto de sí mismo actuaría como un filtro que selecciona los estímulos e informaciones provenientes del medio.

Desarrollo del Autoconcepto. El desarrollo se desarrolla durante toda la vida, Avaria (citado en Torres, 2014) plantea que el concepto de sí mismo y la autoestima no aparecen al nacer, no es innato, esta se va desarrollando en la medida que las capacidades perceptivas se vayan formando, en conjunto con una toma de conciencia de sí mismo como una realidad independiente.

El cerebro emocional comienza a surgir al inicio del tercer trimestre de vida intrauterino. Una vez que ocurre el nacimiento ese cerebro emocional se acoplara para siempre con un cerebro social, al servicio de la vida en comunidad (Céspedes, 2013).

El desarrollo socioemocional humano se va cumpliendo a lo largo de las dos primeras décadas de la vida, impulsado por dos fuerzas complementarias, por una parte, el programa genético, que determina la maduración biológica cerebral y con ella, la gradual aparición de nuevas habilidades al servicio de la adaptación al complejo mundo social, y por otra, el troquelado de la experiencia, que va modelando en el niño una personalidad a través de su biografía y del papel que ejercerán en sus primeros años los educadores emocionales que les acompañaran; padres, hermanos, tíos figuras cercanas del niño.

El niño desde que está en el útero comienza a prepararse biológicamente para ser un ser emocional, durante el primer trimestre intrauterino, el hemisferio derecho del cerebro fetal experimenta gran desarrollo, a expensas de la estructura del sistema límbico. En el sistema límbico se va instalando el escenario de la vida emocional primaria humana; es allí donde se procesan las

respuestas de alarma emocional, miedo, rabia, placer, serenidad, estas emociones van siendo principalmente formateadas por las emociones de la madre, su propio miedo, su calma, sus alegrías (Céspedes, 2013). Las propias emociones de la madre tienen influencia sobre el desarrollo emocional de su hijo que lleva en su vientre y aún no conoce físicamente, pero que ya lleva este pequeño en su corazón la impronta de las vivencias maternas.

Una vez que el niño nace las primeras emociones que experimentara serán la alarma ansiosa, la rabia por haber perdido la protección del útero y el miedo al desamparo. En la corteza cerebral del niño hay millones de neuronas reactivas a las señales provenientes de la madre o cuidadora, las miradas sonrisas, expresión de ternura, voz que arrulla, pecho cálido que amamanta. Esas neuronas envían señales químicas al sistema límbico y la alarma es remplazada por quieta serenidad el miedo al desamparo por la alegría de saberse acogido.

Se puede ver que desde temprano se labra en el cerebro del niño las emociones el comienza a experimentarlas comienza a sentir miedo al quedar solo, placer al tomar el pecho y rabia al no ser arrullado.

Así a medida que el niño va creciendo, mayor de dos años va adquiriendo una autorregulación cada vez más efectiva gracias a la compañía sensible, educativa y protectora de adultos significativos, los activos procesos madurativos al servicio del desarrollo de una mente que aprende de la experiencia y de recursos de cognición social, favorecen la emergencia gradual de habilidades relacionales y de un repertorio de emociones sociales.

Los niños poseen una actitud hacia ellos mismos, conformada por ideas, conceptos, prejuicios, creencias y sentimientos relacionados. Desde esa amalgama de ideas y sentimientos se paran y mueven en el mundo.

Para Baumeister (citado por Torres, 2014) el desarrollo de la autoestima, también empieza desde muy temprana edad, el niño comienza a evaluar lo bueno y lo malo, alrededor del segundo año de vida, es capaz de comparar su conducta con normas de bondad y maldad e incluso con normas de ejecución y competencias, así va adquiriendo el hábito de autoevaluarse.

Como ya hemos mencionado la familia como primer agente socializador del niño será un factor relevante en la construcción de la autoconcepto, más tarde cuando el niño ingrese al sistema escolar el cual es un espacio de convivencia desde temprana edad, este también podrá ser un factor relevante y de contribución en la construcción de la autoconcepto (Ramírez, Duarte & Muñoz, 2005).

Autoestima

A lo largo de estos años el estudio de la autoestima ha sido abordado por diversos autores, llegando a posicionarse en la actualidad como un área de gran relevancia para la psicología.

Según Amanda Céspedes (2013) dice que el desarrollo afectivo comienza mucho antes del nacimiento, desde el vientre materno mientras el ser humano se está desarrollando, establece su primer vínculo, comienza a desarrollarse el lazo madre-hijo(a) conocido como apego. Este vínculo intenso, duradero y de carácter singular que se establece entre dos personas como resultado de la interacción y que les lleva a mantener contacto en el logro de seguridad, consuelo y protección. Este apego se fortalece al nacer el niño(a) además de crearse otros vínculos con personas cercanas a él o ella. La calidad del apego dependerá de la calidad de la respuesta que la madre o el cuidador o cuidadora entreguen a las señales que el niño(a) emite en su búsqueda de proximidad y contacto. La calidad de estas respuestas informará al niño en el ambiente en que se encuentra. Si sus necesidades son atendidas y satisfechas, es porque está en un ambiente seguro que busca su bienestar y por lo tanto podrá desenvolverse con confianza. La familia entonces que es para el niño(a) su primer agente socializador, es el núcleo de toda sociedad y es el entorno donde el niño(a) verá satisfechas sus primeras necesidades. La familia influye de manera directa en el desarrollo de su confianza para desenvolverse y enfrentar con seguridad todos los desafíos de la vida. El cómo adquiera sus experiencias tempranas marcará su desarrollo emocional a lo largo de su vida, por lo tanto su confianza es fundamental para desarrollar su autoestima. Desde ese momento el niño(a) comenzará a desarrollar su autoestima en base a lo que el mundo le entrega por respuesta y la confianza que le entregue.

Concepto de Autoestima. La autoestima es reconocida como un indicador del desarrollo personal de la persona, fundado en la valoración positiva, negativa, o neutral, que este hace de sus características cognitivas, físicas y psicológicas. Esta valoración se construye sobre la base de la opinión que cada persona tiene sobre sí misma. Esta opinión es confirmada por cada individuo a partir de la percepción de cómo y cuánto lo valora quien lo rodea, de modo particular, todo aquel que es relevante para la persona, en su vida diaria.

Según Nataliel Branden (1995) define la autoestima como una disposición frente a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Plantea que el ser poseedor de una alta autoestima reflejará sentirse confiado con la vida, es decir competente y merecedor; en cambio tener una baja autoestima es sentirse inapropiado.

Entendiendo que la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de aprender, de tomar decisiones y hacer elecciones adecuadas, para afrontar el cambio existen dos componentes relacionados entre sí:

- 1.-Sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal.
- 2.-Sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo.

Según José Muñoz en el 2004 intenta hacer referencia a la autoestima por lo que la describe como una actitud hacia uno mismo.

Definirla como una actitud implica aceptar la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental que nos permite ordenar nuestras experiencias presentes refiriéndolas a nuestro yo personal. Pero por todo ello en función de nuestra historia desarrollada que será la línea conformadora y motivadora de nuestra personalidad, que le sustenta y le da sentido a nuestra existencia, constituyendo el núcleo básico de nuestra personalidad (Muñoz, 2004, pág. 136).

La autoestima no es innata es adquirida, y se genera como resultado de la historia personal de cada persona y esta tiene que ver en forma directa con las figuras de paternas y los vínculos que se establecen en el hogar (primer agente socializador).

Su estructura que la conforma es consistente, estable, difícil de mover y cambiar ya que se ha construido con todas aquellas experiencias psicoafectivas buenas o malas que un niño vive, aquellas que le han permitido un desarrollo armónico o aquellas experiencias con vivencias traumáticas de rechazo, abandono, inseguridad y accidentes que han debilitado y determinado el desarrollo de la autoestima (Muñoz, 2004. Pág. 137).

La autoestima es dinámica, puede ser reeducada, esta puede crecer, ramificarse e interconectarse con las otras experiencias, pero a su vez se puede asociar con otras actitudes, por lo que puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse. La autoestima tiene la capacidad de perfeccionarse o ser perfeccionada (Muñoz, 2004).

Su estructura funcional que nos permite actuar con mayor o menor eficacia, con mayor o menor seguridad orientando nuestras formas de pensar, sentir y actuar (Muñoz, 2004).

Según José Muñoz, quien postula la estructura de la autoestima es compleja, para ello debemos analizar su conformación y como esta afecta el desarrollo psicoafectivo eficaz. La autoestima posee una estructura con tres componentes el cognitivo, el afectivo y el conductual. Se correlacionan unos con otros íntimamente, es decir que la modificación de uno de ellos altera el funcionamiento de los otros.

Papalia (2005) define el autoconcepto como la imagen que tenemos de nosotros mismos, es lo que pensamos acerca de quiénes somos, la imagen general de nuestras propias capacidades y rasgos.

Con esto decimos que se trata de una construcción cognitiva, o sea un sistema de representaciones descritas y evaluadas respecto al yo, la cual determina como nos sentimos con relación a nosotros mismos y orienta nuestras acciones. En la infancia media se forma el autoconcepto, definiendo la autoestima, por lo que las influencias que recibe de su entorno más cercano serán de suma relevancia, ya que el niño se valdrá de éstos para tener referentes en la construcción de su propio yo (Duskin et al., 2010).

Amanda Céspedes (2013) define la autoestima como una actitud conformada por dos poderosos sentimientos, el sentimiento del propio poder y el sentimiento del propio valer. El primero se refiere a sentir que se posee el poder de crecer, de hacer cambios en sí mismo y en los demás que sean enriquecedores. El sentimiento del propio valer se refiere a sentir que se tiene un conjunto de capacidades, talentos, virtudes, cualidades que otorgan un valor, algo así como un precio simbólico. Una buena autoestima se acompaña de ideas muy positivas acerca de sí mismo y promueve conductas proactivas.

La autoestima los primeros cinco a siete años es el reflejo de las actitudes y opiniones que emiten los demás acerca del niño. No hay una evaluación crítica si el niño escucha decir muchas veces que es valiente, procurara vencer su miedo; si escucha decir que físicamente es muy hermosa la niña actuara como si fuera una princesa de un cuento de hadas. Pero si crece en un hogar que es ignorado(a) donde sus necesidades afectivas son pasadas por alto y solo escucha decir cosas negativas de su persona, creará que está de más en el mundo que carece de toda cualidad digna de ser resaltada y su autoestima decaerá. Así podemos ver que la percepción del sí mismo se construye en el marco del proceso de socialización ese proceso que comienza desde pequeños y solo termina al morir la cual se refiere a la interacción con diferentes agentes socializadores tales como la familia, los grupos de pares, los medios de comunicación o las instituciones religiosas o educativas. El niño al entrar en la experiencia de contacto con grupos de pares como sus compañeros de colegio se abrirá un nuevo mundo para ellos el cual contribuirá inevitablemente en su autoestima.

El concepto de autoestima fue originalmente introducido por William James (1890) para referirse a la medida en que las personas se evalúan a sí mismas de acuerdo al éxito o fracaso percibido en alcanzar sus objetivos. Si bien existen muchos autores que desde entonces han aportado a contribuir al tema, uno de los autores que más ha contribuido al estudio de la autoestima ha sido Rosenberg, quien combinó los enfoques dispares de la psicología del desarrollo y la clínica con el enfoque sociológico sobre la importancia de la estructura social para desarrollar un enfoque integral de su formación, a lo largo del ciclo vital (Owens, Stryker & Goodman, 2006). Diversos autores observan que esta percepción del sí mismo se construye en el marco del proceso de

socialización (Thomas, Gecas, Weigert & Rooney, 1974), en la interacción con diferentes agentes socializadores tales como la familia, los grupos de pares, los medios de comunicación o las instituciones religiosas o educativas (Oñate, 1989).

Desarrollo de la autoestima. La autoestima se desarrolla durante toda la vida, Avaria (citado en Torres, 2014) plantea que el concepto de sí mismo y la autoestima no aparecen al nacer, no es innato, esta se va desarrollando en la medida que las capacidades perceptivas se vayan formando, en conjunto con una toma de conciencia de sí mismo como una realidad independiente.

El cerebro emocional comienza a surgir al inicio del tercer trimestre de vida intrauterino. Una vez que ocurre el nacimiento ese cerebro emocional se acopla para siempre con un cerebro social, al servicio de la vida en comunidad (Céspedes, 2013).

El desarrollo socioemocional humano se va cumpliendo a lo largo de las dos primeras décadas de la vida, impulsado por dos fuerzas complementarias, por una parte, el programa genético, que determina la maduración biológica cerebral y con ella, la gradual aparición de nuevas habilidades al servicio de la adaptación al complejo mundo social, y por otra, el troquelado de la experiencia, que va modelando en el niño una personalidad a través de su biografía y del papel que ejercerán en sus primeros años los educadores emocionales que les acompañaran; padres, hermanos, tíos figuras cercanas del niño.

El niño desde que está en el útero comienza a prepararse biológicamente para ser un ser emocional, durante el primer trimestre intrauterino, el hemisferio derecho del cerebro fetal experimenta gran desarrollo, a expensas de la estructura del sistema límbico. En el sistema límbico se va instalando el escenario de la vida emocional primaria humana; es allí donde se procesan las respuestas de alarma emocional, miedo, rabia, placer, serenidad, estas emociones van siendo principalmente formateadas por las emociones de la madre, su propio miedo, su calma, sus alegrías (Céspedes, 2013). Las propias emociones de la madre tienen influencia sobre el desarrollo emocional de su hijo que lleva en su vientre y aún no conoce físicamente, pero que ya lleva este pequeño en su corazón la impronta de las vivencias maternas.

Una vez que el niño nace las primeras emociones que experimentara serán la alarma ansiosa, la rabia por haber perdido la protección del útero y el miedo al desamparo. En la corteza cerebral del niño hay millones de neuronas reactivas a las señales provenientes de la madre o cuidadora, las miradas sonrisas, expresión de ternura, voz que arrulla, pecho cálido que amamanta. Esas neuronas envían señales químicas al sistema límbico y la alarma es remplazada por quieta serenidad el miedo al desamparo por la alegría de saberse acogido.

Se puede ver que desde temprano se labra en el cerebro del niño las emociones el comienza a experimentarlas comienza a sentir miedo al quedar solo, placer al tomar el pecho y rabia al no ser arrullado.

Así a medida que el niño va creciendo, mayor de dos años va adquiriendo una autorregulación cada vez más efectiva gracias a la compañía sensible, educativa y protectora de adultos significativos, los activos procesos madurativos al servicio del desarrollo de una mente que aprende de la experiencia y de recursos de cognición social, favorecen la emergencia gradual de habilidades relacionales y de un repertorio de emociones sociales.

Los niños poseen una actitud hacia ellos mismos, conformada por ideas, conceptos, prejuicios, creencias y sentimientos relacionados. Desde esa amalgama de ideas y sentimientos se paran y mueven en el mundo.

Para Baumeister (citado por Torres, 2014) el desarrollo de la autoestima, también empieza desde muy temprana edad, el niño comienza a evaluar lo bueno y lo malo, alrededor del segundo año de vida, es capaz de comparar su conducta con normas de bondad y maldad e incluso con normas de ejecución y competencias, así va adquiriendo el hábito de autoevaluarse.

Como ya hemos mencionado la familia como primer agente socializador del niño será un factor relevante en la construcción de la autoestima, más tarde cuando el niño ingrese al sistema escolar el cual es un espacio de convivencia desde temprana edad, este también podrá ser un factor relevante y de contribución en la construcción de la autoestima (Ramírez, Duarte & Muñoz, 2005).

Dimensiones de la Autoestima. Para Hausseler y Milicic (citado por Torres, 2002) la autoestima posee ciertas dimensiones:

1. Dimensión física: esta es una dimensión en la que para las niñas corresponde ser armoniosas y para los niños es el ser y sentirse fuerte.
2. Dimensión social: esta dimensión equivale a la autopercepción de las características de la Personalidad de cada individuo, es decir, como es cada persona.
3. Dimensión académica: tiene que ver con el desarrollo o la capacidad que tiene cada persona de poder enfrentar con éxito las diversas actividades escolares ya que cada ser es capaz de auto valorar sus propias capacidades intelectuales.
4. Dimensión ética: esta es la dimensión en la que el individuo debe ser capaz de sentir que es una persona confiable, buena, trabajadora, responsable.

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica del ser humano, es el concepto que nosotros tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones, experiencias que hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra vida. Las impresiones evaluaciones y

experiencias reunidas se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos. (Marsellach, 1998, citado por Ulloa, 2003)

Existen dos tipos de autoestima, la positiva y la negativa. La autoestima positiva implica un individuo que se respeta y estima, sin considerarse peor o mejor que los demás y sin creerse la esencia de la perfección reconoce sus limitaciones y espera madurar a través del tiempo, esto se manifestará en sentimientos de autoconfianza, valía, autonomía, fuerza, necesidad de ser útil y necesario en el mundo. La autoestima negativa implica una continua insatisfacción personal, el rechazo y desprecio hacia sí mismo. se relaciona con una baja autoestima e implica que el individuo carece de respeto por sí mismo, su autorretrato suele ser desagradable y desearía que fuera distinto, en este desencuentro consigo mismo se produce una notable frustración personal, un sentir o sentimiento de incompetencia, de incapacidad, debilidad, desamparo y hasta de rabia consigo mismo. (Bopp, 2001).

Según Rosenberg (citado por Ulloa, 2003) la autoestima posee tres niveles:

- Alta autoestima: Donde el sujeto se define como bueno y se acepta plenamente.
- Mediana autoestima: El sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí Mismo plenamente.
- Baja autoestima: El sujeto se considera inferior a los demás y hay desprecio hacia sí Mismo.

Autoestima y Autoconcepto. Para poder definir autoestima es necesario poder determinar la diferencia con el autoconcepto.

Catalán define el Autoconcepto como “aquellas cogniciones que el individuo tiene, conscientemente de sí mismo e incluye todos los atributos, rasgos y características de personalidad que estructuras y se incluyen en lo que el individuo concibe como un yo” (citado por Arancibia, Herrera & Strasser, 2008, pág. 206), por otro lado Milicic (2001) señala que el autoconcepto es la imagen que tenemos de nosotros mismos en dimensiones cognitivas, perceptivas y afectivas.

Gracia y Román (2005), El autoconcepto se define como el conjunto de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos. Por otro lado Musitu, García y Gutiérrez (2001) consideran el autoconcepto como un constructo de contenidos múltiples acerca de sí mismo, internamente consistente y jerárquicamente organizado, que actúa como filtro y organizador de la información y determina hasta cierto punto la conducta del individuo.

Para otros autores el término autoconcepto se divide en dos componentes: la autoimagen y la autoestima. La autoimagen consiste en todos aquellos aspectos físicamente auto descritos, o bien que pertenecen a los roles que desempeñamos a lo largo de nuestras vidas. La autoestima se refiere al valor que le otorgamos a las imágenes que poseemos sobre nosotros mismos. Si a nuestra propia autodescripción le añadimos un sentimiento de satisfacción o decepción entonces nos estamos refiriendo a la autoestima. Directa o indirectamente refleja una autoevaluación que nos hacemos sobre nosotros mismos con referencia a las metas que valoramos y que nos hemos propuesto. (Pearson, Turner & Todd-Mancillas, 1995).

El autoconcepto incluye los conocimientos (al contenido de estos conocimientos), ideas, creencias y actitudes que tenemos acerca de nosotros mismo, a las características o atributos que utilizamos para describirnos a nosotros mismos. Mientras que la autoestima implica una orientación afectiva que puede evaluarse como positiva o negativa.

Por lo tanto, de lo anterior se desprende que el autoconcepto viene a ser una percepción que tienen los individuos de diferentes aspectos de sí mismos, o como lo dice Miras (2001), el autoconcepto es una representación del yo como objeto de conocimiento en sí mismo. En cambio la autoestima es, o se entiende como la valoración positiva o negativa que el individuo que hace de su autoconcepto, esto incluye las emociones que se asocian a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí mismo.

El concepto de sí mismo, empieza a tomarse antes de la adolescencia, cabe recordar que el descubrimiento del “yo” se produce en la primera infancia, es en ese momento, cuando el niño tiende a fortalecer y reforzar los rasgos de sí mismo, los que son reforzados por los padres, siendo ellos el principal punto de referencia para el niño en la elaboración de su autoconcepto, que está constituido por los valores y opiniones de los adultos que lo rodean (Muñoz, 2000). Por esto la importancia de los adultos que rodean al niño de pequeño, la valoración e imagen que vaya forman el niño de sí mismo, va a depender en la forma en que se relaciona con sus padres, con sus metas y lo que se espera de él. Si el niño siente que sus logros están de acuerdo con lo que esperan sus padres de él se ira poco a poco percibiendo así mismo como competente y capaz, si siente que no logra lo que los demás esperan de él, probablemente se sentirá como incapaz, incompetente y poco valioso. El autoconcepto que posee una persona dependerá del entorno, la forma cómo es estimulado, Los padres aportarán positiva o negativamente en la construcción del autoconcepto del niño, la familia en este caso cumple un rol fundamental en la vida del niño.

Según Marchago (citado por Torres, 2014), el autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos a la percepción e imagen que cada uno tiene de sí mismo, por su lado la autoestima se

refiere a los aspectos evaluativos y afectivos. Pero no se trataría de conceptos excluyentes, sino que de carácter complementarios: ambos conceptos incluyen aspectos cognitivos, evaluativos y afectivos.

En síntesis: el autoconcepto vendría a ser en conjunto, las características, la imagen, los atributos, que atribuimos personalmente a nuestra persona, y la autoestima la valoración, positiva o negativa que hacemos de nuestro autoconcepto. El autoconcepto vendría a ser el referente de la autoestima de un sujeto. La autora Markus (citado por Torres, 2014) considera que estos conceptos son altamente flexibles y dinámicos, capaces de modificarse que interpretan constantemente información del medio interno (pensamientos, emociones, sensaciones corporales) y externo.

Relación autoestima y trastorno de déficit atencional con hiperactividad. Según Céspedes (2007) señala que los niños que presentan TDAH, son emocionalmente frágiles y con una elevada vulnerabilidad al fracaso. Los diferentes obstáculos, derrotas provocan en ellos reacciones emocionales que pueden dejar secuelas permanentes, como inseguridad, desánimo crónico. Ella menciona que las edades de mayor vulnerabilidad son de cuatro a diecisiete años.

Céspedes (2013) menciona que en cuanto al plano emocional y social suelen tener dificultad para autorregular su temperamento, en cuanto a las secuelas emocionales que conlleva el TDAH, se encuentra una baja autoestima.

Bednar y Peterson (citado por Torres, 2014) consideran la posibilidad de que una baja autoestima pueda ser, tanto la causa como la consecuencia de desórdenes conductuales, y por lo tanto, para ellos la autoestima podría ser un aspecto fundamental en la etiología y en el tratamiento de muchas de las formas de las conductas disfuncionales.

Orjales (2000) refiere que los niños con TDAH tienen más posibilidades de desarrollar baja autoestima, sentimiento de indefensión aprendida, sentimiento depresivo, ansiedad, mayor intolerancia al estrés, dificultad para mantener relaciones, y sensación de no haber dado de sí todo su potencial.

Existen investigaciones que demuestran que existe diferencia en la autoestima de los estudiantes de colegios privados y escuelas públicas, y que la familia y la escuela influye en la autoestima del estudiante, a continuación exponemos algunas de estas investigaciones.

Anguiano y Loli (2002), con la finalidad de determinar si existe diferencia de los niveles de autoestima y niveles de rendimiento escolar entre los alumnos del sexto grado de primaria de los Colegios Públicos y Privados de la ciudad de Iquitos, se realizó una investigación de tipo descriptivo comparativo. Mediante el análisis y discusión de resultados se llegan a las siguientes conclusiones. Existe diferencia significativa en el nivel de autoestima entre los alumnos de colegios

públicos y privados de la ciudad de Iquitos; es así que el puntaje promedio de los alumnos de colegios privados (64.80 ± 14.13) es mayor al obtenido en los colegios públicos (62.15 ± 12.37) con un nivel de significancia de $P < 0.05$.

Por otro lado Álvarez, Sandoval y Velásquez (citado por Cayetano, 2012) realizaron un estudio descriptivo, el cual tuvo como objetivo identificar por medio del Inventario de Coopersmith, el nivel de autoestima del conjunto de alumnos de los primeros medios de los tres liceos más vulnerables de Valdivia. La metodología fue de carácter cuantitativa, se aplicó el Test de Coopersmith, compuesto por 56 preguntas a 223 estudiantes. Las conclusiones más significativas son que la mayoría de los estudiantes alcanzaron una autoestima media baja y no baja completamente; el ámbito más involucrado en la autoestima de estos estudiantes es el escolar y el hogar, que resultaron ser los más desmejorados y, por lo tanto, responsables de esta autoestima media baja. Los estudiantes presentaron un mejor resultado en el ámbito de la autoestima social, lo quiere decir que ellos se sienten conformes con las relaciones que establecen con sus compañeros de curso y sus profesores (Cayetano, 2012).

Algunos estudios indican que, en contraste con el elevado grado de rechazo social, los niños y niñas con TDAH tienen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo social, sobrestiman sus competencias, y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas. Otros estudios aportan datos contradictorios y encuentran que los niños y niñas con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños y niñas de su edad, en relación con su propio comportamiento (Cayetano, 2012).

En otro estudio realizado por Baptista, Fernández y Hernández (2010) se observó que los niños con diagnóstico de TDAH presentaban niveles más bajos de autoestima y motivación. En la Autoestima se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa indicando que el grupo con TDAH tiene un importante sentimiento de baja autoestima frente a la puntuación de la población sin el trastorno.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación y diseño

La metodología en esta investigación, se enmarcará en el paradigma cuantitativo, según Batista, Hernandez y Fernandez (2010) usa la recolección de datos para probar hipótesis, con una base de medición numérica y análisis estadístico.

Esta investigación se constituye en un estudio de tipo descriptivo, en donde describe una situación determinada, realizando caracterizaciones del fenómeno estudiado de acuerdo con la finalidad expresada en los objetivos de la investigación, presentando escasa atención a los estados subjetivos.

Utiliza un diseño transversal no experimental, la investigación es no sistemática y empírica. Las variables independientes no se manipulan y la recolección de datos se realizó en un periodo determinado.

La metodología cuantitativa nos permitirá conocer la realidad desde una manera más imparcial, conoceremos el tipo de Autoconcepto que presentan los alumnos diagnosticados con TDAH de diferentes escuelas municipales y colegios particulares subvencionados de Chillán y así podremos realizar una comparación y determinar si existen diferencias significativas entre Autoconcepto de los alumnos de escuelas municipales versus colegios particulares subvencionados.

La elección de este enfoque paradigmático ha sido consecuencia de la evaluación y no solo de la importancia de este problema que se enfrenta a nivel mundial, si no desde una comprensión e inquietud; para contemplar la vivencia del otro, en este caso de los alumnos que presentan este trastorno de déficit atencional con hiperactividad, desde un plano que permita cierta integridad en esta elaboración; de hecho se ha recorrido un gran itinerario en el cual, no sólo esta temática se ha visto problematizada, por cuestiones de preferencia personal, sino por la evaluación de la calidad del trabajo que se desea concluir.

Población y muestra

La población corresponde al conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones a estudiar. En el presente estudio corresponde a estudiantes de educación básica de colegios particulares subvencionados y municipales de Chillán, la muestra corresponde a 55 estudiantes que es un subgrupo de la población, los cuales están insertos en colegios particular subvencionados y municipales que presenten Diagnostico de TDAH.

León y Montero (citado en Torres, 2014). Sugieren que un N de 20 a 25, se considera un tamaño de muestra aceptable para establecer y describir la posible relación entre variables.

El muestreo es no probabilístico, ya que no podemos generalizar los resultados a toda la población ya que no se conoce la probabilidad con la que se puede seleccionar a cada individuo.

Tabla 1

Distribución de la muestra

COLEGIOS PARTICULAR SUBVENCIONADOS	COLEGIOS MUNICIPALES
Colegio Adventista Central CADECH.	Escuela Las Canoas.
Colegio Sydney College.	Escuela José María Caro.
Colegio Particular las Mariposas.	Escuela El Tejar.
TOTAL: 17 estudiantes	TOTAL: 38 estudiantes.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes Diagnosticados con TDAH entre 7 y 10 años.
- Estudiantes que cursen entre 2° y 6° básico.
- Estudiantes que presenten Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes sin Diagnostico TDAH.
- Estudiantes que no tengan el rango de edad para la aplicación del instrumento o que estén inserto en un curso pero no tienen la edad adecuada.
- Estudiantes que no tengan la autorización de sus padres, a través del consentimiento informado.
- Los estudiantes que no asistan a clases el día de aplicación del cuestionario.
- Los estudiantes que no entiendan el cuestionario.
- Los estudiantes que no quieran realizar el cuestionario.

Operacionalización de variables

- El nivel de Autoconcepto alcanzado en el protocolo P-H (Test de Autoconcepto de Piers-Harris).
- Variable Independiente: TDAH.

- Variable Dependiente: Autoconcepto.

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) es un Patrón persistente de inatención-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo del niño(a)	Diagnostico entregado por el programa PIE
Autoconcepto	Muñoz (2008, p.185) define el Autoconcepto, como el conocimiento de una persona tiene de sí misma, como ser físico, social y psicológico. Abarca tres dimensiones: la cognitiva, que la constituyen las múltiples identidades o ideas acerca de sí mismo, y que conforman el Autoconcepto; la dimensión afectiva que constituye la autoestima y la dimensión conductual, que es la autoafirmación y búsqueda del reconocimiento por parte de uno mismo o de los demás	Nivel Autoconcepto Alcanzado, protocolo P-H

Instrumentos de recolección de datos

Para evaluar el Autoconcepto se utilizará el test de Evaluación de Autoconcepto para niños de Piers Harris, el cual es un test de autoestima escolar, el cual fue elaborado por Piers Harris en 1984 y estandarizado en 1992 por María Elena Gorostegui (Gorostegui, M.E. 2004).

La adaptación y normalización para Chile fue realizado a normas clásicas de construcción de pruebas psicológicas. Consta de 80 ítems formulados de manera legible y comprensible para niños y con un adecuado nivel de complejidad lingüística. La forma adaptada está destinada a niños en edad escolar entre 3° y 6° básico inclusive. La normalización se limitó a este grupo etario por consideraciones teóricas de diversa índole (Gorostegui, M.E, 1992).

Puede ser administrada de forma individual como en grupos, los ítems deben ser respondidos mediante SI o NO, consta de 4 hojas y contiene el cuestionario, la hoja de identificación, de instrucciones y los espacios de uso interno.

Los ítems son puntuados en dirección positiva o negativa para reflejar la dimensión autoevaluativa. Un alto puntaje en la prueba sugiere una evaluación positiva, mientras un puntaje bajo, sugiere una autoevaluación negativa.

La Escala P-H proporciona un resultado global, y resultado para 6 sub-escalas, que corresponden a dimensiones más subespecíficas del Autoconcepto. El puntaje total del Autoconcepto, puede ser convertido a puntajes T y a percentiles lo mismo que los puntajes obtenidos en cada una de las sub-escalas. Para estas últimas, se ha omitido la conversión de los puntajes a percentiles, atendiendo a que estos no son útiles cuando se trata de puntajes muy pequeños. Un máximo de 15 puntos por sub-escala.

En las sub-escalas se incluyen la mayoría, pero no el total de los 80 ítems de la Escala de P-H.

Las 6 sub-escalas se puntúan también en dirección del Autoconcepto positivo, de manera que un puntaje alto en la sub-escala indica una auto-valoración alta dentro de la dimensión evaluada.

Las 6 sub-escalas están conformadas por los siguientes ítems:

- Sub-escala 1: Conducta.
- Sub-escala 2: Estatus Intelectual y escolar.
- Sub-escala 3: Apariencia y atributos físicos.
- Sub-escala 4: Ansiedad.
- Sub-escala 5: Popularidad.
- Sub-escala 6: Felicidad y satisfacción

Para administrar el Test de Autoconcepto- Alumno se necesita:

- Protocolo que se entrega y debe ser respondido por el niño y que permite recoger y registrar los resultados obtenidos por este.
- El instructivo para el examinador, correspondiente al curso o edad del niño, que detalla los pasos a seguir y las instrucciones a dar en la administración del test.
- La pauta de corrección que identifica las respuestas positivas para el Autoconcepto y las que indican bajo Autoconcepto.
- Las tablas de conversión de puntajes que permiten interpretar los resultados obtenidos por el niño en relación a una norma estadística establecida por curso y por edad y establecer si su nivel de autoestima es normal o está bajo lo esperado.

Análisis cualitativo de las 6 sub-escalas Piers-Harris

1. Conducta: Los 18 ítems de esta sub-escala reflejan el grado en el que el niño admite o niega conductas problemáticas. Los ítems comprenden rangos de conductas específicas tales como “puedo hacer bien mis tareas”, las respuestas del niño proporcionan claves

- importantes sobre cómo evalúa el niño su problema, si asume o culpabiliza a los demás.
2. Estatus Intelectual y Escolar: Esta sub-escala de 17 ítems agrupados, refleja la autovaloración infantil respecto de su desempeño en las tareas escolares, incluyendo un sentimiento general hacia el colegio.
 3. Apariencia y Atributos Físicos: Esta sub-escala, compuesta por 12 ítems refleja las actitudes infantiles relativas a sus características y a sus atributos tales como el liderazgo y habilidad para expresar sus ideas.
 4. Ansiedad: Esta sub-escala está compuesta de 12 ítems, refleja un humor disfórico o alterado. Los que comprenden una variedad de emociones específicas que influyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo, y en general sentimientos de no ser tomado en cuenta. Puede dar indicios de una evaluación o terapia psicológica posterior.
 5. Popularidad: Los 12 ítems de esta sub-escala, reflejan la forma en que el niño evalúa su popularidad entre los compañeros de curso, si se siente o no capaz de hacer amigos, si es o no elegido para participar en juegos, si es o no aceptado por su grupo de pares.
 6. Felicidad y satisfacción: Esta sub-escala de 9 ítems, refleja un sentimiento general infantil, de ser y estar satisfecho de vivir. Los puntajes bajos se asocian a infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente; de ser así requieren de una evaluación especializada que los beneficiara para generar un mejor sentimiento general.

Técnicas de análisis de datos

Análisis estadístico: Según Baptista et al. (2010) Son estudios, métodos científicos para recoger, organizar resumir y analizar datos, así como para sacar conclusiones válidas y tomar decisiones razonables basadas en tal análisis, estos datos serán analizados con el programa estadístico informático SPSS 21, el cual es muy utilizado para estudios de las ciencias sociales, este programa nos ayuda para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.

El programa consiste en unos módulos de anexos que se han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos, tiene diversos tipos de uso ya sea para introducción de datos, cálculos básicos, análisis de simetría y estadísticos.

El análisis estadístico puede ser dividido en cinco pasos discretos de la siguiente manera:

- Describir la naturaleza de los datos a ser analizados.
- Explorar la relación de los datos con población subyacente.

- Crear modelo para resumir la comprensión de cómo los datos se relacionan con la población subyacente.
- Probar (o refutar) la validez del modelo.
- Emplear el análisis predictivo para ejecutar escenarios que ayudaran a orientar las acciones futuras.

Para nuestra investigación se realizara estadística descriptiva, las variables cualitativas como sexo, tipo de colegio o escuela se representaran mediante tablas de frecuencia y porcentaje.

Por otro lado las variables cuantitativas como edad, curso se representaran mediante promedios y desviación típica. Para representar la estadística analítica, inicialmente para determinar la normalidad de las variables se empleara la prueba de Kolmogorov-Smirnov, posteriormente pruebas no paramétricas como la prueba U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis y se graficaran los resultados mediante barras de error, gráficos de barra y circulares si son necesarias.

Procedimientos

Se enviara una carta de solicitud a la Universidad para aprobar el proyecto. Con estas cartas, se da pie a la entrega de toda la documentación de presentación a las distintas escuelas para poder realizar nuestra investigación en dichos establecimientos y, de esta manera, iniciar la recolección de datos.

Antes de la aplicación del instrumento se entregara, un consentimiento informado a cada padre o tutor responsable del alumno, con la información de la investigación, una vez firmados, se iniciará la aplicación del test para medir el Autoconcepto, Piers Harris., el cual será respondido por los alumnos pertenecientes a nuestra muestra.

En última instancia se ingresaran las encuestas en el programa SPSS para ser analizados cada uno de los datos, finalizando con la interpretación y resultados de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Como se indica en el marco metodológico la muestra se compone de 55 estudiantes distribuidos en 6 Establecimientos diferentes y 6 cursos diferentes, siguiendo las frecuencias que se ven a continuación:

Tabla 3

Distribución muestral por sexo, colegio y curso

N=55		Frecuencia
Sexo	<i>Femenino</i>	21
	<i>Masculino</i>	34
Colegio	Colegio Sydney College	13
	Colegio Adventista de Chile CADECH.	1
	Colegio Particular Las Mariposas.	3
Escuela	Escuela las Canoas.	3
	Escuela José María Caro.	5
	Escuela el Tejar	30
Curso	Segundo	11
	Tercero	11
	Cuarto	15
	Quinto	13
	Sexto	5

El número total de nuestra muestra corresponde a 55 alumnos, existiendo un predominio del sexo masculino con un porcentaje de 38,59%, por sobre el sexo femenino con un 37,48% de la muestra. De acuerdo al tipo de establecimiento educacional participantes del estudio, el número de escuelas municipales de nuestra muestra fue 3, y el número de colegios particulares subvencionados fue 3, sumando un total de 6 establecimientos educacionales participantes de nuestra investigación.

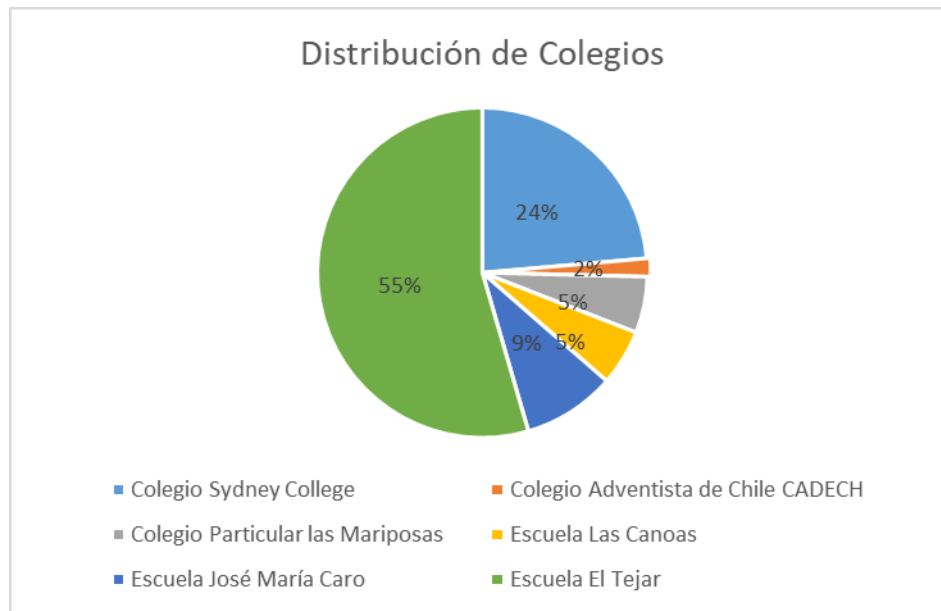


Figura 1. Distribución según colegio.

La aportación de alumnos en los Colegios es diversa, se puede ver una mayor cantidad de alumnos en 2 de 6 Colegios. Esto se debe a los consentimientos informados entregados para la posterior realización de la prueba. Debido a que no todos los alumnos con TDAH aceptaron ser parte de la investigación. Estando entre el 2% y el 9% los Colegios con menos alumnos que participaron de la prueba.

En la Figura 2 se presenta la distribución de la muestra por sexo.

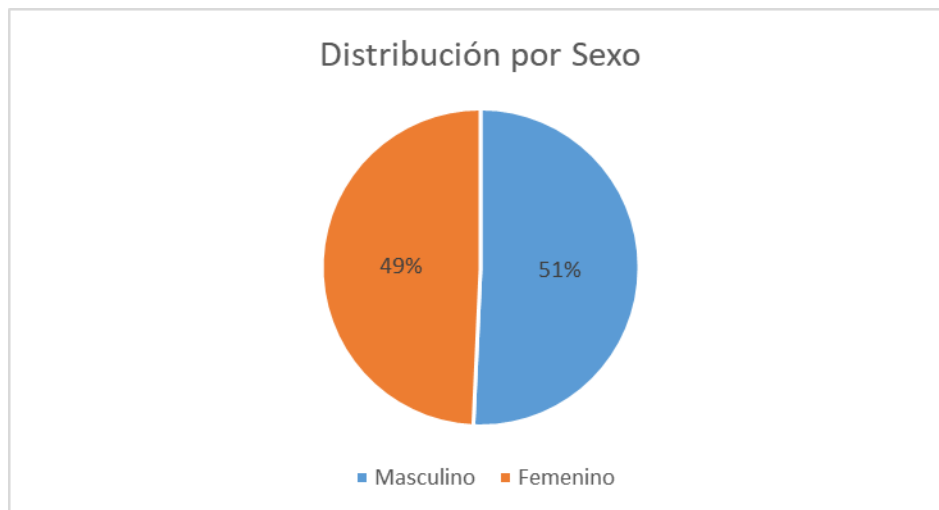


Figura 2. Distribución según sexo.

En la muestra el 51%, corresponde al sexo masculino, y un 49% correspondiente al sexo femenino, obteniendo mayor porcentaje el sexo masculino sobre el femenino.

Representando la figura 3 se presenta la distribución por curso.

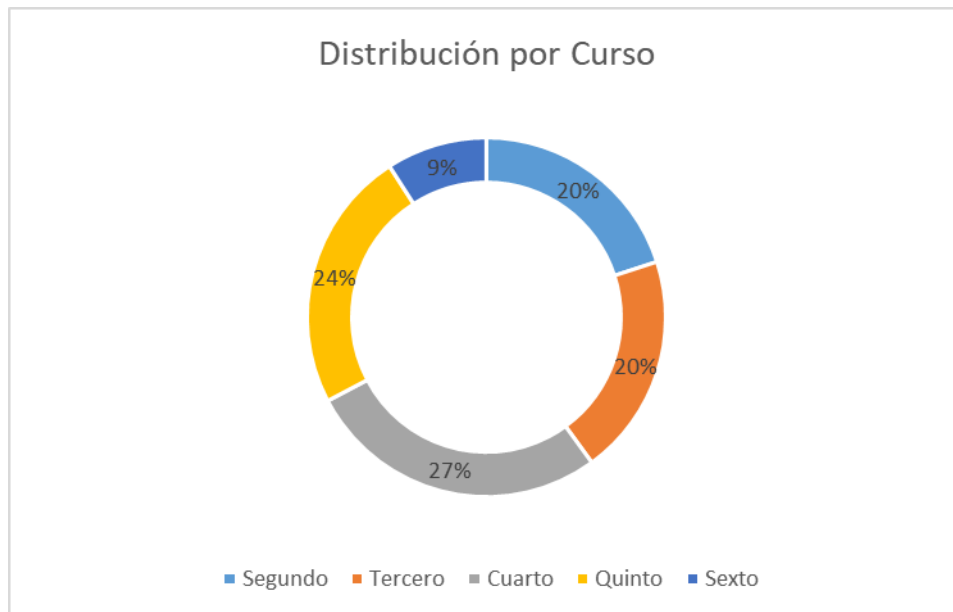


Figura 3. Distribución por curso.

De acuerdo al gráfico, se observan los resultados de la figura 3 acerca de la distribución de la muestra por Curso. En la muestra un 20% del total corresponde al curso del segundo básico, un 20% corresponde a tercer año, 27% a cuarto año y un 9% corresponde a Sexto básico. Siendo el cuarto básico quien presento un mayor número de participantes de la investigación con un 27%, en contraste con sexto básico quien presento el menor número de muestras pertenecientes al 9% del total.

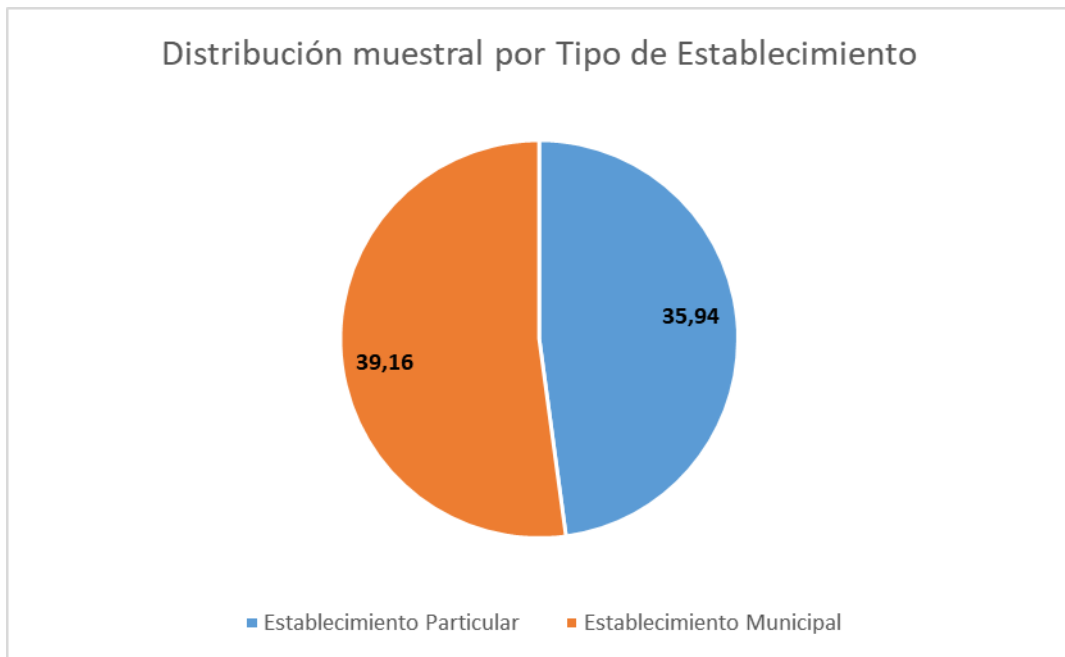


Figura 1. Distribución muestral por tipo de establecimiento.

Análisis de resultados por objetivos

A continuación se procede a presentar los resultados, siguiendo los objetivos de investigación. El objetivo específico que busca evaluar el Autoconcepto de niños diagnosticados con TDAH en colegios particulares y municipales.

Tabla 4

Evaluación de los ítems de la Escala de Autoconcepto de Piers Harris, de los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019.

Ítem	No		Si	
	Fx	%	Fx	%
1. ¿Mis compañeros se burlan de mí?	39	70,9	16	29,1
2. ¿Soy una persona feliz?	6	10,9	49	89,1
3. ¿Me resulta difícil hacer amigos?	36	65,5	19	34,5
4. ¿Estoy triste muchas veces?	37	67,3	18	32,7
5. ¿Soy listo?	21	38,2	34	61,8
6. ¿Soy tímido(a)?	31	56,4	24	43,6
7. ¿Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor?	30	54,5	25	45,5
8. ¿Mi cara me disgusta?	38	69,1	17	30,9
9. ¿Cuándo sea mayor voy a hacer una persona importante?	14	25,5	41	74,5
10. ¿Me preocupo mucho cuando tenemos un examen?	17	30,9	38	69,1
11. ¿Caigo mal en clases?	44	80,0	11	20,0
12. ¿Me porto mal en clases?	46	83,6	9	16,4
13. ¿Cuándo algo va mal suele ser por culpa mía?	36	65,5	19	34,5
14. ¿Creo problemas a mi familia?	42	76,4	13	23,6
15. ¿Soy fuerte?	9	16,4	46	83,6
16. ¿Tengo buenas ideas?	11	20,0	44	80,0
17. ¿Soy un miembro importante en mi familia	11	20,0	44	80,0
18. ¿Generalmente quiero salirme con la mía?	36	65,5	19	34,5
19. ¿Tengo habilidades con las manos?	12	21,8	43	78,2
20. ¿Cuándo las cosas son difíciles las dejo sin hacer?	34	61,8	21	38,2
21. ¿Hago bien mi trabajo en el colegio?	10	18,2	45	81,8
22. ¿Hago muchas cosas malas?	40	72,7	15	27,3
23. ¿Dibujo bien?	22	40,0	33	60,0
24. ¿Soy bueno para la música?	20	36,4	35	63,6
25. ¿Me porto mal en casa?	41	74,5	14	25,5
26. ¿Soy lento haciendo mi trabajo en el colegio?	28	50,9	27	49,1

27. ¿Soy un miembro importante en mi clase?	28	50,9	27	49,1
28. ¿Soy nervioso/a?	32	58,2	23	41,8
29. ¿Tengo los ojos bonitos?	19	34,5	36	65,5
30. ¿Dentro de la clase puedo dar una buena impresión?	19	34,5	36	65,5
31. ¿En la clase suelo estar en las nubes?	30	54,5	25	45,5
32. ¿Fastidio a mis hermanos/as?	30	54,5	25	45,5
33. ¿A mis amigos les gustan mis ideas?	11	20,0	44	80,0
34. ¿Me meto en líos a menudo?	28	50,9	27	49,1
35. ¿Soy obediente en casa?	19	34,5	36	65,5
36. ¿Tengo suerte?	16	29,1	39	70,9
37. ¿Me preocupo mucho por las cosas?	13	23,6	42	76,4
38. ¿Mis padres me exigen demasiado?	34	61,8	21	38,2
39. ¿Me gusta ser como soy?	8	14,5	47	85,5
40. ¿Me siento un poco rechazado/a?	30	54,5	25	45,5
41. ¿Tengo el pelo bonito?	16	29,1	39	70,9
42. ¿A menudo salgo voluntario en clases?	26	47,3	29	52,7
43. ¿A menudo me gustaría ser distinto/a como soy?	36	65,5	19	34,5
44. ¿Duermo bien por la noche?	15	27,3	19	34,5
45. ¿Odio el colegio?	41	74,5	14	25,5
46. ¿Me eligen de los últimos para jugar?	33	60,0	22	40,0
47. ¿Estoy enfermo frecuentemente?	39	70,9	16	29,1
48. ¿A menudo soy antipático con los demás?	37	67,3	18	32,7
49. ¿Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas?	18	32,7	37	67,3
50. ¿Soy desgraciado/a?	39	70,9	16	29,1
51. ¿Tengo muchos amigos/as?	17	30,9	38	69,1
52. ¿Soy alegre?	6	10,9	49	89,1
53. ¿Soy torpe para la mayoría de las cosas?	36	65,5	19	34,5
54. ¿Soy guapo/a?	25	45,5	30	54,5
55. ¿Cuándo tengo que hacer algo lo hago con ganas?	16	29,1	39	70,9
56. ¿Me peleo mucho?	36	65,5	19	34,5
57. ¿Caigo bien a las chicas?	31	56,4	24	46,6
58. ¿La gente se aprovecha de mí?	36	65,5	19	34,5
59. ¿Mi familia esta desilusionada de mí?	45	81,8	10	18,2
60. ¿Tengo una cara agradable?	20	36,4	35	63,6
61. ¿Cuándo trato de hacer algo todo me parece salir mal?	33	60,0	22	40,0
62. ¿En mi casa se aprovechan de mí?	43	78,2	12	21,8
63. ¿Soy un/a de los mejores en juegos y deportes?	20	36,4	35	63,6
64. ¿Soy patoso/a?	42	76,4	13	23,6
65. ¿En juegos y deportes miro, pero no participo?	37	67,3	18	32,7
66. ¿Se me olvida lo que aprendo?	24	43,6	31	56,4

67. ¿Me llevo bien con la gente?	12	21,8	43	78,2
68. ¿Me enfado fácilmente?	25	45,5	30	54,5
69. ¿Caigo bien a los chicos?	8	14,5	47	85,5
70. ¿Leo bien?	19	34,5	36	65,5
71. ¿Me gusta trabajar más solo que en grupo?	30	54,5	25	45,5
72. ¿Me llevo bien con mis hermanos/as?	19	54,5	36	65,5
73. ¿Tengo un buen tipo?	18	32,7	37	67,3
74. ¿Suelo tener miedo?	35	63,6	20	36,4
75. ¿Siempre estoy rompiendo cosas?	36	65,5	19	34,5
76. ¿Se puede confiar en mí?	18	32,7	37	67,3
77. ¿Soy una persona rara?	44	80,0	11	20,0
78. ¿Pienso en hacer cosas malas?	43	78,2	12	21,8
79. ¿Lloro fácilmente?	35	63,6	20	36,4
80. ¿Soy una persona buena?	6	10,9	49	89,1

Nota Escala de Autoconcepto de Piers Harris.

Destacaron los ítems 11,12,15,16,17,21,33,39,52,59,57,80, como los ítems con mayor diferencia entre las respuestas positivas y negativas, destacando con un 89,1%, 83,6%, 80,0%, 80,0%, 81,8%, 80,0%, 85,5%, 89,1%, 89,1% las respuestas afirmativas a los ítems 2, 15, 16, 17, 21, 33, 39, 59, 80 respectivamente, siendo los ítems más compensados en respuestas afirmativas y negativas.

Tabla 5

Descriptivos de los puntajes T alcanzados en el P-H

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
Autoconcepto	55	9,00	65,00	38,16	9,010

En relación al Autoconcepto de los estudiantes de escuelas municipales y colegios particulares subvencionados, la media obtuvo un puntaje de 38,16 de un total de puntos, y la desviación estándar se encuentra en 9,010. Se destacó que el promedio es representativo del comportamiento de la muestra.

En cuanto al objetivo general que buscaba comparar la autoestima de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales, se presentan a continuación pruebas descriptivas en la tabla 5 y figura 5 e, inferenciales en las tablas 5 y 6.

Tabla 6

Descriptivos por tipo de establecimiento (Puntajes T)

	Tipo de Colegio	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Autoconcepto	Particular subvencionado.	17	35,94	8,181	1,984
	Colegios municipales.	38	39,16	9,287	1,507

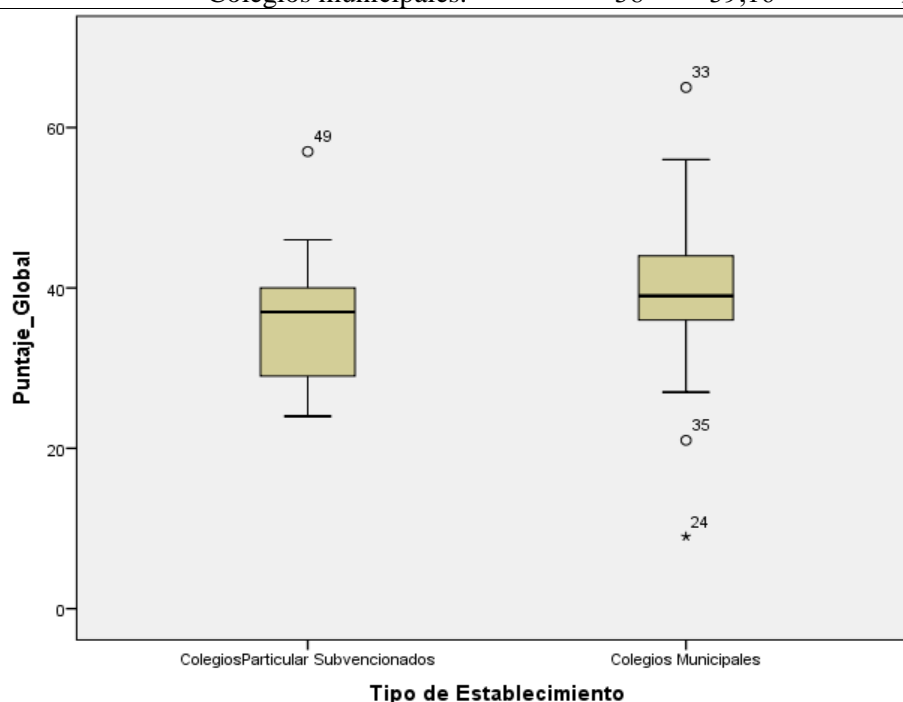


Figura 5. Gráfico de barras de la distribución de los puntajes de la Escala de Piers Harris según tipo de establecimiento, particular subvencionado y municipal.

La media de colegios particulares subvencionados fue de 35,94 con un total de 17 alumnos, en contraste con escuelas municipales con un promedio de 39,16 con un total de 38 alumnos. Siendo ambos promedios representativos según la desviación típica y error típico de la media aun presentado mayor rango los alumnos de colegios municipales.

Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de normalidad, Kolmogorov-Smirnov por ser $n=55$.

Tabla 7

Prueba de normalidad, Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Estadístico	Shapiro-Wilk Gl	Sig.
	,121	55	,042

Observando la significancia de la prueba ($P=0,042$) se observó, que la distribución de la variable es no normal al presentar un nivel de significancia inferior a 0,05, por lo que se procederá a realizar estadística inferencial con pruebas no paramétricas.

Para comparar la autoestima por tipo de establecimiento se realiza Prueba U de Mann-Whitney por ser dos las proporciones que se compararon con distribución no normal.

Tabla 8

Prueba de U Mann-Whitney

	z	gl	sig.(bilateral)
Autoconcepto	-1,697	55	0,090

*Se han asumido varianzas iguales

La prueba Estadística de U de Mann-Whitney no demostró relación entre las variables tipo de colegio y Resultado de Autoconcepto ($p=0,090$).

Observando la significancia de la prueba T ($P > 0,05$, $P=0,090$) se develó que no existe diferencias significativas al pertenecer a uno u otro tipo de establecimiento educacional.

Otros resultados obtenidos. A continuación se presentan otros resultados obtenidos en la investigación:

Tabla 9

Autoconcepto según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Autoestima	Femenino	21	37,48	7,104	2,69416
	Masculino	34	38,59	10,088	1,550

La prueba Kolmogorov-Smirnov demostró relación entre las variables Autoconcepto y sexo (p=0,200)

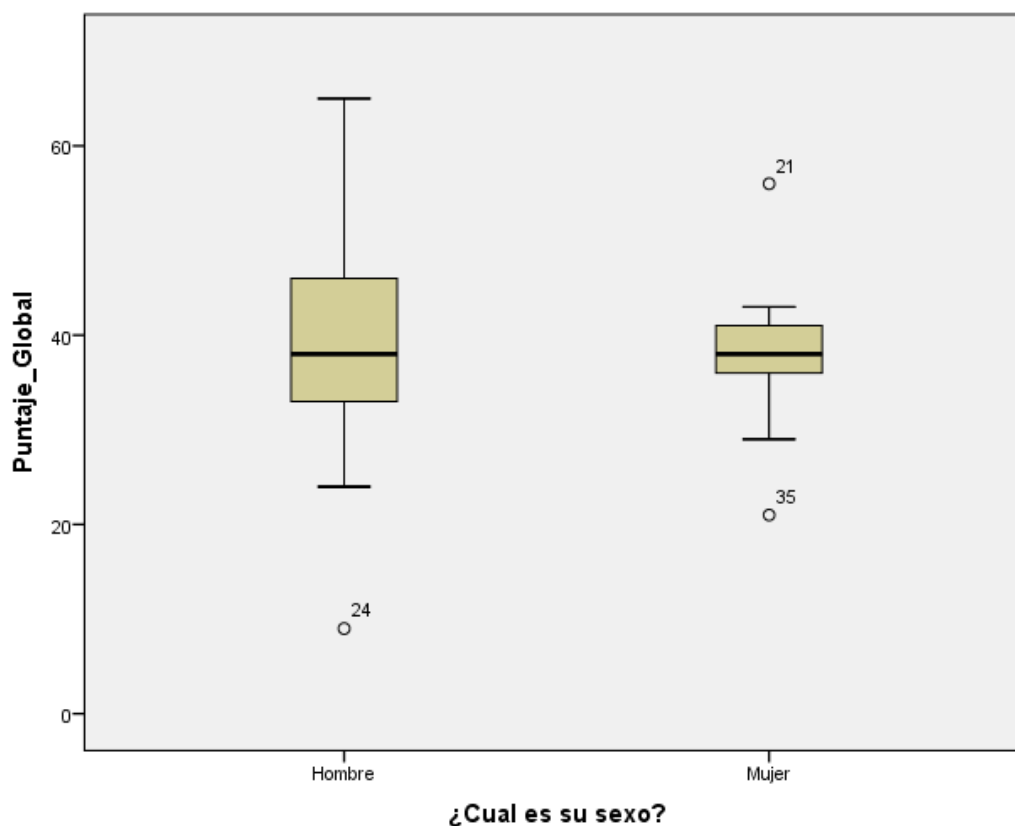


Figura 2. Autoconcepto según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2019.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Discusión

En los últimos años ha existido un mayor conocimiento y una creciente conciencia sobre la importancia de investigar todos los aspectos que engloba el Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, y el Autoconcepto del ser humano, como esta se desarrolla e influye en la vida de la persona. Sin embargo, en Chile son escasos los estudios que relación ambas variables, aunque si es posible encontrar información de estas variables por separado, Por ello la gran importancia de llevar a cabo esta investigación para poder contribuir al conocimiento de la relación del TDAH y como este influye en el Autoconcepto de los niños, de colegios particulares subvencionados y municipales. A su vez visualizar la relación entre el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y como este influye en el Autoconcepto de los niños con el fin de aportar mayor conocimiento a futuras intervenciones que se puedan desprender de esta asociación, es por esto, que se considera de gran importancia conocer la relación entre ambas variables en la población escolar de este colegio; lo que podría derivar posteriormente en la implementación de intervenciones que consideren ambas variables. Considerando también que es en esta etapa de vida escolar donde se necesita prestar mayor atención al inicio del trastorno y su tratamiento. Con los resultados de esta investigación se espera contribuir a instituciones educativas, especialmente a al área docente y profesionales Psicólogos para que puedan orientar sus intervenciones tomando en consideración los conocimientos de la relación entre ambas variables. Considerando también la gran prevalencia que existe en Chile de este Trastorno y el número elevado de diagnósticos de TDAH en los centros educativos.

En relación con el objetivo general, Comparar la autoestima de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales. No se evidenció diferencias significativas al pertenecer a uno u otro tipo de establecimiento educacional. Por lo tanto, los rangos en los colegios son iguales, se acepta la igualdad. No hay diferencias significativas entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales ($p=0,090$).

El perfil sociodemográfico de este estudio muestra que existe un predominio masculino con un 51% sobre el sexo femenino representado por 49%.

Respecto a la escolaridad de los individuos de la muestra, la mayoría se encuentra cursando segundo básico, con un total de un 20% de la muestra, en contraste con sexto básico quien presenta un 9% del total de la muestra.

En el estudio, se obtuvo una mayor cantidad de niños diagnosticados con TDAH, fue de la Escuela el Tejar, en comparación con los demás colegios municipales y particulares subvencionados de la investigación, con un porcentaje de 55%. Lo que contrasta con el colegio Adventista de Chile CADECH quienes presentan solo un 2% de niños diagnosticados con TDAH, siendo así el Colegio con menor número de muestras.

En cuanto a la comparación por sexo, se observa que existe una diferencia significativa en el Autoconcepto de hombres versus mujeres, siendo los primeros quienes presentan un Autoconcepto más elevado.

En cuanto a la comparación de los colegios particulares subvencionados versus escuelas municipales, que fue el objetivo general de la investigación, se puede concluir que no existen diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto de los estudiantes, sin embargo cabe destacar que los estudiantes que están insertos en colegios municipales muestran un Autoconcepto de los estudiantes 39,16 puntos y los estudiantes de colegios particulares subvencionados de 35,94 puntos lo que indicaría que ambos centros educativos muestran un Autoconcepto bajo y muy bajo dentro del promedio.

Siendo ambos promedios representativos según la desviación típica y error típico de la media aun presentado mayor rango los alumnos de colegios municipales.

Respecto a las medias se muestra una diferencia, pero no de carácter significativa entre colegios Particulares Subvencionados y Municipales, por lo que se puede inferir que los niños de Colegios particulares subvencionados podrían estar recibiendo un mayor apoyo a nivel emocional en sus hogares, y los docentes podrían estar contribuyendo a que los niños con TDAH no se sientan menospreciados o dejados de lado por su condición de ser más inquietos que el resto de sus compañeros, lo que reflejaría que la escuela podría estar adoptando medidas de apoyo oportuno para los niños diagnosticados con TDAH, en comparación a las escuelas Municipales que si necesitan más redes de apoyos para trabajar con los niños con este tipo de diagnóstico y así poder ayudar a los niños para que puedan tener una mejor valoración de sí mismo y así mostrarse con las competencias necesarias con su grupo de pares.

Esto daría cuenta de la importancia del apoyo a nivel escolar y familiar del niño, ya que cualquier factor que actúe negativamente en su autoestima puede hacer que se deteriore y así sufrir consecuencias en su desarrollo psicosocial.

Conclusión

Con el objetivo de caracterizar el Autoconcepto, los datos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo (medias, frecuencias, desviación típica), con el propósito de establecer

diferencias significativas entre grupos, se aplicaron pruebas estadísticas de comparación de medias para muestras independientes.

El análisis de los datos muestra que los niños con TDAH presentan un Autoconcepto general de nivel bajo.

Con el propósito de comparar los resultados de ambos grupos y determinar si las diferencias resultan estadísticamente significativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney y los resultados se presentan en la tabla 7 y 8. Como se observa, no existen diferencias significativas al pertenecer a uno u otro tipo de establecimiento educacional. Por lo tanto, los rangos en los colegios son iguales, se acepta la igualdad. No hay diferencias significativas entre un colegio y otro.

No hay diferencias significativas entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales ($p=0,090$).

El análisis de datos muestra que los niños con TDAH presentan un Autoconcepto general bajo y muy bajo.

La media en los hombres se encuentra 38,59% y en las mujeres 37,48%, es similar tanto en hombre como en mujeres, pero en los hombres se encuentra más disperso, en los hombres hay más variabilidad del Autoconcepto.

Es casi igual para hombres y mujeres, en la desviación típica, nos dice si los datos están dispersos en unos con otros. En las mujeres estaría 10,088, y en los hombres sería 7, 104, por lo tanto la variabilidad en los datos estaría más grande en las mujeres, con respecto de los hombres, que sería más pequeña la diferencia de datos en la desviación típica.

Por lo tanto, hay más diferencia entre tipo de establecimiento que por sexo y la desviación típica es casi la misma.

Recomendaciones

La percepción del sujeto de su estado emocional y se correlaciona negativamente con una pobre integración social en el aula (Musitu, García, & Gutierrez, 2001) por lo cual resulta de mucha importancia en los niños con TDAH indagar esta relación. Por otro lado, el Autoconcepto familiar que se refiere a la percepción que tiene el niño de su implicación, participación e integración en el medio familiar (Musitu et al., 2001), es un dato de interés a considerar en la práctica clínica, tendiente a promover cambios en la interacción y dinámica de familia.

Cuando un niño tiene un buen Autoconcepto de sí mismo se siente valeroso, tiene buen reconocimiento de su desempeño y habilidades para interrelacionarse con sus pares; a diferencia de un niño con un Autoconcepto bajo se siente desvalorizado, no confía en sí mismo y no presenta las herramientas para una buena interrelación con su entorno social, generando en ocasiones rechazo

que influye negativamente en su Autoconcepto.

Si se tiene en consideración que el TDAH es un trastorno neuropsicológico que afecta con mayor frecuencia en edad escolar, en la práctica clínica y educativa, el conocimiento por parte de los profesionales que intervienen respecto al Autoconcepto de los niños con TDAH posibilitara crear instancias y generar actividades para potenciar su Autoconcepto como a su vez, la autoestima; con el objetivo de favorecer y promover su adaptación social y además en el ámbito educativo.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREGA DE COMUNICACIONES, DIRECTIVOS Y APODERADOS



Chillán_____2019

Estimado
Director

A través de la presente carta solicito su autorización y apoyo, para la realización de mi Tesis titulada **“Diferencias en el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios subvencionados y municipales”**.

Dicha tesis se desarrolla para optar al grado de Licenciado en Psicología, dictado por la **Universidad Adventista de Chile**. El proyecto se encuentra en aprobación y cumple con los requerimientos éticos exigidos por dicho Programa.

La investigación a desarrollar consiste en la evaluación del Autoconcepto presente en los niños/as diagnosticados con trastorno de déficit atencional, dentro de un rango de edad de 7 a 10 años.

Los resultados de esta investigación contribuirán a enriquecer el conocimiento sobre el Autoconcepto de los niños diagnosticados con TDAH, para describir y analizar la relación entre el trastorno de déficit atencional con hiperactividad en el Autoconcepto de los niños de 7 a 10 años.

Si usted decide participar en el estudio, se le solicitará que firme esta carta de consentimiento. La participación de su hijo(a) consistirá en responder una Escala de Evaluación de Autoconcepto para niños de Piers Harris.

Su participación en el estudio no implica riesgos para usted y su hijo(a), salvo la posibilidad de sentirse incómoda al contestar algunas preguntas. En relación a los beneficios de participar, pudiera contribuir a la participación de una charla acerca de cómo entender el trastorno de déficit atencional de su hijo y como apoyarlo.

A pesar de lo anterior, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte en nada la atención que su hijo(a) y su familia reciben en el establecimiento educacional, ubicado en la comuna de Chillán.

Toda la información que usted entregue, así como la información obtenida en la observación de su hijo(a) es **confidencial**, usándose sólo para fines de investigación. Su hijo(a) será identificado a través de un número de folio, conociendo su identidad sólo el investigador responsable de este proyecto. No se compartirá con nadie la información particular de su hijo(a), sin embargo la información general que se obtenga del estudio podrá ser publicada en el ámbito científico.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

Bárbara Valenzuela Castillo
Estudiante de Psicología, de la Universidad Adventista de Chile.
barbaravalenzuelacastillo@hotmail.com
En conjunto con la Profesora tutora Ingrid Orellana Fonseca.
Psicóloga.
ingridorellanaf@gmail.com

ANEXO 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO PADRES



CARTA DE CONSENTIMIENTO

El presente estudio se titula **“Diferencias en el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de Colegios Particulares Subvencionados y Municipales”**, y se desarrolla en el marco del trabajo de Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología en la Universidad Adventista de Chile.

La investigación a desarrollar consiste en la evaluación del Autoconcepto presente en los niños/as diagnosticados con trastorno de déficit atencional, dentro de un rango de edad de 7 a 10 años.

Los resultados de esta investigación contribuirán a enriquecer el conocimiento sobre el Autoconcepto de los niños diagnosticados con TDAH, detectar de qué manera influye el diagnóstico del TDAH en el Autoconcepto de los niños.

Si usted decide participar en el estudio, se le solicitará que firme esta carta de consentimiento. La participación de su hijo(a) consistirá en responder una Escala de Evaluación de Autoconcepto de Piers Harris.

Su participación en el estudio no implica riesgos para usted y su hijo(a), salvo la posibilidad de sentirse incómoda al contestar algunas preguntas. En relación a los beneficios de participar, pudiera contribuir a la participación de una charla acerca de cómo entender el trastorno de déficit atencional de su hijo y como apoyarlo.

A pesar de lo anterior, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte en nada la atención que su hijo(a) y su familia reciben en el establecimiento educacional, ubicado en la comuna de Chillán

Toda la información que usted entregue, así como la información obtenida en la observación de su hijo(a) es **confidencial**, usándose sólo para fines de investigación. Su hijo(a) será identificado a través de un número de folio, conociendo su identidad sólo el investigador responsable de este proyecto. No se compartirá con nadie la información particular de su hijo(a), sin embargo la información general que se obtenga del estudio podrá ser publicada en el ámbito científico.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

CONSENTIMIENTO:

Declaro haber leído y aceptar las condiciones de este documento, y en conocimiento de ello, acepto participar en el estudio sobre **“Diferencias en el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de Colegios Particulares Subvencionados y Municipales”** realizado por la estudiante en práctica de 5° año de Psicología, en el marco del desarrollo de su Tesis.

Nombre

Firma Participante

Firma investigador responsable

Fecha: 25/03/2019

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Bárbara Valenzuela, al correo de barbaravalenzuelacastillo@hotmail.com, Escuela de Psicología, Universidad Adventista de Chile, Dirección: Chillán.

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO

El presente estudio se titula “**Diferencias en el Autoconcepto de niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH entre alumnos de colegios particulares subvencionados y municipales**”, y se desarrolla en el marco del trabajo de Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología en la Universidad Adventista de Chile.

La investigación a desarrollar consiste en la evaluación de la autoestima presente en los niños/as diagnosticados con trastorno de déficit atencional, dentro de un rango de edad de 7 a 10 años.

Los resultados de esta investigación contribuirán a enriquecer el conocimiento sobre la autoestima de los niños diagnosticados con TDAH, detectar de qué manera influye el diagnóstico del TDAH en la autoestima de los niños.

Si usted decide participar en el estudio, se le solicitará que firme esta carta de consentimiento. La participación de su hijo(a) consistirá en responder una Escala de Autoconcepto de Piers Harris.

Su participación en el estudio no implica riesgos para usted y su hijo(a), salvo la posibilidad de sentirse incómoda al contestar algunas preguntas. En relación a los beneficios de participar, pudiera contribuir a la participación de una charla acerca de cómo entender el trastorno de déficit atencional de su hijo y como apoyarlo.

A pesar de lo anterior, usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte en nada la atención que su hijo(a) y su familia reciben en el establecimiento educacional, ubicado en la comuna de Chillán

Toda la información que usted entregue, así como la información obtenida en la observación de su hijo(a) es **confidencial**, usándose sólo para fines de investigación. Su hijo(a) será identificado a través de un número de folio, conociendo su identidad sólo el investigador responsable de este proyecto. No se compartirá con nadie la información particular de su hijo(a), sin embargo la información general que se obtenga del estudio podrá ser publicada en el ámbito científico.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

ANEXO 4

TEST DE EVALUACIÓN DE AUTOCONCEPTO DE PIERS HARRIS

NOMBRE:CURSO: FECHA:

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
3	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	SI	NO
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	SI	NO
5	SOY LISTO/A	SI	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	SI	NO
8	MI CARA ME DISGUSTA	SI	NO
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXÁMEN	SI	NO
11	CAIGO MAL EN CLASE	SI	NO
12	ME PORTO MAL EN CLASE	SI	NO
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	SI	NO
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	SI	NO
15	SOY FUERTE	SI	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	SI	NO
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	SI	NO
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	SI	NO
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	SI	NO
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO
23	DIBUJO BIEN	SI	NO
24	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	SI	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	SI	NO
28	SOY NERVIOSO/A	SI	NO
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	SI	NO
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	SI	NO
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	SI	NO
32	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	SI	NO

33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
34	ME METO EN LIOS A MENUDO	SI	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO
36	TENGO SUERTE	SI	NO
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	SI	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	SI	NO
39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	NO
41	TENGO EL PELO BONITO	SI	NO
42	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	SI	NO
43	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A DE CÓMO SOY	SI	NO
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	SI	NO
45	ODIO EL COLEGIO	SI	NO
46	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR	SI	NO
47	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	SI	NO
48	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	SI	NO
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
50	SOY DESGRACIADO/A	SI	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	SI	NO
52	SOY ALEGRE	SI	NO
53	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO
54	SOY GUAPO/A	SI	NO
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	SI	NO
56	ME PELEO MUCHO	SI	NO
57	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	NO
58	LA GENTE SE APROVECHA DE MÍ	SI	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA CONMIGO	SI	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO
62	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MÍ	SI	NO
63	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO
64	SOY PATOSO/A	SI	NO
65	EN JUEGOS Y DEPORTES, MIRO PERO NO PARTICIPO	SI	NO
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO	SI	NO
67	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO
68	ME ENFADO FÁCILMENTE	SI	NO
69	CAIGO BIEN A LOS CHICOS	SI	NO

70	LEO BIEN	SI	NO
71	ME GUSTA MÁS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
72	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS	SI	NO
73	TENGO UN BUEN TIPO	SI	NO
74	SUELO TENER MIEDO	SI	NO
75	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS	SI	NO
76	SE PUEDE CONFIAR EN MÍ	SI	NO
77	SOY UNA PERSONA RARA	SI	NO
78	PIENSO EN HACER COSAS MALAS	SI	NO
79	LORO FÁCILMENTE	SI	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO

Figura 3. Instrumento de Autoconcepto, Piers Harris

LISTA DE REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. s/c, España: Editorial Masson S.A.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anguiano, M. & Loli, S. (2002). *Niveles de Autoestima y su relación con el rendimiento escolar de los alumnos del 6to. Grado de Primaria de los colegios públicos y privados del distrito de Iquitos* (Tesis de maestría publicada). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. C., & Carretié L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit Atencional con Hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47 39-45.
- Alza, C. (2013). *Intervenciones actuales en el trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* (tesis para optar a la revalidación de título de Licenciatura en Psicología). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133863/Memoria%20CARMEN%20PAZ%20ALZA%20MILLIE%20INTERVENCIONES%20ACTUALES%20TDAH%20NIC3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arancibia, V.; Herrera, P. & Strasser, K. (2008). *Manual de psicología educacional*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Baptista, R.; Fernández, C. & Hernández, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: McGraw Hill.
- Bakker, L. & Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia*, 4(1), 5-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=333127355002>
- Barkley, R.A. (1999). *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. (2008). El TDAH es un trastorno biológico no social [pág. web]. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55891>
- Beltrán, F.; Torres, I.; Vázquez, F., Beltrán, A., Beltrán, L. (Junio, 2007). Tratamiento farmacológico y trastorno déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica de la*

Universidad Veracruzana. Vol.7 núm.(1). Obtenido en Junio de 2007. De la base de datos de Rev Med UV.

- Bitaubé, J. A., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., & Carretié Arangüena, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *JANO*, 1729, 18-25.
- Bopp, R. (2001) *La autoestima y sus efectos en el ámbito escolar.* (Tesis para optar al grado de psicólogo). Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima.* Barcelona: Paidós.
- Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol*, 46(6), 365-372. Recuperado de <http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/130.1-tdha.pdf>
- Casullo, M. M. (1990). *El Autoconcepto. Técnicas de Evaluación.* Buenos Aires: Psicoteca.
- Cayetano, N. (2012). *Autoestima en estudiantes de sexto grado de primaria de instituciones educativas estatales y particulares de armen de la legua -Callao.* (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación). Escuela de Postgrado, Facultad de Educación. Lima, Perú.
- Céspedes, A. (2013). *Tu cerebro.* Santiago de Chile: Ediciones B.
- Crockett, M. (2013). *Imagen de sí mismo en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (tesis para optar al título de psicólogo). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Cubero Venegas, C. M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Actualidades en Educación*, 6, 1-42.
- De la Peña, F.; Palacio, J. & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud.*, 8(1), 93-98.
- Dorsch, F. (2002). *Diccionario de Psicología.* (8ª ed.). Barcelona: Herder.
- Fernández F, L., & Riquelme B., P. (14 de 11 de 2015). <http://www.crececontigo.gob.cl>. Obtenido de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/14-Programa-de-Estimulacion-Temprana.pdf>
- epareborda, M. & Díaz Lucero, A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina (Buenos Aires)*, 69(1), 51-63. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-
- Galve Manzano, J. (2009). Intervención Psicoeducativa en el aula con TDAH. *Psicol Educativa*, 15(2), 87-106.
- García, J. & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1): 76-82.

- García García, M. D., Prieto Tato, L. M., Santos Borbujo, J., Monzón Corral, L., Hernández Fabián, A., & San Feliciano Martín, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 69, 244-250.
- Gorostegui, M. E (1992). *La Escala de Evaluación del Autoconcepto para niños, de Piers-Harris*". Santiago: Universidad Pontificia Católica de Chile. Tesis para optar al Título de Psicólogo.
- Gorostegui, María Elena, & Dörr, Anneliese. (2005). Género y Autoconcepto: Un Análisis Comparativo de las Diferencias por Sexo en una Muestra de Niños de Educación General Básica (EGB) (1992-2003). *Psyche (Santiago)*, 14(1), 151-163.
- Güell, M. & Muñoz, J. (2000). *Desconócete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*. Barcelona: Paidós.
- Houck, G.; Kendall, J., Miller, A.; Morrell, P. & Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 239-247.
- Lavigne, R. & Romero, J.F. (2010). *El TDAH ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Marchant, T.; Haeussler, I. & Torretti, A. (2002). *TAE: Batería de test de autoestima escolar*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. Recuperado de http://www.fundarauco.cl/_file/file_3852_tae%20profesor%20y%20alumno.pdf
- M. Martínez-Moraga, M. Q.-R. (2018). Bases neurobiológicas del trastorno del espectro autista y del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis. *neurologia.com*, 1,2,3.
- Mena, B. & Tort, M^a. (2001). *Autoestima y TDAH*. Barcelona: Fundación Privada ADANA.
- Ministerio de Educación (2009). Déficit atencional: Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica. Ministerio de Educación. Recuperado de http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/201305151612430.Deficit_Atencional.pdf
- Minsal:Ministerio de Salud de Chile. (2001). *Plan Nacional de salud mental y Psiquiatría*. Chile: Ediciones Unidad de Salud Mental 2° Edición .
- Mick, E.; Biederman, J.; Faraone, S.; Sayer, J. y Kleinman, S. (2002). Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy. *J American Acad Child Adol Psychiat*, 41(4), 378-385.
- Milicic, N. (2001). *Creo en ti. La construcción de la autoestima en el contexto escolar*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr*, 85(3), 265-268. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Muñoz García, R. (2014). *El autoconcepto y la autoestima en niños y adolescentes con TDAH* (tesis para optar al grado en maestro de Educación Primaria). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

- Muñoz Olivares, J. E. (2000). *El desarrollo psicoafectivo de nuestros hijos*. Santiago: s.n.
- Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M. (2001). *AFA (Autoconcepto Forma-A) (4ªed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Naranjo, P. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en educación*, 7(3), 1-28.
- Orjales, I. (2000). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con Déficit de Atención con Hiperactividad /DDAH*. Madrid: Ed. Cepe.
- Papalia, D. E. & Martorell, G. (2005). *Desarrollo humano*. México, D. F.: McGraw Hill Education.
- Pearson, J. C.; Turner, L. H. & Todd-Mancillas, W. R. (1995). *Comunicación y género*. Barcelona: Paidós.
- Polanczyk, G.; de Lima, M.S.; Horta, B.L.; Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6): 942-8.
- Peña, J. A. & Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿Mito o realidad? *Rev Neurol*, 36(2), 173-179.
- Piers, E. (1984). Piers-Harris Children`s Self Concept Scale. *Revised Manual*. Cal.:W.P.S
- Pinheiro, C. & Mena, P. (2014). Padres, profesores y pares: contribuciones para la autoestima y coping en los adolescentes. *Anales de psicología*, 30(2), 656-666.
- Quintero, O.; Jonasson, E.M.; Bertling, E.; Talarico, L.; Chaudhry, F.; Sihvo, M.; Lappalainen, P. & Goode B.L. (2009). Reconstitution and dissection of the 600-kDa Srv2/CAP complex: roles for oligomerization and cofilin-actin binding in driving actin turnover. *J Biol Chem*, 284(16), 10923-34.
- Ramírez Peradotto, P.; Duarte Vargas, J. & Muñoz Valdivia, R. (2005). Autoestima y refuerzo en estudiantes de 5º básico de una escuela de alto riesgo. *Anal Psicol*, 21(1), 102-115. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8059/1/Autoestima%20y%20refuerzo%20en%20e%20estudiantes%20de%205%20basico%20de%20una%20escuela%20de%20alto%20riesgo.pdf>
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una revisión. *Rev Neurolog*, 40(6), 358-368.
- Torres.L.Tesis (2002). “Medición de la autoestima en estudiantes de Segundo año medio” Valdivia. Páginas: 10-11-12.
- Torres, C. (2014). *Estudio de la relación entre el estilo de apego parental y su influencia en la construcción del autoconcepto infantil* (tesis para optar al título de Magister en Psicología). Universidad Ucinf, Santiago de Chile.

