

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



DIFERENCIAS EN LA AUTOESTIMA DE NIÑOS DE 8 A
13 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH ENTRE
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:

Camila Jesarela Carvajal Rojas
Bárbara Estefanía Ortega Caro

Profesor guía: Cecilia Teresa Torres Flores.

Chillán, Chile, 21 de noviembre de 2017.

RESUMEN

El objetivo de nuestra investigación es medir la autoestima de niños de 8 a 13 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 el Test de Autoestima Escolar (TAE) realizado por Teresa Marchant, Isabel Haeussler y Alejandra Torretti en 1991 y estandarizado en 1997. El TAE, es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso de 3ero a 8vo básico y por edad de 8-13 años.

La metodología del estudio fue cuantitativa, transversal, no experimental.

En relación a los resultados obtenidos no se evidenció diferencia significativa entre la autoestima de los estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales ($p = 0,771$), como así tampoco el test Estadístico exacto de Fisher no demostró relación entre las variables tipo de colegio y autoestima ($p=0,597$). La prueba ANOVA no demostró relación entre la variable curso y la autoestima ($F= 0,400$ $p=0,844$). La prueba T demostró relación entre las variables autoestima y sexo ($p=0,039$). Si bien los promedios de autoestima tuvieron una tendencia a la normalidad según el puntaje del instrumento, se recomienda fortalecer la autoestima en la población femenina.

Palabras clave: Trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), test de autoestima escolar (TAE), niños, colegios particulares subvencionados y 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.

“Dios es el que me ciñe de fuerza, y quién
despeja mi camino”

2 Samuel 22:33.

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.

Agradecer a nuestra profesora guía de Tesis Cecilia Torres, 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 quien nos guió en nuestro proceso de tesis.

Agradecer a nuestro profesor Ismael Morales quién fue una parte fundamental para el avance y terminación de esta etapa quien siempre con mucha dedicación y buena voluntad nos ayudó y apoyo en el análisis metodológico.

TABLA DE CONTENIDO

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

CAPÍTULOS

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.....	5
Hipótesis.....	6
Pregunta de investigación	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
Delimitaciones del estudio	6
Limitaciones del estudio.....	7
II. MARCO TEÓRICO	8
Trastorno de déficit atencional con hiperactividad	8
Modelo atencional versus modelo de autorregulación.....	8
Modelo atencional de Virginia Douglas.....	8
Modelo de autorregulación de Russell Barkley.....	8
Características diagnósticas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	9
Factores genéticos asociados al TDAH.....	10
Capacidades afectadas por el TDAH.....	11
Aspectos psicológicos de niños y niñas con TDAH.....	12
Factores ambientales	14
TDAH en el ámbito escolar.....	15
Características a potenciar en niños con TDAH.....	17
Futuros resultados y conclusiones sobre TDAH	18
Autoestima	18
Teoría del vínculo afectivo y apego	19
Tipos y patrones de apego.....	19
Enfoque psicosocial del desarrollo humano	20
Concepto de autoestima	21
Desarrollo de la autoestima.....	23
Dimensiones de la autoestima	24
Autoestima y autoconcepto	25
Relación autoestima y trastorno de déficit atencional con hiperactividad	27
III. MARCO METODOLÓGICO	29
Tipo de investigación y diseño	29
Población y muestra	29
Operacionalización de variables	30
Instrumentos de recolección de datos	31

Análisis cualitativo de las dimensiones de las subescalas (TAE alumno).....	32
Técnicas de análisis de datos	33
Procedimientos	33
IV. RESULTADOS	35
Descripción de la muestra	35
Análisis de resultados por objetivos	38
Otros resultados obtenidos	43
V. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES	44
Discusión.....	44
Conclusión	45
Recomendaciones	46
ANEXOS	48
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	49
2. COMUNICACIÓN	51
3. CARTA DE CONSENTIMIENTO.....	53
LISTA DE REFERENCIAS	54

LISTA DE TABLAS

1. Distribución de la muestra.....	30
2. Operacionalización de variables.....	31
3. Distribución muestral por sexo, colegio y curso.....	35
4. Evaluación de los ítems de TAE de los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017.....	39
5. Descriptivos de los puntajes T alcanzados en el TAE.	40
6. Descriptivos por tipo de establecimiento (Puntajes T)	40
7. Tabla de contingencia de las variables tipo de colegio y Resultado de autoestima.	41
8. Prueba de normalidad, Shapiro Wilk para una muestra.	42
9. Prueba T de Student.	42
10. Autoestima según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017.....	43

LISTA DE FIGURAS

1. Distribución según colegio.....	36
2. Distribución según sexo	36
3. Distribución por curso	37
4. Distribución muestral por tipo de establecimiento	38
5. Gráfico de barras de la distribución de los puntajes del Test TAE según tipo de establecimiento, particular subvencionado y municipal	41
6. Autoestima según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017	43

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales edición V (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

TDA: Trastorno de Déficit Atencional

TDAH: Trastorno por déficit atencional con hiperactividad

TAE: Test de Autoestima Escolar

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 autoestima, las vivencias que él experimente allí, serán de gran importancia para el desarrollo de su autoestima.

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 8 a 13 años que presenten diagnóstico de TDAH y que pertenezcan a colegios particular subvencionados y municipales de Chillán.

Nuestro objetivo es comparar la autoestima de niños de 8 a 13 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 subdividido 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).

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.

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.

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 centrara nuestra investigación.

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.

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.

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 (citado por Severa, 2015) que defiende el constructo de la desinhibición conductual y déficit de las funciones ejecutivas en el marco de la teoría de la mente.

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 en 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.

Muchos de los niños, adolescentes y adultos que padecen déficit atencional con hiperactividad reciben apoyo de un equipo especializado que se conforman por psiquiatra, neurólogo infantil y psicólogos este equipo multidisciplinar diagnostica, y siguen un proceso muy riguroso en conjunto con farmacología, el medicamento que se diagnostica es principalmente Metilfenildato debido a tratarse de un trastorno neuropsiquiátrico, que afecta principalmente la atención, concentración, motivación, locus de control y a su vez se ve afectada la autoestima de los niños.

La autoestima es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional. 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 nuestro cuestionamiento.

Relevancia del problema

Esta investigación está enfocada en ver cómo influye el diagnóstico de TDA y TDAH, en la autoestima 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 la autoestima 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 la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales.

Pregunta de investigación. ¿Existe diferencia entre el Trastorno de déficit atencional y la Autoestima de los niños de 8 a 13 años, pertenecientes a Colegios Particulares Subvencionados y Colegios municipales de Chillán?

Objetivo general. Comparar la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales.

Objetivos específicos.

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

Delimitaciones del estudio

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. Además es de tipo descriptivo ya que describe 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 8 a 13 años que hayan sido diagnosticados con T.D.A.H.,

la edad considerada es debido a que el Test de autopercepción de autoestima (T.A.E) que se aplicará, está diseñado para este rango de edad.

- Aplicación a esta muestra del T. A. E. o Test de autopercepción de autoestima, estandarizado en Chile en 1997.
- 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 8 a 13, debido a que el Test de autopercepción de autoestima (T.A.E) 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 la autoestima de los niños con diagnóstico de TDAH.
- Es conocido el sobre diagnóstico, lo que da posibilidad a evaluar la autoestima de niños que no padecen éste trastorno, por lo que no sabremos si la autoestima evaluada se deba al diagnóstico o al TDAH.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad

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 en 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 en 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, 2014).

Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association, 2014): 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 tiene 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.

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.

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 Crockett, 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 Crockett, 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.

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, 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. 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.
- Cognitivo-conductual, que comparte y combina los objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores.

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)

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.

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.

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.
- b) Niños evitantes
- c) Niños con apego ansioso-ambivalente.

a). 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). 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) 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 (2009) 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.

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.

Los niños de nuestro estudio se encuentran en la cuarta etapa 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.

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 considerase 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.

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, creerá 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 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 Rosemberg, 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 ,los grupos de pares, los medios de comunicación o las instituciones religiosas o educativas.

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 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 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:

2. 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.
3. Dimensión social: esta dimensión equivale a la autopercepción de las características de la Personalidad de cada individuo, es decir, como es cada persona.

4. 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.
5. 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.

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 Rosemberg (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 (citado por Arancibia, Herrera, & Strasser, 2008, pág. 206) 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”, por otro lado Milicic (2001) señala que el autoconcepto es la imagen que tenemos de nosotros mismos en dimensiones cognitivas, perceptivas y afectivas.

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 Torres (2014), 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

El presente estudio se basa en una metodología cuantitativa, según Baptista, Fernández y Hernández (2010), la metodología cuantitativa usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, tiene un alcance descriptivo ya que busca especificar las propiedades importantes de los fenómenos, así mismo utiliza un diseño transversal no experimental porque la investigación es sistemática y empírica ya que las variables independientes no se manipulan y esta recolección de datos se realizará en un periodo de tiempo.

La metodología cuantitativa en esta investigación, nos permitirá conocer la realidad desde una manera más imparcial, conoceremos el tipo de autoestima 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 significativa entre la autoestima de los alumnos de escuelas municipales versus colegios particulares subvencionados.

La elección de este enfoque paradigmático ha sido consecuencia de la evaluación 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 33 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 Camilo Henríquez.
Colegio Evangélico Bethel.	Escuela Juan Madrid Azolas.
Colegio Hispanoamericano.	Escuela Cardenal José María Caro.
Colegio Da Vinci.	
TOTAL: 19 estudiantes	TOTAL: 14 estudiantes.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes Diagnosticados con TDAH entre 8 y 13 años
- Estudiantes que cursen entre 3° y 8° 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 autoestima alcanzado en el protocolo TAE (Test de Autoestima escolar)
- Variable Independiente: TDAH
- Variable Dependiente: Autoestima

Tabla 2.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Trastorno de déficit atencional 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.
Autoestima	Según Nathaniel Branden La autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos. Corresponde a la valoración que se tiene hacia sí mismo.	Nivel autoestima Alcanzado, protocolo TAE.

Instrumentos de recolección de datos

Para evaluar la autoestima se utilizó el test TAE, el cual es un test de autoestima escolar, fue elaborado por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torretti en 1991 y estandarizado en 1997 (Marchant, Haeussler, & Torreti, 2002).

El TAE, es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso de 3ero a 8vo básico y por edad de 8-13 años. El Puntaje test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que dicen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima, muy baja autoestima.

- Autoestima normal: Puntaje T 40 y 60 puntos
- Baja Autoestima: Puntaje T 30 y 39 puntos
- Muy baja Autoestima: Puntaje T de 29 o menos puntos.

Para administrar el TAE- Alumno se necesita:

- El 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 la autoestima y las que indican baja autoestima.
- 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.

Según los autores Marchant, Haeussler, y Torreti (2002) El TAE – alumno el cual evalúa la autoestima de estudiantes de educación general básica vía auto percepción. Es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de autoestima general de niños de 3° a 4° básico (8 a 13 años).este test se formó a partir de una selección de ítems del test americano, este test está compuesto por 23 afirmaciones (ítems) a las cuales el niño debe contestar si o no, este test da un resultado único y los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción).

Análisis cualitativo de las dimensiones de las subescalas (TAE alumno)

1. Conducta: Bueno para hacer tareas, Se mete en problemas, Familia desilusionada de él, se considera buena Persona.
2. Status intelectual: Inteligencia, Proyección: será persona importante, bueno para hacer tareas, hablar delante del curso, olvida lo aprendido y buenas ideas según compañeros.
3. Apariencia física y atributos: Astuto, le molesta su aspecto (como se ve), Buen mozo, cara agradable, buenas ideas según compañeros.
4. Ansiedad: Le molesta su aspecto (como se ve) le gusta como es, Quiere ser diferente, se da por vencido fácilmente, dejado de lado.
5. Popularidad: Burlas de compañeros, elección para juegos, tiene muchos amigos, dejado de lado, No juega, mira, buenas ideas según compañeros.
6. Felicidad y Satisfacción: Persona feliz, Le molesta su aspecto (como se ve), le gusta como es, quiere ser diferente, cara agradable, buena Persona.

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 realizó estadística descriptiva, las variables cualitativas como sexo, tipo de colegio o escuela se representaron mediante tablas de frecuencia y porcentaje.

Por otro lado las variables cuantitativas como edad, curso se representaron mediante promedios y desviación típica. Para representar la estadística analítica, inicialmente para determinar la normalidad de las variables se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 10), posteriormente se utilizaron pruebas paramétricas como la prueba T y ANOVA y se graficaron los resultados mediante barras de error, gráficos de barra y circulares.

Procedimientos

Se envió 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 entregó , un consentimiento informado a cada padre o tutor responsable del alumno, con la información de nuestra la investigación , una vez firmados, se inició la aplicación del test para medir la autoestima, TAE., el cual fue respondido por los alumnos pertenecientes a nuestra muestra.

En última instancia se ingresaron 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 33 estudiantes distribuidos en siete colegios y seis cursos diferentes, siguiendo las frecuencias que se indican a continuación en la tabla 2.

Tabla 3.

Distribución muestral por sexo, colegio y curso

	N=33	Frecuencia
Sexo n=33	Femenino	8
	Masculino	25
Colegio n=33	José maría Caro	5
	Juan Madrid	3
	Bethel	4
	Da Vinci	6
	Adventista Central	2
	Hispano Americano	7
	Camilo Henríquez	6
Curso n=31	Tercero	10
	Cuarto	5
	Quinto	4
	Sexto	5
	Séptimo	4
	Octavo	3
Titularidad	Estab. municipal	3
	Estab. Particular Subvencionado	4

El número total de nuestra muestra corresponde a 33 alumnos, existiendo un predominio del sexo masculino con un porcentaje de 75,8%, por sobre el sexo femenino con un 24,2% de la muestra. De acuerdo al tipo de establecimiento educacional participantes de nuestro estudio, el número de escuelas

municipales de nuestra muestra fue 3, y el número de colegios particulares subvencionados fue 4, sumando un total de 7 establecimientos educacionales participantes de nuestra investigación.

En cuanto a las distribuciones porcentuales, se presentan en la figura 1, 2, 3 y 4. Representando la figura 1 la distribución por colegio.

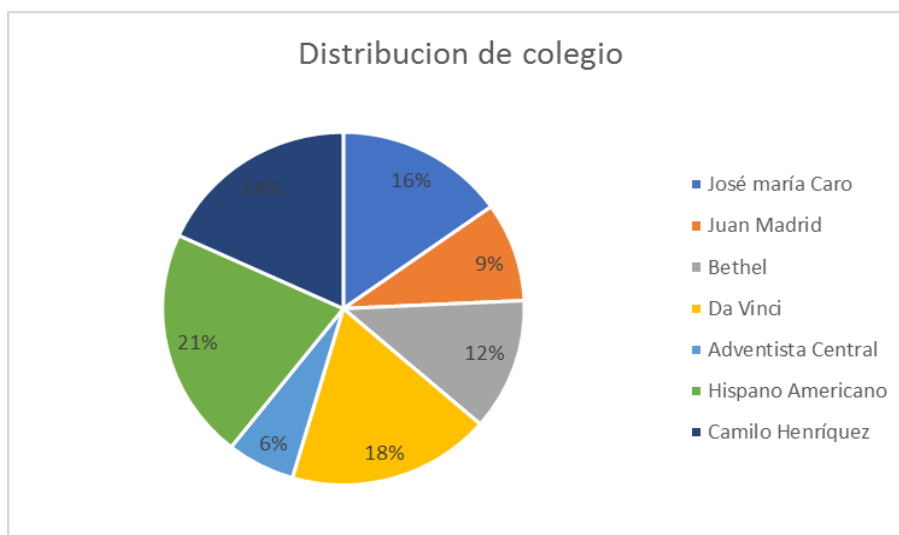


Figura 1. Distribución según colegio.

La aportación de alumnos a la muestra es bastante homogénea, estando la mayoría de colegios entre el 21% y 12% de la muestra.

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

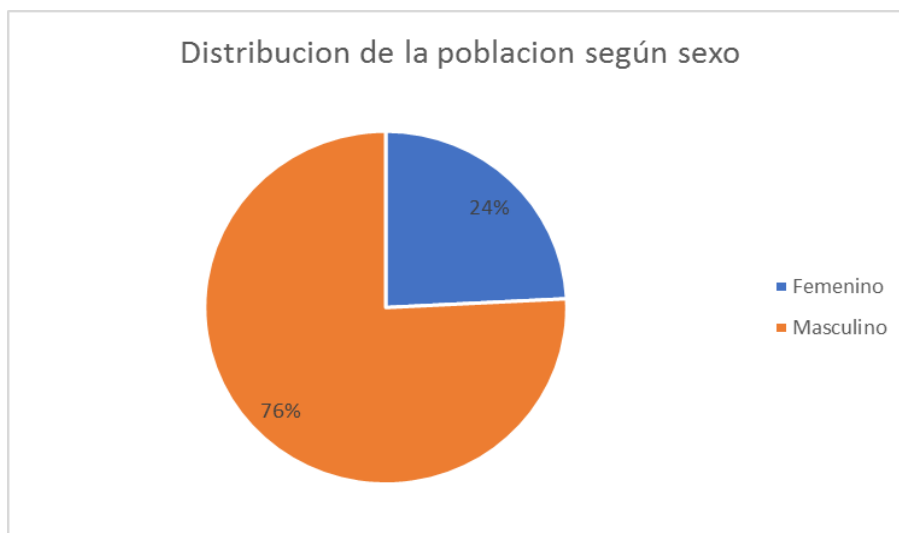


Figura 2. Distribución según sexo.

En la muestra, el 76% de la corresponde al sexo masculino, y un 24 % correspondiente al sexo femenino, obteniendo mayor porcentaje el sexo masculino sobre el femenino.

Representando la figura 3 se presenta la distribución por curso.

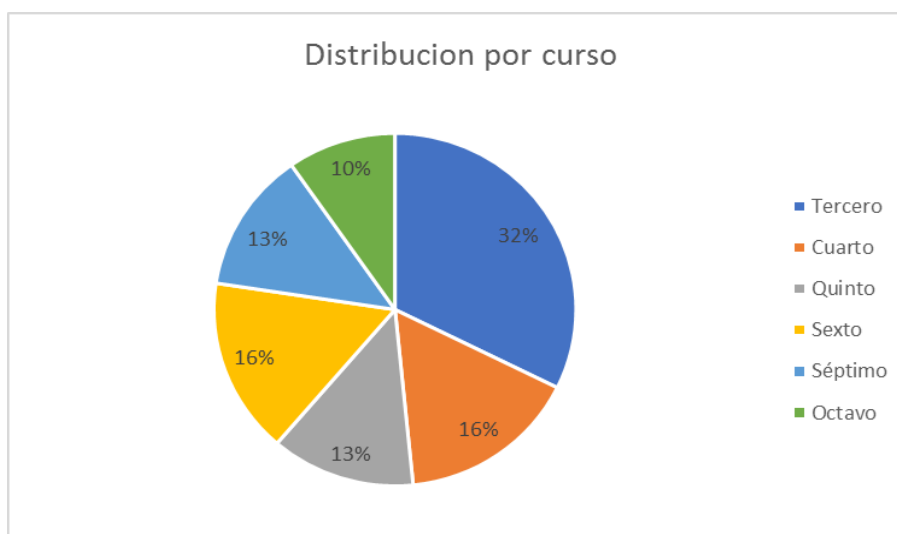


Figura 3. Distribución por curso.

De acuerdo al gráfico, se observan los resultados de la tabla 2 acerca de la distribución de la muestra por curso. En la muestra un 32% del total corresponde al curso de tercero básico, un 16% corresponde a sexto año, un 16 % corresponde a cuarto año, un 13% corresponde a quinto año, un 13 % corresponde a séptimo año y un 10% corresponde a octavo año básico. Siendo el tercer año básico quien presentó un mayor número de participantes en la investigación con un 32%, en contraste con octavo año básico quien presento el menor número de muestras perteneciendo al 10% del total.

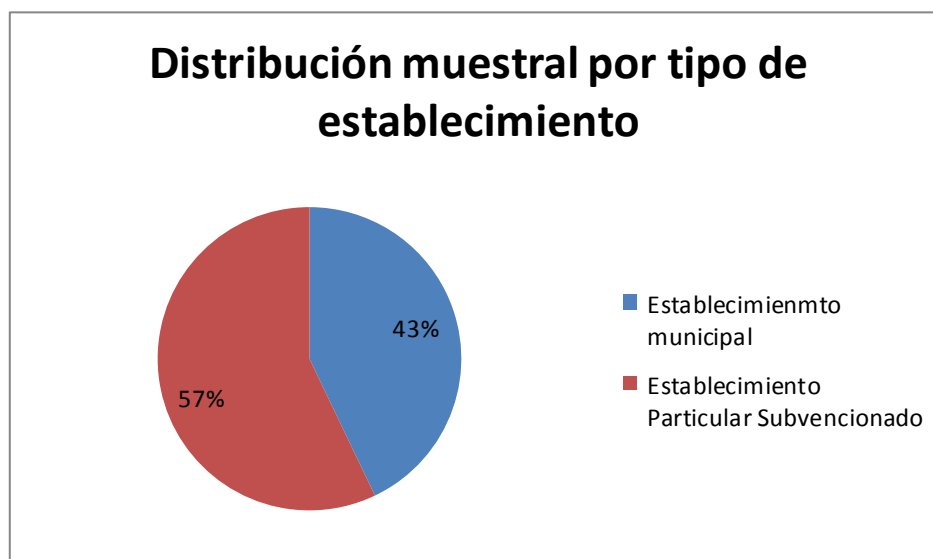


Figura 4. Distribución muestral por tipo de establecimiento.

Análisis de resultados por objetivos. A continuación se procede a presentar los resultados, siguiendo los objetivos de la investigación. El objetivo específico que busca evaluar autoestima en niños diagnosticados con TDAH, entre colegios particulares subvencionados y municipales se desarrolla en las tablas 3 y 4.

Tabla 4.

Evaluación de los ítems de TAE de los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017

Ítem	No		Si	
	Fx	%	Fx	%
1. Mis compañeros se burlan de mí	21	63,6	12	36,4
2. Soy una persona feliz	1	3,0	32	97,0
3. Soy astuto(a) soy inteligente	6	18,2	27	81,8
4. Me molesta mi aspecto, el cómo me veo	22	66,7	11	33,3
5. Cuando sea grande voy hacer una persona importante	6	18,2	27	81,8
6. Soy bueno (a) para hacer mis tareas	11	33,3	22	66,7
7. Me gusta ser como soy	3	9,1	30	90,9
8. generalmente me meto en problemas	14	42,4	19	57,6
9. Yo puedo hablar bien delante de mi curso	10	30,3	23	69,7
10. Yo soy el (la) último (a) que eligen para los juegos	24	72,7	9	27,3
11. Soy buen (a) mozo (a)	12	36,4	21	63,6
12. Yo quiero ser diferente	22	66,7	11	33,3
13. Me doy por vencido (a) fácilmente	23	69,7	10	30,3
14. Tengo muchos amigos	8	24,2	25	75,8
15. Cuando intento hacer algo todo me sale mal	26	78,8	7	21,2
16. Me siento dejado (a) de lado	26	78,8	7	21,2
17. Mi familia esta desilusionada de mi	20	60,6	13	39,4
18. Tengo una cara agradable	13	39,4	20	60,6
19. Soy torpe	28	84,8	5	15,2
20. En los juegos y en el deporte, yo miro en vez de jugar	21	63,6	12	36,4
21. Se me olvida lo que aprendo	12	36,4	21	63,6
22. Mis compañeros piensan que Tengo buenas ideas	14	42,4	19	57,6
23. Soy una buena persona	2	6,1	31	93,9

Destacaron los ítems 2,5,7,19 y 23 como los ítems con mayor diferencia entre las respuestas positivas y negativas, destacando con un 97%, 81,1%, 90,9% y 93.9% las respuestas afirmativas a los ítems 2,5,7y23 respectivamente y siendo los ítems 6, 8 y 22 los ítems más compensados en respuestas afirmativas y negativas.

Tabla 5.

Descriptivos de los puntajes T alcanzados en el TAE

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
AUTOESTIMA	31	30,00	55,00	42,9032	7,01596

En relación a la autoestima de los estudiantes de escuelas municipales y colegios particulares subvencionados, la media obtuvo un puntaje de 42,90 de un total de 55 puntos, y la desviación estándar se encuentra en 7,01. 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 8 a 13 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
AUTOESTIMA	Colegio municipal	13	42,4615	7,22975	2,00517
	Colegio particular subvencionado	18	43,2222	7,05070	1,66187

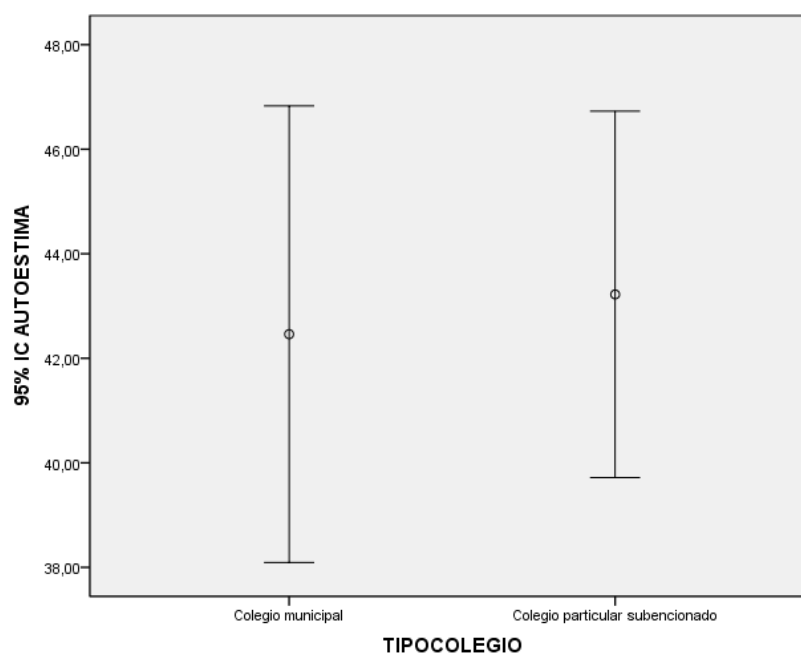


Figura 5. Gráfico de barras de la distribución de los puntajes del Test TAE según tipo de establecimiento, particular subvencionado y municipal.

La media de colegios particulares subvencionados fue de 43,22 con un total de 18 alumnos, en contraste con escuelas municipales con un promedio de 42,46 con un total de 13 alumnos. Siendo ambos promedios representativos según la desviación típica y error típico de la media aun presentado mayor rango los alumnos de colegios municipales.

Tabla 7.

Tabla de contingencia de las variables tipo de colegio y Resultado de autoestima

		TIPO DE COLEGIO			
		Colegio municipal	Colegio particular subvencionado	Total	
Resultado Autoestima	Baja autoestima	Recuento	4	6	10
		% del total	12,9%	19,4%	32,3%
	normal	Recuento	9	12	21
		% del total	29,0%	38,7%	67,7%
Total		Recuento	13	18	31
		% del total	41,9%	58,1%	100,0%

El test Estadístico exacto de Fisher no demostró relación entre las variables tipo de colegio y Resultado de autoestima ($p=0,597$).

Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de normalidad, Shapiro wilk por ser $n=33$.

Tabla 8.

Prueba de normalidad, Shapiro Wilk para una muestra

	Estadístico	Shapiro-Wilk gl	Sig.
	,954	31	,204

Observando la significancia de la prueba ($P=0,204$) se observó, que la distribución de la variable es normal al presentar un nivel de significancia superior a 0,05, por lo que se procederá a realizar estadística inferencial con pruebas paramétricas.

Para comparar la autoestima por tipo de establecimiento se realiza Prueba T de Student por ser dos las proporciones que se compararon con distribución normal.

Tabla 9

Prueba T de student

	t	gl	sig.(bilateral)
AUTOESTIMA	0,293	29	0,771

*Se han asumido varianzas iguales

Observando la significancia de la prueba T ($P > 0,05$, $P=0,771$) se develó que no existe diferencias significativas al pertenecer a uno u otro tipo de establecimiento educacional.

Otros resultados obtenidos.

Tabla 10.

Autoestima según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AUTOESTIMA	Femenino	7	38,1429	7,12808	2,69416
	Masculino	24	44,2917	6,48395	1,32353

La prueba T demostró relación entre las variables autoestima y sexo ($p=0,039$)

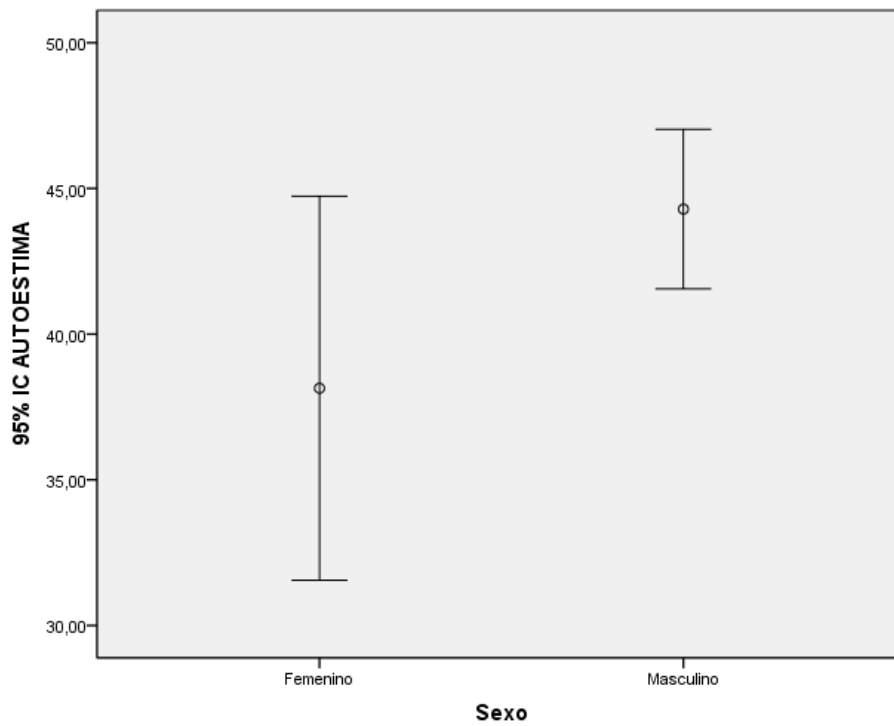


Figura 6. Autoestima según sexo en los estudiantes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, de colegios particulares subvencionados y en escuelas municipales de Chillán, 2017.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES

Discusión

En relación a nuestro objetivo general, Comparar la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales. No se evidenció diferencia significativa entre la autoestima de los estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales ($p = 0,771$).

El perfil sociodemográfico de los sujetos de este estudio muestra que existe un predominio del sexo masculino con un 75,8%; por sobre el sexo femenino representado por 24,2%. Así mismo el autor Mick, Biederman, Faraone, Sayer y Kleinman (2002), expone que existe un subtipo combinado, que se presenta más frecuente en niños que en niñas, dando una diferencia de un 80% frente al 65%, respectivamente, lo que confirma y avala el resultado de la recolección de datos de nuestro estudio.

Respecto a la escolaridad de los individuos de la muestra, la mayoría se encontraba cursando tercer año básico, con un total de 32% de la muestra, en contraste con octavo año básico quien presenta un 10% del total de la muestra.

En nuestro estudio, de quienes obtuvimos una mayor cantidad de niños diagnosticados con TDA, fue de la escuela particular subvencionada Hispano Americano, en comparación con los demás colegios municipales y subvencionados de la investigación, con un porcentaje de 21%. Lo que se contrasta con el Colegio Adventista Central quienes presentan solo un 6% de niños diagnosticados con TDAH, siendo así el Colegio con menor número de muestras.

Un 97% del total de la muestra, a pesar de estar diagnosticados por el TDAH, se consideran una persona feliz, por lo cual podríamos concluir que su percepción de felicidad no se ve afectada producto del diagnóstico de TDAH.

En cuanto a la comparación por sexo, se observa que existe una diferencia significativa en la autoestima de hombres versus mujeres, siendo los primeros quienes presentan una autoestima más elevada que las mujeres.

En cuanto a la comparación de los colegios particulares subvencionados versus escuelas municipales, que fue el objetivo general de nuestra investigación, podemos concluir que no existen diferencias significativas en cuanto a la autoestima de los estudiantes, sin embargo cabe destacar que los estudiantes que están insertos en colegios municipales muestran una autoestima 42,4 puntos y los estudiantes de colegios particulares subvencionados de 43,2 puntos lo que nos indicaría que ambos centros educativos muestran autoestima normal dentro del promedio.

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

La problematización de ésta investigación fue indagar si existe diferencia entre la autoestima de alumnos diagnosticados con TDAH de colegios particular subvencionados y municipales de la ciudad de Chillán. Para conocer la relación entre estas variables, se aplicó a una reducida muestra, un test validado en Chile. El test utilizado es el TAE, test de autoestima escolar, Este test tiene una puntuación máxima de 23 puntos, las normas de este instrumento están establecidas en puntaje T, que tienen un promedio de 50 y una desviación estándar de 10, que permite clasificar a los alumnos en tres grandes categorías, las cuales son: autoestima normal, puntaje T 40 puntos, baja autoestima, puntaje T entre 30 y 39 puntos, muy baja autoestima, puntaje T, 29 puntos. A mayor puntaje, mayor será la autoestima del alumno y a menor puntaje menor será la autoestima.

Respecto a la delimitación de nuestra muestra, Ésta constaba de 33 estudiantes diagnosticados con TDAH que se encontraran entre las edades de 8 a 13 años insertos en colegios particulares subvencionados y municipales de Chillán. Los colegios que formaron parte de la exploración fueron siete, siendo cuatro particulares subvencionados y tres municipales de la ciudad de Chillán.

Se planteaba además, que existirían algunas limitaciones dentro del estudio. Una de ellas es que los padres o tutores responsables de los estudiantes, se nieguen a firmar el consentimiento.

En referencia a la hipótesis planteada en este estudio, principalmente fue que existe diferencia en la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales. En este caso, las pruebas realizadas en las tablas 5 La prueba T no demostró deferencias entre los tipos de colegios en cuanto a la autoestima ($p = 0,771$).

En cuanto al objetivo general de nuestra investigación se cumplió ya logramos conocer si existían

diferencias en la autoestima de los alumnos diagnosticados con TDAH de escuelas particulares subvencionadas y municipales de Chillán.

Por otra parte, los objetivos específicos fueron alcanzados. En primer lugar, identificar a los alumnos con trastorno de déficit atencional con hiperactividad.

En segundo lugar se cumplió con el objetivo de evaluar la autoestima de estudiantes de colegios particulares subvencionados y municipales de Chillán.

Recomendaciones

Desde los datos recolectados en nuestra investigación, se recomienda que exista un trabajo de apoyo psicoafectivo, desde el fortalecimiento de la percepción del autoestima junto con la inclusión de los estudiantes con TDAH en todas las escuelas municipales y colegios particulares subvencionados de la ciudad de Chillán. Enfatizando el trabajar con niñas, que son diagnosticadas con TDAH, en función de mejorar la autoestima junto con el autoconcepto que perciban de ellas mismas.

El Psicólogo(a) de la institución tiene la capacidad de entregarles las herramientas necesarias a cada estudiante diagnosticado con TDAH, para fortalecerlo en el ámbito emocional, social y familiar como por ejemplo enseñarles técnicas de estudio, que pueda trabajar la tolerancia a la frustración, autorregulación de las emociones entre otros, con el objetivo de que el niño logre obtener una mayor tolerancia al fracaso, desde instancias tan simples como el evitar no ser etiquetado constantemente como: *el niño problema, el que nunca va aprender, el que todo lo hace mal* y el que *no sabe tener amigos*, frases que dañan directamente la autoestima de estos niños llevándolos al extremo de no querer ir a la escuela, e incluso desde los establecimientos el querer desvincular a estos niños cuando se presentan situaciones extremas en relación a la hiperactividad, evidentemente estas condiciones perjudicarán directamente en la adquisición y desarrollo escolar del niño.

Es necesario el que se trabaje con los docentes, directivos, apoderados, en resumen con toda la comunidad educativa, con el fin de que cada docente pueda instruirse y capacitarse en profundidad en el tema de TDAH, para que lo conozca y no sea un tema desconocido, y así poder ayudar de mejor forma a sus estudiantes con TDAH, no juzgándolos por su inquietud constante en el aula, sino generando instancias de apoyo e inclusión de estos niños.

Desde la mirada clínica la cual también incluye el área educativa, debe fomentar el trabajo en conjunto con el psicólogo educativo, con la finalidad de entregar una intervención oportuna, junto con la realización de prevenir y promocionar un buen trato a los niños que han sido diagnosticados con TDAH, y así proporcionarles un apoyo integral.

En el ámbito clínico, se debiera fomentar el uso de instrumentos de medición estandarizados, que permitan evaluar aspectos como la autoestima, autoconcepto, autorregulación emocional, dinámica familiar entre otros.

El evidenciar que los niños que son diagnosticados con TDAH, necesitan poder identificar como esto les afecta y de qué manera influye en sus vidas, nos ayudara a encaminar las terapias hacia el bienestar completo del niño, logrando así el objetivo final de la salud mental que no es solo extender la duración del bienestar emocional, sino también cognitivo y físico, esto ayudaría a contribuir y a mejorar la calidad de vida de toda la población estudiantil.

Además se sugiere que se motive a los padres y familias a asistir a tomar conciencia de lo importante que es el acompañar, contener, apoyar a sus hijos, al momento de ser diagnosticados con TDAH , explicándoles que no es una condición que los obstaculizara en su desarrollo dentro de su ciclo vital.

Por ultimo consideramos que sería de gran interés realizar un estudio similar al actual, que permita responder, verificar si existe diferencia significativa en la educación pública y particular con los niños que tienen diagnóstico de TDAH pero haciendo la diferenciación de niños y adolescentes que se encuentren en la edad de 8 a 13 años, ya que la percepción de su autoestima de acuerdo a su desarrollo cognitivo debería ser diferente, a su vez sería apropiado incluir variables como: rendimiento académico, percepción familiar, entre otros, para lograr obtener una mayor accesibilidad a la entrega de herramientas y estrategias lúdicas y dinámicas para la comunidad educativa en general y así construir una mejor autoestima, que ayudara en el fortalecimiento de los pilares de una personalidad saludable.

La intervención temprana para abordar tanto los síntomas del TDAH directamente como las cuestiones en relación con el autoconcepto, tales como la identificación de fortalezas personales, compartir historias de éxito, y el apoyo entre pares, puede ser clave para optimizar los resultados de dicha intervención. Por lo tanto, la detección y el tratamiento de baja autoestima son aspectos importantes de los cuidados necesarios para estos niños (Houck, Kendall, Miller, Morrell, & Wiebe, 2011).

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a,

Ha sido invitado a participar en el estudio titulado:

Diferencias en la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre alumnos de colegios particulares subvencionados y municipales.

Llevado a cabo por los siguientes investigadores de la Universidad Adventista de Chile:

- Camila Jesarela Carvajal Rojas
- Bárbara Estefania Ortega Caro
- Bárbara Nicole Valenzuela Castillo

El objetivo del estudio es:

Objetivo general:

Comparar la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre alumnos de colegios particulares subvencionados y municipales.

Objetivos específicos:

- Medir autoestima en colegios particular subvencionados.
- Medir autoestima en colegios municipalizados.
- Identificar a los niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.

Es importante que sepa que al participar de este estudio no correrá ningún tipo de riesgo de verse perjudicado. Los **datos** obtenidos serán **confidenciales**, estando protegidos por la **Ley N° 19.628 de protección de la vida privada o de datos de carácter personal**, y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Además, su **participación** es completamente **voluntaria** y tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique daños, perjuicios o pérdidas de beneficios para usted. También tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si desea realizar alguna consulta sobre el estudio, puede comunicarte con los investigadores en cualquier momento, escribiendo a: tesis.tdah.2017@gmail.com

Si está de acuerdo en participar, le solicitamos manifestarlo con su firma en la siguiente página.

¡Muchas gracias!

Los investigadores Camila Jesarela Carvajal Rojas, Bárbara Estefania Ortega Caro, Bárbara Nicole Valenzuela Castillo, declaramos obtener de forma apropiada y voluntaria el Consentimiento Informado para su participación en este estudio.

Fecha: 23/06/2017

Mediante el presente, declaro que:

1. **He sido informado sobre el estudio titulado:**

Diferencias en la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre alumnos de colegios particulares subvencionados y municipales.

Llevado a cabo por los siguientes investigadores de la Universidad Adventista de Chile:

- Camila Jesarela Carvajal Rojas
- Bárbara Estefania Ortega Caro
- Bárbara Nicole Valenzuela Castillo

2. Conozco el objetivo del estudio.

3. He recibido garantías satisfactorias de que la información que yo provea en el curso de esta investigación será estrictamente **confidencial** y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los del estudio, estando protegida por la **Ley N° 19.628 de protección de la vida privada** o de datos de carácter personal.

4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación con el estudio y he recibido información de contacto en caso de desear realizar consultas en el futuro.

5. He accedido **voluntariamente** a participar de este estudio, sabiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación, sin penalización alguna.

Firma del participante

Fecha: 23/06/2017

ANEXO 2
COMUNICACIÓN

Estimados apoderados:

Junto con saludarlos y esperando que este año escolar sea de beneficio para cada uno de ustedes, les invito cordialmente a participar en el Programa e investigación sobre “Diferencias en la autoestima de niños de 8 a 13 años diagnosticados con TDAH entre alumnos de colegios particulares subvencionados y municipales”, esto se efectuara durante el mes de agosto, se solicita la colaboración y apoyo en este proyecto, el cual está respaldado y autorizado por el equipo directivo, al finalizar este proceso se otorgará a los apoderados una charla sobre “como comprender el TDAH en mi hijo”, desde ya muchas gracias por su participación.

Se despide Atte.

Camila Carvajal, Bárbara Valenzuela, Bárbara Ortega
alumnas en práctica de 5° año de psicología.

Puntaje Bruto: Puntaje Standard Categoría:
--

Nombre:	Curso:	Colegio:
Fecha de Nacimiento:	Fecha evaluación:	

1. Mis compañeros se burlan de mí.	Si	No
2. Soy una persona feliz.	Si	No
3. Soy astuto, inteligente.	Si	No
4. Me molesta mi aspecto, el cómo me veo.	Si	No
5. Cuando sea grande voy a ser una persona importante.	Si	No
6. Soy bueno para hacer mis tareas.	Si	No
7. Me gusta ser como soy.	Si	No
8. Generalmente me meto en problemas.	Si	No
9. Yo puedo hablar bien delante del curso.	Si	No
10. Yo soy el último que eligen para los juegos.	Si	No
11. Soy buen mozo.	Si	No
12. Yo quiero ser diferente.	Si	No
13. Me doy por vencido fácilmente.	Si	No
14. Tengo muchos amigos.	Si	No
15. Cuando intento hacer algo todo me sale mal.	Si	No
16. Me siento dejado de lado.	Si	No
17. Mi familia está desilusionada de mí.	Si	No
18. Tengo una cara agradable.	Si	No
19. Soy torpe.	Si	No
20. En los juegos y en el deporte, yo miro en vez de jugar.	Si	No
21. Se me olvida lo que aprendo.	Si	No
22. Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas.	Si	No
23. Soy una buena persona.	Si	No

Figura 7. TAE instrumento

ANEXO 3
CARTA DE CONSENTIMIENTO

El presente estudio se titula “**Diferencias en la autoestima de niños de 8 a 13 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 8 a 13 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 un test de autoestima llamado TAE.

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.

LISTA DE REFERENCIAS

- 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.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arancibia, V.; Herrera, P. & Strasser, K. (2008). *Manual de psicología educacional*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 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. obtenido de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=333127355002>
- Barkley, R. (2008). El TDAH es un trastorno biológico no social [pág. web]. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55891>
- 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>
- Carrera, B. (2001). Vigotsky: enfoque sociocultural. *Rev. Redalyc*, 5(1), 41-44-
- 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.
- 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.
- Erikson, E. (2009). *"Infancia y Sociedad"*. Buenos Aires, Argentina. Horme. Paidós.

- Etchepareborda, 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.
- Güell, M. & Muñoz, J. (2000). *Desconóctete 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. Obtenido de http://www.fundarauco.cl/_file/file_3852_tae%20profesor%20y%20alumno.pdf
- 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%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mena, B. & Tort, M^a. (2001). *Autoestima y TDAH*. Barcelona: Fundación Privada ADANA.
- 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.
- 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 metaregression 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.
- 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%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. (2002). *Medición de la autoestima en estudiantes de Segundo año medio*. Tesis para optar al título de licenciado en Psicología. Universidad de la frontera, Santiago de Chile.
- 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.
- Ulloa,N.(2003).*Niveles de autoestima en adolescentes institucionalizados. Hogar de menores: Fundación niño y patria*.Tesis para optar al título de licenciado en Enfermería .Universidad Austral de Chile.Valdivia.