

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO



**“TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
Y AUTOESTIMA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD MENTAL COMUNITARIO QHALI KAY
ABANCAY – APURÍMAC DEL 2024”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

AUTORES:

CARINA AUCCASI PALOMINO

VIRGINIA SALAZAR TORRES

ASESOR:

DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

**CALLAO, 2025
PERÚ**

Auccasi Palomino y Salazar Torres

4%
Textos sospechosos

3% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: Auccasi Palomino y Salazar Torres.docx
ID del documento: ecbce17171d8827a550393f83ffa1db7594c5641
Tamaño del documento original: 198,95 kB
Autores: CARINA AUCCAS PALOMINO, VIRGINIA SALAZAR TORRES

Depositante: CARINA AUCCAS PALOMINO
Fecha de depósito: 22/7/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 24/7/2025

Número de palabras: 16.516
Número de caracteres: 107.336

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	INFORME DE TESIS VIOLENCIA FAMILIAR Y AUTOESTIMA FALCON-FLO... #dc5d3f Viene de de mi biblioteca 10 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < (141) 1% palabras
2	Documento de otro usuario #e4fc0 Viene de de otro grupo 9 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < (136) 1% palabras
3	psicologiamentosalud.com Tratamiento farmacológico: Una opción efectiva pa... https://psicologiamentosalud.com/tratamiento-farmacologico-para-el-tdah-y-la-ansiedad-en-... 6 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < (107) 1% palabras
4	policlinicoreinasofia.pe EDUCAR PARA ENTENDER: APOYANDO A NIÑOS CON T... https://policlinicoreinasofia.pe/educar-para-entender-apoyando-a-ninos-con-tdah-y-tea-en-la-... 4 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < (101) 1% palabras
5	Documento de otro usuario #0678b9 Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (81 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	unac.edu.pe https://unac.edu.pe/wp-content/uploads/documentos/transparencia/articulo-11/11-2/transp...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
2	Documento de otro usuario #ad2e1b Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
3	132.248.9.195 El niño y el adolescente con déficit de atención e hiperactividad e... http://132.248.9.195/ptd2008/diciembre/0637386/index.html	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
4	www.redalyc.org Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por... https://www.redalyc.org/journal/731/73159565008/73159565008.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: Ciencias de la salud

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud – Segunda Especialidad en Enfermería en Salud Mental.

TÍTULO: “TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y AUTOESTIMA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO QHALI KAY ABANCAY – APURÍMAC DEL 2024”

AUTORES:

Lic. AUCCASI PALOMINO Carina

- ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1740-2546>
- DNI: 44073378

Lic. SALAZAR TORRES, Virginia

- ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5140-6264>
- DNI: 40209985

ASESORA:

Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía

- ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0585-9407>
- DNI: 40772490

LUGAR DE EJECUCIÓN:

El presente estudio se ejecutará en el Centro de Salud Mental Qhali Kay – Apurímac.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Pacientes pediátricos de 6 a 11 años del Centro de Salud Mental Qhali Kay.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio es cuantitativo, diseño no experimental y tipo descriptivo

OCDE:

Ciencias de la Salud.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|------------------------------------|---------------|
| ● DRA. LÓPEZ DE GOMEZ ANA ELVIRA | PRESIDENTE(A) |
| ● DRA. MANCHAALVAREZ VANESSA | SECRETARIO(A) |
| ● DRA. ARROYO VIGIL VILMA MARÍA | MIEMBRO |
| ● DRA. TEODOSIO YDRUGO MARÍA ELENA | MIEMBRO |
| ● DRA. SICCHA MACASSI ANA LUCY | SUPLENTE |

ASESOR(A): **DRA. FERRER MEJIA MERCEDES LULILEA**

Nº de Libro: 2

Nº de Folio: 232

Nº de Acta: 104-2025

Fecha de Aprobación de la tesis: 15 de agosto de 2025

Resolución de Sustentación: Nº 241-2025-CDUPG-FCS/G



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA N° 104-2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las 19:30 horas del día viernes, 15 de agosto de 2025 mediante el uso de la Plataforma Virtual Google Meet de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunió el Jurado de Sustentación de Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional, designado con Resolución N° 241-2025-CDUPG-FCS/G y conformado por los(as) siguientes docentes:

Presidente (a): DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ
Secretario (a): DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ
Miembro: DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO
Miembro: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis titulada:

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y AUTOESTIMA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO QHALI KAY ABANCAY – APURÍMAC DEL 2024

presentado por el(la) los(las) tesista(s):

AUCCASI PALOMINO CARINA
SALAZAR TORRES VIRGINIA

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Asesor(a): DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA


Res. N° 073-2025-DUPG-FCS/G

Luego de la sustentación, los miembros del Jurado formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas satisfactoriamente.

En consecuencia, el Jurado de Sustentación acordó **APROBAR** por **UNANIMIDAD** con la escala de calificación cuantitativa **17 DIECISIETE** y calificación cualitativa **MUY BUENO** conforme al Artículo 43° del Reglamento de Grados y Títulos de la universidad, aprobado por Resolución N° 286-2024-CU del 27 de noviembre de 2024, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 20:00 horas del mismo día.


DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ
Presidente(a)


DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ
Secretario(a)


DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO
Miembro


DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI
Miembro

DEDICATORIA

Quisiera expresar mi profundo agradecimiento a Dios y a mi familia, en especial a mi amado esposo y a mi hijo, por su amor incondicional y apoyo constante han sido pilares fundamentales en mi trayectoria de mi formación profesional y desarrollo personal. Agradezco su constante aliento y respaldo, que han sido un motor invaluable para seguir adelante en este camino de crecimiento y aprendizaje.

Carina Auccasi Palomino.

Este proyecto va dedicado a un ser divino que es Dios, que gracias a él estoy aquí en este mundo, y a mis hermanos y mi hijo que siempre estuvieron dándome su apoyo incondicional sin ellos no hubiese logrado concluir mi segunda especialidad. Mil gracias a todos estos seres maravillosos que hicieron posible mis sueños nunca me cansare de decirle que los amo y son lo más bello que tengo en mi vida.

Virginia Salazar Torres.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida y poder cumplir un sueño más juntamente con el apoyo de nuestras familias, quienes fueron el pilar en el proceso de nuestra formación profesional y desarrollo personal. También a nuestro docente por la exigencia, paciencia y guía para mejorar. Finalmente, a nuestra asesora por encaminar la tesis y a los profesionales que aportaron con sus conocimientos para consolidarla. Agradecemos su constante aliento y respaldo, que han sido un motor invaluable para seguir adelante en este camino de crecimiento y aprendizaje.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	8
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivos.....	12
1.4. Justificación	13
1.5. Delimitantes de la investigación	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Marco conceptual.....	42
2.4. Definición de términos básicos.....	46
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	47
3.1. Hipótesis.....	47
3.1.1 Operacionalización de la variable	49
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
4.1. Diseño metodológico.....	51

4.2. Método de investigación	52
4.3. Población y muestra	52
4.4. Lugar del estudio y periodo desarrollado.....	54
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	54
4.6. Análisis y procedimiento de datos	55
4.7. Aspectos Éticos en Investigación.....	56
V. RESULTADOS	57
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	74
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	77
VII. CONCLUSIONES	81
VIII. RECOMENDACIONES	82
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
X. ANEXOS	92
Matriz de Consistencia.....	93
Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres	96
Cuestionario de conducta de CONNERS para CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR.....	98
INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución sociodemográficos.....	57
Tabla 2 Nivel de autoconciencia	58
Tabla 3 Nivel de autoaceptación	59
Tabla 4 Nivel de autoconcepto.....	60
Tabla 5 Nivel de autoestima.....	61
Tabla 6 Nivel de inatención.....	62
Tabla 7 Nivel de impulsividad	63
Tabla 8 Nivel de combinado.....	64
Tabla 9 Nivel de trastorno por déficit de atención e hiperactividad	65
Tabla 10 Relación de TDH y autoestima.....	66
Tabla 11 Relación de inatención y autoestima	67
Tabla 12 Relación de inatención y autoestima	68
Tabla 13 Relación de inatención y autoestima.....	69
Tabla 14 Relación de TDH y autoconciencia.....	70
Tabla 15 Relación de TDH y autoconcepto	71
Tabla 16 Relación de TDH y autoaceptación	72

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

CSMC: Centro de Salud Mental Comunitario

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima en niños de 6 a 11 años atendidos en el CSMC Qhali Kay, en Abancay, Apurímac, durante el periodo de enero a mayo de 2024. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y correlacional transversal. Se seleccionó una muestra intencionada de 20 niños, a quienes se les aplicaron el Cuestionario de Connors y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos mostraron una relación significativa y positiva entre el TDAH y las distintas dimensiones de la autoestima, como la autoconciencia, autoaceptación y autoconcepto, con coeficientes de correlación que oscilaron entre 0.673 y 0.985 ($p < 0.01$). A partir de estos resultados, se concluyó que los niños con síntomas más elevados de TDAH tendían a tener niveles más bajos de autoestima en áreas clave de su desarrollo emocional. Este hallazgo subraya la necesidad de una intervención temprana y continua para mejorar la autoestima de los niños con TDAH, implementando estrategias psicosociales que favorezcan su bienestar emocional y su desempeño social y académico.

Palabras clave: TDAH, Autoestima, Niños.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and self-esteem in children aged 6 to 11 years old treated at the CSMC Qhali Kay, in Abancay, Apurímac, from January to May 2024. The study adopted a quantitative approach with a non-experimental and cross-sectional correlational design. A purposive sample of 20 children was selected, to whom the Conners Questionnaire and the Coopersmith Self-Esteem Inventory were administered. The results obtained showed a significant and positive relationship between ADHD and different dimensions of self-esteem, such as self-awareness, self-acceptance, and self-concept, with correlation coefficients ranging from 0.673 to 0.985 ($p < 0.01$). From these results, it was concluded that children with higher ADHD symptoms tended to have lower levels of self-esteem in key areas of their emotional development. This finding underscores the need for early and ongoing intervention to improve the self-esteem of children with ADHD by implementing psychosocial strategies that promote their emotional well-being and social and academic performance.

Keywords: ADHD, Self-esteem, Children.

INTRODUCCIÓN

Se aborda el trastorno del neurodesarrollo denominado como TDAH, que, por lo general, aparece los síntomas en la etapa de la infancia, entonces, se decía que desaparecería antes de los siete años, sin embargo, en la actualidad es considerado que su manifestación puede ser antes de los doce años (1).

A pesar de que no se conoce con cabalidad los motivos del denominado TDAH, la mayoría de estudios abordan que los factores que son genéticos desempeñan un papel importante, la misma que es similar a otras enfermedades, por lo que, el TDAH se configura como un conjunto de factores (2).

En ese sentido, los investigadores continúan explorando factores ambientales, como las lesiones del tipo cerebral, la nutrición, por lo que, puede influir en el desarrollo del TDAH (2), bajo esa misma línea, el estudio tiene como propósito la vinculación entre TDAH y la propia estima de menores de edad entre seis a once años del denominado CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024, para la recolección de datos, se utilizarán cuestionarios de TDAH y el inventario de autoestima de Stanley Coopersmith, versión escolar.

La investigación se ha organizado en seis capítulos, el **capítulo I** abarca el **planteamiento del problema**, seguido del **capítulo II** que abarca el **Marco teórico**, continuando con el **capítulo III** sobre **hipótesis y variables**, para luego seguir con el **capítulo IV** que abarca el **diseño metodológico**, se continuara con el **capítulo V** que abarca **los resultados**, para luego finalizar con el **capítulo VI** que abarca la **discusión de resultados**.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico que afecta a un número significativo de niños en edad estudiante. Se distingue por la presencia de dificultades en la atención, un nivel elevado de actividad y a la actuación sin reflexión como parte de una tendencia de las cuales se puede tener una afectación en el ámbito social, escolar e incluso en lo emocional, siendo el género masculino la que tiene una mayor presencia, con un tipo de aproximación de seis a once casos por cada menor (niña) que es diagnosticada; por lo que, mientras los menores suelen manifestar una mayor tipo de comportamiento que es impulsivo e hiperactivo, siendo los menores específicamente en niñas que tiene dificultad con la atención y la ansiedad y depresión (3). Esta diferencia en la sintomatología puede influir en el análisis y método oportuno de la afección, impactando en el nivel de vida de los menores.

Tiene una prevalencia el TDAH de un dos al doce por ciento a nivel mundial, pero se encuentra que en países como EEUU la prevalencia es mayor, entonces, en Francia la prevalencia es menor, en el Perú se evidenció que la prevalencia es de tres al cinco por ciento de la población pediátrica (1).

El vínculo entre el TDAH y la autoestima en los niños es un aspecto crítico que merece especial atención, los niños con este trastorno pueden experimentar frustración debido a sus limitaciones para que pueda sostener una idónea concentración, así como el completado de tareas del tipo escolar y el

establecimiento de vínculos interpersonales de forma saludable (4). Estas dificultades pueden generar en ellos sentimientos de incompetencia, rechazo social y baja autoestima, es ese sentido, la ausencia de reconocimiento de sus logros y el constante señalamiento de sus errores pueden reforzar una autopercepción negativa, lo que afecta su desarrollo emocional y su bienestar general (5).

Bajo esa misma línea, el problema tanto en lo académico como en lo social, son diversos menores de edad con TDAH que experimenta la ansiedad, lo que conlleva a incrementar la situación del tipo emocional, entonces, la ansiedad se materializa por medio de la preocupación constante, el miedo a fracasar, las limitaciones (dificultades) para el relajamiento y la tensión persistente (6). Estos síntomas pueden intensificarse cuando el niño enfrenta un entorno escolar poco comprensivo o exigencias académicas que no se adaptan a sus necesidades (7).

El manejo adecuado del TDAH y la ansiedad requiere una intervención integral que involucre a psicólogos o psiquiatras, así como el apoyo del círculo familiar y la escuela, por lo que, es importante que los niños reciban estrategias adaptadas a sus necesidades para mejorar su atención, control de impulsos y regulación emocional (8). Además, la implementación de programas de apoyo emocional puede contribuir a fortalecer su autoestima, promoviendo un desarrollo más equilibrado y reduciendo el impacto negativo del TDAH en su vida cotidiana.

En esta trama, el hogar es un pilar determinante en el bienestar de los infantes con TDAH. Un entorno familiar estable, comprensivo y con estrategias de crianza adecuadas puede favorecer su desarrollo emocional y minimizar los efectos negativos del trastorno. Sin embargo, cuando los padres desconocen el impacto del

TDAH o no cuentan con herramientas adecuadas para manejarlo, pueden reforzar patrones de conducta que afectan la autoestima del niño. La falta de paciencia, el uso de castigos ineficaces o la comparación con otros niños pueden aumentar la frustración y el sentimiento de inferioridad en los menores (9). Por ello, es necesario que las familias reciban orientación y apoyo psicológico para contribuir al bienestar integral de sus hijos.

Asimismo, los menores de edad que tiene TDAH tienen una responsabilidad relevante en la integración y en su adaptación, en ese sentido, los docentes tienen que estar capacitados lo que permita la identificación de necesidades concretas a los discentes y se aplique estrategias que son pedagógicas que beneficien el aprendizaje y el desarrollo emocional y social; estos métodos de aprendizaje son dinámicos, con actividades estructuradas, y un enfoque que es positivo se forma positiva puede abordar la diferencia en el rendimiento en lo académico y su propia estima; además de una cultura que sea inclusiva es relevante que se fomente y la comprensión dentro del aula, siendo los discentes de clase sea más humanos o sensibles con el respeto y apoyo; generándose un entorno más beneficioso donde se crezca profesionalmente y se integre socialmente en los niños de TDAH (10).

Por lo tanto, la indagación busca analizar la vinculación entre el TDAH y la autoestima en los infantes de 6 a 11 años atendidos en el CSMC Qhali Kay de Abancay, Apurímac. Comprender esta relación permitirá diseñar estrategias de intervención que favorezcan el bienestar de estos niños, brindándoles herramientas para afrontar sus dificultades de manera efectiva. Asimismo, se prevé que los resultados de esta investigación ayuden a generar conciencia sobre la relevancia

de un abordaje integral del TDAH, fomentando la creación de estrategias y medidas que optimicen el bienestar de los niños que padecen este trastorno.

1.2. Formulación del problema

Problema General:

¿Cuál es la relación que existe entre el (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?

Problemas Específicos:

- PE1: ¿Cómo el (TDAH) en su dimensión Inatención se relaciona la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?
- PE2: ¿Cómo el (TDAH) en su dimensión impulsividad se relaciona con la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?
- PE3: ¿Cómo el (TDAH) en su dimensión TDAH combinado se relaciona con la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?
- PE4: ¿Cómo el (TDAH) se relaciona con la autoestima en su dimensión autoconciencia en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?
- PE5: ¿Cómo el (TDAH) se relaciona con la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?

- PE6: ¿Cómo (TDAH) se relaciona con la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?

1.3. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

Objetivos Específicos:

- Establecer la relación que existe entre el (TDAH) en su dimensión inatención y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- Identificar la relación que existe entre el (TDAH) en su dimensión impulsividad y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- Identificar la relación que existe entre el (TDAH) en su dimensión TDAH combinado y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- Identificar la relación que existe entre el (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconciencia en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

- Identificar la relación que existe entre el (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- Identificar la relación que existe entre (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

1.4. Justificación

La justificación de esta investigación es planteada por los siguientes motivos:

Justificación Teórica: Para Hernández y Sampieri (2018) una investigación se justifica teóricamente cuando los resultados se pueden generalizar a principios más altos (p.45).

Bajo esa misma línea, es el conocimiento teórico el que se busca amplificar en vinculación con el TDAH y la denominada autoestimada es menores de edad específicamente con el grupo etario, infantil, del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024, además, es teórico porque se busca conocer en mayor medida el comportamiento de las dos variables y la relación entre ellas en los niños de 6 a 11 años.

Justificación práctica:

Para Hernández y Sampieri (2018) una indagación se considera justificada de manera práctica cuando contribuye a resolver problemas concretos, fomenta

algún tipo de innovación, optimiza el bienestar de los individuos o del entorno en el que se lleva a cabo el estudio. (p.45).

El presente estudio se justifica de modo práctica, puesto que busca contribuir con el **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO** en el que se realicen las evaluaciones que corresponda y con ello se pueda detectar de forma preventiva los signos del TDAH en los menores de edad en edad de 6 a 11 años.

Justificación Metodológica:

El presente estudio se justifica metodológicamente dado que se emplearon 2 instrumentos: El cuestionario de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) – Conners y el cuestionario de autoestima – Cooper Smith con el fin de medir las dos variables en niños de 6 a 11 años.

1.5. Delimitantes de la investigación

1.5.1. Delimitante Teórica:

La presente indagación busco ampliar conocimientos a fin de conocer la relación de las variables estudiadas con los niños de 6 a 11 años.

1.5.2. Delimitante Temporal:

La presente indagación se desarrolló a partir de mayo del 2024.

1.5.3. Delimitante Espacial:

Este estudio se desarrolló en el Centro de Salud Mental Comunitario Qhali Kay, ubicado en Abancay, Apurímac.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

En la legislación española por el autor Martín desarrolló en su estudio de posgrado (maestría) el siguiente **propósito**: el análisis vinculante del diagnóstico de TDAH en las variables de tipo psicológicas como son las siguientes; la autoestima, la regulación emocional, las denominadas funciones ejecutivas y la denominada ansiedad. En cuanto **metodología** empleada: se conllevó a la realización sistemática de investigaciones mediante el análisis, siendo observacional y de forma longitudinal esto para la examinación del vínculo entre el TDAH y estas variables. Por lo que, los **hallazgos**: Los participantes en su mayoría fueron varones, conllevando a una parte del sesenta coma setenta y tres por ciento y en mujeres fue de los treinta y ocho comas veintisiete por ciento; por lo que se **concluye** que: demostrando la propia autoestima de forma baja la misma que se vincula con una gravedad mayor a los síntomas del TDAH, en específico en síntomas de inatención, pero el acceso profesional y el tratamiento reduce los síntomas graves (11).

Guzmán et al en Guatemala desarrollaron su artículo con el **Objetivo**: El fortalecimiento de los docentes que se encuentran en las escuelas de la Municipalidad de Agua Blanco de Jutiapa, con relación del TDAH. Siendo en su **metodología**: Que, fue de enfoque cuantitativo y de diseño descriptivo, por el cual participaron ciento treinta y dos docentes de la zona. Por lo cual, como **hallazgo** tuvo: Los profesores en su mayoría no recibieron una debida capacitación sobre el

neurodesarrollo y solo el treinta y cuatro puntos ocho por ciento que participo en al menos una capacitación anual sobre TDAH. Esto sugiere que los educadores no poseen la información especializada necesario con el fin de abordar eficazmente este trastorno en el aula. **Conclusión:** Pueden tener sobre el TDAH una idea los docentes, lo cual es general, y no determinante sobre el adecuado trastorno, para poder derivar a los discentes a que cuenten con TDAH, por consiguiente, también se evidencio falta de un equipo multidisciplinario en lo que corresponde atención y en el denominado seguimiento a estos casos, lo que limita su implementación de las estrategias que son adecuadas en lo educativo (12).

Castillo et al en Chile desarrollaron su artículo bajo el **Objetivo:** En la evaluación del impacto AF y la calidad de vida en ejercicio en los Niño, Niña y Adolescentes (NNA) con TDAH. **Metodología:** Se empleó una revisión sistemática, seleccionando investigaciones publicadas en los últimos cinco (05) años en bases de datos confiables, utilizando términos de búsqueda relacionados directamente relacionados al tema de investigación. **Resultados:** Basados en el análisis de ocho estudios, indicaron que la práctica de AF genera beneficios significativos en aspectos físicos, psicológicos, biológicos y sociales. **Conclusión:** que, las intervenciones entre los quince y noventa minutos que se pone en práctica el ejercicio del tipo físico posibilita la mejora de calidad de vida en los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que tienen TDAH, siendo un complemento para sobrellevar este tipo de trastorno (13).

Barrachina en España desarrolló su investigación con el **Objetivo:** De un análisis vinculante entre la AF y el TDAH, así como su influencia en el incremento y

el proceso en el cual se aprende de los menores de edad que lo representan. Por lo que su **metodología** empleada fue: con el tipo de enfoque denominado como el cualitativo, con un diseño que fue correlacional, de tipo descriptivo y que no fue experimental, en el cual se direccionó en la observación y de estudios en la práctica que es deportiva en menores de edad que tiene este tipo de trastorno. Teniendo como **hallazgo**: que tiene una alta comorbilidad el TDAH que los otros trastornos, generando una afectación en los estudiantes con su desempeño, además, de identificarse que bastantes menores de edad no responder a la convención de medicación, lo que genera alternativas terapéuticas. Entonces, como **conclusión**: que la práctica de AF puede representar una estrategia que se complementa de forma que beneficie la atención y con ello la calidad de vida de los menores de edad con TDAH, aunque se requieren más estudios para profundizar en su efectividad (14).

Albores en México desarrolló su estudio con el **Objetivo**: el cual fue la determinación de unión del TDAH con la autoestima de los menores de edad, considerando el impacto la repercusión en la función de la persona, la escolar y de forma social. En cuanto a la **metodología**: Empleo un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, en el que, se aplicó diversas escalas para la evaluación de la autoestima, agregando las pruebas de tipo psicopedagógicas y neuropsicológicas que detectó indicadores de las denominadas habilidades y las conductas en menores de edad. Entonces como **hallazgo**: se evidenció la vinculación significativa entre las denominadas variables, evidenciado que los menores de edad que tiene trastorno desarrollan una baja o poca autoestima, asimismo, se observa que los

menores de edad que tiene síntoma leve de TDAH cuentan con mayores dificultades en sus vínculos interpersonales y aumento de sentimientos de frustración. Por lo que, tiene como **conclusión**: tuvo una influencia de forma negativa el TDAH en los menores de edad, específicamente en el grupo etario niños, resaltando la relevancia de intervención adecuada para la mejora de bienestar tanto social como emocional (3).

Antecedentes nacionales

Jáuregui realizó su estudio con el siguiente **Objetivo**: La determinación de la del déficit de atención (DA) en su influencia con la propia estima de los discentes de la IE en Trujillo. Empleando en su **metodología**: Fue con un enfoque del tipo cuantitativo, de estudio que es aplicado aportado a la sociedad, con un diseño no experimental y correlacional causal, con una muestra de ciento treinta y nueve alumnos de la IE, con una población de doscientos dieciséis discentes, entonces, para la medición de variables se empleó el cuestionario. **Resultados**: Los participantes cuenta con un déficit de atención precario o bajo siendo un cincuenta y seis por ciento tiene una autoestima de tipo medio y treinta y seis puntos cuatro por ciento con una autoestima alta, siendo similar para lo que presenta un déficit medio alto de atención, entonces, no existe una vinculación significativa entre las variables ($\rho = -.050$, $p > .05$). **Conclusión**: No existe una vinculación entre la variable déficit de atención y la denominada autoestima, comprobado con la prueba de correlación de variables de Spearman ($\rho = -.050$, $p > .05$). (15).

Cabanillas en su estudio tuvo el **propósito**: Sobre el conocimiento de la vinculación del DA y la denominada autoestima en menores de edad en el 5to grado

de primaria de la IE en la ciudad de Trujillo. En cuanto a la **metodología**: Con un tipo básico, empleando un diseño que no fue experimental, de nivel descriptivo y también correlacional; con una muestra de treinta discentes; para la recolección de data, se empleó la escala de estimación de TDAH el cual fue desarrollado por Vilcahuamán y el test de autoestima escolar TAE. **Resultados**: Cuyos resultados refieren, a un 40% de estudiantes, ubicados en el nivel leve de déficit de atención, otro 40% exteriorizan un nivel moderado y un 20% manifiestan déficit de atención severo. **Conclusión**: Existe un impacto de forma negativa con el DA en la óptica que tiene los niños, siendo necesarias las estrategias de intervención que mejore su bienestar de tipo emocional y en lo académico (16).

Fernández, investigó con el **Objetivo**: De la determinación en el modo que vincula tanto la autoestima con el denominado TDA en discentes de 5 y seis años en educación de tipo básica (regular) en SJL como parte de la unidad de estudio; en ese sentido, se empleó dentro de la metodología, un tipo básico, de un tipo de diseño que no experimental y con ello se tuvo un alcance correlaciona, con una denominada muestra de cincuenta y cuatro discentes, entonces, para la recolección de la data se empleó el cuestionario. Como **hallazgo**: Que, no representa riesgo de TDA el sesenta y seis puntos siete por cientos de los participantes, por lo que, el once punto uno por ciento se encuentra en riesgo alto, en se sentido, el cincuenta por ciento de los discentes tuvo un nivel de autoestima medio, y el otro cincuenta por ciento se distribuyó en niveles tanto bajo como alto. Como **conclusión**: fue que existe un vínculo de la autoestima y el trastorno de forma moderada, así como con el trastorno de déficit de atención, con un coeficiente de correlación de Spearman

de 0.478 ($p = .000 < .05$), ello propiciando la aceptación de la hipótesis alterna del estudio (17).

García conllevó en su estudio con el siguiente **Objetivo**: El cual fue el establecimiento del vínculo entre la autoestima y los niveles de atención en menores de edad de una determinada IE de nivel inicial en el lugar Villa María del Triunfo en el año dos mil veinticuatro. **Metodología**: Empleó un enfoque cuantitativo para el estudio que realizó y con ello un diseño que no fue del tipo experimental, entonces, participaron ochenta discentes y cinco años. Teniendo como **Resultados**: El cuarenta por ciento de la propia estimada contiene una baja prevalencia relevante de confianza baja por sí mismo, entonces, se tiene el treinta y seis puntos nueve por ciento que la propia estima es media, finalmente, el veintitrés punto uno por ciento de los participantes cuenta con niveles de propia estima alta, por lo que en particular la propia estima mostro un vinculo positio con la atención que es focalizada, siendo su coeficiente de correlación del cero coma doscientos setenta y seis, y una significancia de $p=0,026$. **Conclusión**: Hay una correlación significativa entre la autoestima y la atención en los niños de la I.E en Villa María del Triunfo (18).

Sunción desarrolló su investigación con el **Objetivo**: De un análisis de motivos individuales, así como colectivas que repercuten en los problemas de atención en el colegio. Por lo que empleó en su **Metodología**: Fue de nivel descriptivo en el cual se fundamento con el análisis de factores tanto biogenéticos, psicológicos y orgánicos de forma individual, se cuento con factores sociales y de comportamiento colectivo en el aula. **Resultados**: Evidenciaron que la falta de atención puede estar relacionada con el DAcon o sin hiperactividad, el agotamiento

por una inadecuada alimentación y situaciones de estrés personal, mientras que, a nivel colectivo, la falta de atención afecta a grupos enteros de estudiantes, generando un ambiente negativo en clase. **Conclusión:** Los problemas de atención no solo tienen una raíz individual, sino que también responden a dinámicas colectivas que pueden derivar en indisciplina e incluso violencia, lo que resalta la importancia de abordajes tanto individuales como grupales para mejorar la concentración en el aula (19).

2.2. Bases teóricas

Trastorno de Déficit De Atención e Hiperactividad

- Definición

Se puede definir este tipo de trastorno como un desorden en el cual es neuropsiquiátrico, entonces con ello se aborda el desarrollo que repercute en la conducta y en la cognición funciona, es por ello que se distingue por tres síntomas principales las cuales son como la no atención, la denominada hiperactividad (nervioso) y finalmente la impulsividad; de modo que, la afección crónica que es más frecuente se desarrolla en la etapa del colegio (escolar), por lo que represente un complejo desafío en diversas áreas en la vida cotidiana (20).

Por lo general, es más frecuente en niños que en niñas, con una relación de 3 a 1 y puede evolucionar con el tiempo, así como tener una predisposición genética. Además, es frecuente en niños que presentan trastorno negativista desafiante. Este trastorno también se asocia a menudo con dificultades en el aprendizaje y problemas de comunicación.

Según el DSM V, el TDAH impacta a entre el 5 % y el 10 % de los niños y alrededor del 60% de los adultos. Si no se trata, puede llevar a problemas en el ámbito laboral, bajo rendimiento académico, dificultades sociales, depresión y adicción a sustancias (20).

Este tipo de síndrome en lo neurológico es lo más habitual que se genere un aumento de actividad, impulsividad y limitaciones que sostengan la atención, así como comportamiento que no concuerden o tengan coherencia con el desarrollo del Niño, Niña y Adolescente (21).

- **Tipos de TDHA**

El DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) clasifica el TDAH en tres tipos:

- TDAH, tipo combinado: Los tres síntomas principales son inatención, hiperactividad e impulsividad.
- . TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: Síntomas predominante es la inatención, problemas para prestar atención a los detalles o seguir instrucciones.
- TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: La más común es la conducta hiperactividad e impulsividad (22).

- **Características**

Muchos padres tienden a diagnosticar incorrectamente a sus hijos como TDAH simplemente por ser inquietos o nerviosos, sin contar con un diagnóstico formal de un neuropediatra o psicopedagogo, asumiendo que los conocen mejor que nadie y etiquetándolos como hiperactivos (23).

Las características más comunes de TDAH son:

- No suelen permanecer quietos y les cuesta estar sentados en sillas o en mochilas portabebés.
- Requieren mucha atención por parte de sus cuidadores, ya que son muy demandantes.
- Lloran con frecuencia.
- Tienden a tener sueño ligero
- No se distraen o entretienen con facilidad.
- Necesitan especial atención en hora ingerir alimentos.

Los niños presentan serias dificultades para concentrarse y mantener la atención. Además, tienen problemas para controlar su comportamiento, emociones y pensamientos, aunque no todos los síntomas se manifiestan simultáneamente en cada caso (23).

- **Síntomas de desatención**

Los conceptos de atención e inatención son ampliamente estudiados en la psicología, aunque no están perfectamente definidos o aplicados en términos operativos. El estudio continúa enfocado en la disfunción y la falta de atención, con la finalidad de comprender más a fondo la conexión entre la inatención y el TDAH (13).

En la mayoría de niños el TDAH provoca múltiples razones por las que no logran participar completamente en diferentes actividades. Es importante destacar las diversas maneras en que se expresa la atención, la cual se refleja en tres aspectos principales (13):

- Habilidad para centrarse en aspectos del entorno.
- Habilidad para sostener la atención en actividades o estímulos.
- Habilidad para alternar la atención entre diferentes elementos, permitiendo la concentración en varios estímulos simultáneamente.

La capacidad en infantes con TDAH no es inferior a la infantes sin este trastorno; sin embargo, abordan y dirigen su atención de manera diferente. La disfunción de la atención se presenta de forma marcada y persistente desde la infancia, y no está relacionada con la habilidad del niño, su estado emocional y el interés en la actividad (13).

El DA asociado al TDAH impacta negativamente en el rendimiento en diversas actividades y se presenta en múltiples contextos. Esta disfunción en los niños con TDAH se manifiesta tanto de manera cognitiva como conductual, con una serie de comportamientos comunes observados en ellos (13):

- No concluye las actividades que inicia.
- Comete numerosos errores.
- No se concentra en los juegos.
- A menudo parece no prestar atención cuando se le habla directamente.
- Presenta dificultades para organizarse.
- Evita actividades que requieren esfuerzo.
- Con frecuencia extravía objetos que necesita, como juguetes, material escolar, tareas, libros o ropa.

- Se distrae fácilmente con cualquier estímulo.
- Es bastante descuidado en sus actividades (13).

- **Hiperactividad – Impulsividad**

La hiperactividad se expresa a través de inquietud, movimientos innecesarios y una tendencia a hablar en exceso. A continuación, se detallan las manifestaciones más importantes de la hiperactividad e impulsividad (13):

- El niño muestra comportamientos de hiperactividad al correr descontroladamente sin dirección ni propósito.

- Le cuesta establecerse para escuchar, observar o participar en actividades como jugar o comer.

- No puede permanecer sentado por varios minutos, a menudo se mueve mientras duerme y puede sufrir alteraciones en su sueño.

- En su ambiente, se desplaza sin control y con excesiva energía. Además, tiende a moverse con excesiva energía en su entorno.

Asimismo, el impulso es entendido como una disciplina que se divide en dos dimensiones: motivación y cognición. La dimensión motivacional incluye factores como la respuesta al castigo y la recompensa, así como la persistencia en las acciones, el contexto de la recompensa y la habilidad para posponer la gratificación. Por otro lado, las dimensiones cognitivas se evalúan a través de pruebas que demandan suprimir respuestas automáticas (13).

Las expresiones conductuales de la impulsividad son las siguientes:

- El niño reacciona sin tener claro qué preguntar.
- Se expresa sin reflexionar previamente.

- | Grita para desahogarse o atraer la atención.
- | Desea lo que no le pertenece y no acepta que no se le permita.
- | No hay control sobre su acceso a ciertos lugares.
- | Tiene dificultad para cambiar de dirección.
- | Su comportamiento desafía cualquier control.
- | No se detiene y sigue su camino sin considerar a los demás.
- | Actúa como si estuviera compitiendo o tuviera que proteger algo/alguien.

Según Nigg, existen 3 tipos de impulsividad:

Déficit de atención, tipo combinado: los niños muestran hiperactividad e impulsividad junto con dificultades de atención (24).

Se identifica como uno de los trastornos mentales más comunes en la infancia, especialmente durante la etapa escolar. Esta situación puede influir en el desarrollo del niño, restringiendo su involucramiento en actividades personales y sociales, y afectando de manera desfavorable su vida familiar y académica. Como resultado, es común que los niños obtengan calificaciones bajas e, incluso, muestren falta de interés por seguir estudiando (24).

Los niños diagnosticados con TDAH de tipo combinado suelen presentar un efecto negativo en la adquisición de competencias físicas, académicas y personales del niño afectado (24).

- Detección
 - ✓ Epidemiología

La prevalencia del TDAH en la población pediátrica varía entre el 2% y el 12%, con un promedio estimado de 5% a 8%. Algunos países, como Estados

Unidos, especialmente en la costa este, reportan tasas más altas, mientras que, en otros, como Francia, son más bajas. En Perú, se ha registrado una prevalencia del 3% al 5% en Lima y Callao, según un estudio epidemiológico de salud mental realizado en 2007 (1).

Es relevante señalar que, aunque la cultura tiene un impacto mínimo en la verdadera prevalencia del TDAH, sí influye significativamente en la preocupación de los adultos que cuidan a los niños. La mayor prevalencia se observa entre los 6 y 9 años. En los últimos años, la incidencia del trastorno ha ido en aumento, pero no se ha aclarado si este incremento se debe a una mejora en el diagnóstico, a un sobrediagnóstico (1).

En los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que tienen TDAH es de cuatro a uno, mientras que otros sugieren un vínculo de entre los dos a nueve NMA, siendo estos infantes quienes tiene niveles altos de imposibilidad, inatención, hiperactividad y problemas de comportamiento (1).

Las niñas suelen exhibir más inatención y problemas internalizantes, como ansiedad y depresión, además de un mayor compromiso cognitivo. Se considera que el menor diagnóstico en niñas se debe a que, a menudo, presentan el tipo inatento de TDAH, que no incluye hiperactividad ni impulsividad (1).

Al no causar muchas molestias, que suelen ser la razón por la que los adultos llevan a sus hijos a consulta o los maestros sugieren una evaluación, las niñas con TDAH pueden pasar desapercibidas (1).

✓ Etiología

La etiología del TDAH es compleja y es resultado de la interacción entre los factores que son del tipo genéticos y del tipo que son ambiental, lo que conlleva a tener como consecuencia el término heterogéneo con distintos subtipos.

- Factores genéticos

Las investigaciones sobre el TDAH han evidenciado un componente genético en varios casos del trastorno, se encontró que el quince por ciento de los niños diagnosticados tenían antecedentes familiares, y que el treinta y cuatro de sus hermanos también presentaban la enfermedad, asimismo, se ha identificado que los familiares cercanos de niños con TDAH pueden presentar dificultades como adicciones, conductas antisociales o trastornos del estado de ánimo, como la depresión (25).

Otro enfoque para distinguir los factores genéticos del TDAH consiste en identificar alteraciones en las secuencias de varias moléculas de ADN, especialmente en la presencia de proteínas receptoras en áreas del genoma 22, específicamente aquellas asociadas con la dopamina y la serotonina (25).

El TDAH presenta un considerable componente hereditario, con una 76%. Los padres que padecen TDAH tienen más de un 50% de probabilidades de tener un hijo que también lo tenga. Además, se han detectado genes alterados relacionados con el TDAH, los cuales están vinculados a los receptores DR4 y DR5, a los transportadores de dopamina, a la enzima hidroxilasa y al receptor 1B de serotonina (HTR1B) (26).

- Factores perinatales y prenatales

Numerosos trastornos que comienzan en las etapas iniciales han sido vinculados a diversas causas perinatales y prenatales, lo que les otorga una gran importancia (27).

Este tipo de trastornos puede dar lugar a diversas dificultades, como retraso mental, problemas de crecimiento, así como dificultades en el desarrollo motor, conductual y en el lenguaje (27).

Según DSM-5, los factores perinatales y prenatales con más que influyen:

- Fumar en la gestación
- Beber alcohol en el ciclo de gestación
- Usar drogas en el embarazo.
- Sufrir anorexia durante el embarazo o el parto.
- Hidrocefalia.
- Estrés durante el embarazo.

Los factores relacionados con el embarazo y el nacimiento están íntimamente conectados con la hiperactividad; no obstante, también se asocian con la aparición del TDAH (27).

- Factores ambientales

En cuanto al cerebro en sus primeros inicios de vida (años) específicamente en la fase perinatal, se encuentra el proceso denominado maduración lo que aborda que cualquier tipo de modificación que es extrema, como lo son las infecciones, los cambios del tipo metabólicos cuando se tiene un embarazo o haya una complicación cuando se llegue el parto, lo cual afectaría su pleno desarrollo (28).

Las condiciones sociales experimentadas en la infancia pueden llevar a

respuestas inadecuadas y contribuir al desarrollo de trastornos en el futuro. Por ejemplo, la violencia durante la niñez puede ser un factor determinante. Estos elementos del entorno pueden modificar la actividad de determinados genes, impactando los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos (28).

- Factores psicosociales

El enfoque psicosocial incluye diversas actividades diseñadas para optimar la atención y el aprovechamiento académico, así como para establecer límites efectivos en el comportamiento de los pacientes con TDAH. Estas actividades se dividen en 4 categorías: Educación psicológica, tratamiento conductual, enfoque terapéutico centrado en el paciente y asistencia educativa (29).

- ✓ Prevalencia

Según la American Psychiatric Association (APA), la prevalencia del TDAH a nivel mundial es del 5% en niños y del 2.5% en adultos. A nivel nacional, la prevalencia en niños de 6 a 11 años es del 7.6%, mientras que en adolescentes de 11 a 18 años es del 6.6% (ISMHN-HN, 2012). Además, en poblaciones urbanas marginales, la prevalencia del TDAH varía entre el 11.0% y el 22.0% (29).

A. DA

1. Dificultad para concentrarse en los detalles, lo que resulta en errores por falta de atención en las tareas del campo educativo y otras actividades.
2. Dificultad habitual para conservar la concentración en tareas o durante el juego.
3. A menudo da la impresión de no prestar atención cuando se le habla.
4. Persistente incapacidad para completar las tareas escolares

asignadas o cualquier otra responsabilidad.

5. Reducción de la capacidad para realizar tareas y actividades.
6. Evita tener el esfuerzo mental.
7. Son los estímulos de forma extremo se distrae de forma fácil.
8. Suele olvidar cosas en el transcurso de sus actividades cotidianas
(26).

B. Hiperactividad

1. Con regularidad muestra inquietud al mover las manos, los pies o al cambiar de posición.
2. Se levanta de su asiento durante las lecciones u otras circunstancias en las que se requiere que permanezca sentado.
3. Frecuentemente corre o trepa en exceso en lugares inapropiados.
4. Presenta problemas para mantenerse tranquilo en actividades recreativas.
5. Mantiene un patrón de actividad excesiva que no puede ser significativamente ajustado por las demandas del entorno (26).

C. Impulsividad

1. A menudo interrumpe con exclamaciones o responde antes de que las preguntas sean completadas.
2. Es la espera del turno en fila o grupos de forma frecuente.
3. Con frecuencia impide o se inmiscuye en los contenidos de los demás.
4. Tiende a hablar en exceso sin moderarse en actividades sociales.
5. Los síntomas de hiperactividad, DAe impulsividad causan un malestar de relevancia clínica o repercusiones en el desempeño social,

educativo o profesional.

6. No se ajusta a los criterios para trastornos generalizados del desarrollo, episodios maníacos, episodios depresivos o trastornos de ansiedad (26).

- Instrumentos de evaluación para el diagnóstico

- Tratamiento

- Tratamiento farmacológico

Actualmente, los medicamentos que han demostrado ser más efectivos pertenecen a dos categorías: los psicoestimulantes y los no psicoestimulantes (30).

Los psicoestimulantes abarcan fármacos como el metilfenidato, las anfetaminas, el modafinilo y el bupropión. Por otro lado, los no psicoestimulantes incluyen antidepresivos tricíclicos como la desipramina, además de la atomoxetina y la guanfacina, entre otros. Todos estos fármacos actúan sobre los circuitos de la dopamina y la noradrenalina (30).

- Tratamiento multimodal

La existencia del tratamiento multimodal propuso el autor Lazarus en mil novecientos setenta y uno como un tipo de terapia cognitiva y conductual, la misma que se direcciona un comportamiento reformulado para que se pueda adaptar a los requerimientos o características del paciente, entonces, esta óptica necesita ver las demandas de lo que comprende el tratamiento, abordando las expectativas, necesidades, disposiciones individuales y elementos socioculturales que pueden incidir, bajo esa línea, se resalta el empleo de estrategias de conocimiento (cognición) tanto en la evaluación como en la intervención de los casos (31). El

tratamiento multimodal considera tanto el ámbito social (interpersonal) como el "perfil de funcionamiento personal del individuo", lo que implica evaluar su personalidad en su contexto. Este enfoque se orienta hacia la búsqueda de un tratamiento que se ajuste a cada caso particular. Por lo tanto, se analizan las características de cada situación a través de diversas modalidades o dimensiones interrelacionadas (31).

“Existen siete modalidades de funcionamiento personal conocidas como básicos”, que incluyen los siguientes componentes: biológico (B), afectivo (A), sensorial (S), imaginación (I), cognición (C), conducta (CO) y relaciones sociales (S)” Con base en la naturaleza de su relación y su orden, se diseña una estrategia de tratamiento adaptada (31).

La evaluación inicia con el proceso conocido como "puenteo", que consiste en establecer contacto con quienes buscan ayuda dentro del nivel multimodal correspondiente al motivo de consulta inicial, por lo que, por consiguiente, se complementa con el análisis de las demás modalidades (31).

En cuanto a la guía terapeuta se tiene el perfil denominado como multimodales, en determinadas que se direccionan al paciente, abordado niveles de intervención de acuerdo a la interrelación y secuencia, entonces, si surgen limitaciones en su intervención se realiza un análisis de forma específicas de cada modal (Perfil de 2º Orden)” (31). Actualmente, los enfoques multimodales se emplean con mayor frecuencia en el tratamiento de trastornos psiquiátricos complejos, como la anorexia, la psicosis y las adicciones. No obstante, también se

aplican en ámbitos como la psicoterapia, la psiquiatría infantil y la pediatría, entre otros (31).

- Tratamiento alternativo

Hay una gran variedad de estrategias pedagógicas destinadas a tratar el TDAH y otros trastornos con síntomas afines que han mostrado resultados positivos. No obstante, es crucial reconocer que estas estrategias y terapias alternativas deben considerarse como un complemento a la medicación, la cual debe ser recetada después de una evaluación y diagnóstico médico. En este marco, se han creado múltiples terapias y apoyos para disminuir las conductas disruptivas y/o problemáticas en los alumnos con TDAH. Entre estas, destacan las estrategias enfocadas en el tratamiento emocional (32):

- a. Equinoterapia: La terapia asistida con animales, específicamente la que involucra caballos, se conoce como equinoterapia. A lo largo de los años, ha evolucionado con distintos objetivos y se basa en el trabajo colaborativo de profesionales capacitados que dirigen al animal durante las sesiones con los pacientes. Su propósito es promover mejoras en diversos aspectos físicos, psicológicos, sociales, mentales y emocionales de los pacientes (32). El método Horse Emotion es un tratamiento que se lleva a cabo en un entorno rico en estímulos sensoriales, sociales y educativos. Este ambiente, que es estimulante y motivador, y que se sitúa fuera del contexto escolar, tiene como objetivo enseñar al usuario y ayudarlo a desarrollar habilidades cognitivas en diversas áreas (32).

Fue utilizado en un estudio realizado con estudiantes diagnosticados con TDAH en Barcelona (Cataluña), donde se llevó a cabo una evaluación inicial utilizando un cuestionario psicoemocional sobre comunicación y socialización, basado en el modelo EPONA. El método Horse Emotion implica un enfoque interdisciplinario, donde el contacto con el caballo crea un ambiente adecuado para enseñar técnicas de mindfulness y la práctica de yoga sobre el caballo (32).

- b. Mindfulness: es una terapia que se fundamenta en actividades que incluyen ejercicios de relajación y respiración, así como en la conciencia de estos procesos. Del mismo modo, es un estado particular de conciencia que surge al dirigir la atención de forma deliberada y sin emitir juicios. (32). La terapia de mindfulness proporciona numerosos beneficios, como la mejora en la atención y concentración, la reducción de la impulsividad y el aumento de la tolerancia a la frustración. También contribuye a tranquilizar y relajar a las personas, facilita el reconocimiento de sensaciones y emociones, y apoya la regulación emocional. Asimismo, estimula la introspección, fortalece las relaciones interpersonales, disminuye el estrés y el malestar psicológico, favoreciendo finalmente una mejor calidad de vida (32).

En los entornos educativos, la práctica del mindfulness podría ser beneficiosa para los estudiantes al disminuir el estrés y mejorar su bienestar, lo que a su vez facilitaría un aprendizaje más efectivo y

fortalecería sus relaciones interpersonales. Las intervenciones que utilizan la atención plena (mindfulness) en las escuelas se presentan como una opción efectiva para mejorar la auto-regulación emocional y atencional de los estudiantes, promoviendo comportamientos prosociales, facilitando su adaptación al entorno y, en consecuencia, contribuyendo a un mayor bienestar psicológico (32).

- c. Musicoterapia: La musicoterapia consiste en el uso de la música y sus componentes por parte de un musicoterapeuta capacitado, ya sea en sesiones individuales o grupales. Su propósito es facilitar la comunicación, fortalecer las relaciones sociales, estimular el aprendizaje y favorecer la expresión y la organización de procesos psíquicos, así como abordar necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales (32). Además de reducir los síntomas de desatención y falta de concentración, la música también favorece el fortalecimiento de las interacciones sociales y la comunicación, siendo un medio adecuado para expresar y canalizar emociones. Muchos niños con TDAH enfrentan dificultades para establecer y mantener relaciones con sus compañeros, principalmente debido a su comportamiento impulsivo (32).

En estudiantes con TDAH, la musicoterapia tiene un efecto positivo en varios procesos. Sus principales objetivos incluyen fomentar el bienestar, manejar el estrés, reducir el dolor, exteriorizar emociones y potenciar la memoria y el

aprendizaje, adquirir habilidades de comunicación, promover la coordinación, facilitar la rehabilitación física y fomentar comportamientos sociales (32).

En segundo lugar, se exponen las estrategias enfocadas en el tratamiento mediante la actividad física. Una de las alternativas recientes para optimizar la atención en niños y niñas con TDAH es la intervención basada en actividad física estructurada. El ejercicio aeróbico demuestra un impacto positivo en el cerebro desde un enfoque neuropsicológico, mejorando las funciones cognitivas y favoreciendo las habilidades de aprendizaje y sociabilidad (32).

Estudios demuestran que el ejercicio aeróbico aumenta los niveles de neurotransmisores, lo que mejora la plasticidad sináptica, la velocidad de procesamiento cognitivo y el control inhibitorio, generando modificaciones en la estructura y el funcionamiento del cerebro humano (32).

- Orientaciones psicológicas

Las intervenciones psicosociales son efectivas y contribuyen a reducir la dosis de medicación necesaria. Estas incluyen programas que trabajan con niños, padres y maestros (33).

En la actualidad, la intervención psicológica se fundamenta en técnicas conductuales, que buscan modificar las contingencias ambientales para mejorar los métodos de disciplina en el hogar y la escuela, y hacer que los niños con TDAH sean más receptivos al refuerzo. También se utilizan técnicas cognitivo- conductuales, que se enfocan en el entrenamiento en la resolución de problemas y el autocontrol (33).

AUTOESTIMA

- Definición

La autoestima se describe como el conjunto de percepciones, ideas, valoraciones, emociones y patrones de conducta que desarrollamos sobre nosotros mismos, nuestra manera de ser, actuar y las particularidades de nuestro cuerpo y personalidad. En términos simples, es cómo nos evaluamos a nosotros mismos. La autoestima es un sistema dinámico y multifacético que engloba las percepciones, convicciones y posturas que una persona mantiene sobre sí misma (35).

- Dimensiones de la autoestima

Se relaciona de forma estrecha con diversos ámbitos tanto de forma negativa como positiva, entonces, se explicará las denominadas dimensiones y los elementos que repercuten en cada una, como lo son; la familia, en el entorno del tipo social y también en el entorno académico (36).

- Dimensión Personal: Se refiere a la propia evaluación y la formación en un tiempo extenso la misma que aborda aspiraciones, la confianza, la estabilidad así como el desarrollo de las denominadas habilidades y con ello a una persona positiva con sus características; entonces, se considera un desarrollo bueno cuando la persona tiene la capacidad en su establecimiento de defensas contra la crítica y el reconocimiento de hechos, las opiniones, los valores y las denominadas orientaciones que sean favorables (36).

Un desarrollo deficiente en esta dimensión se refleja en sentimientos inestables, comparaciones constantes, contradicciones y una

autoevaluación negativa. En contraste, un nivel promedio indica una autovaloración alta, aunque puede disminuir significativamente en situaciones desfavorables. Durante la etapa inicial de la adolescencia, los estudiantes experimentan inseguridades relacionadas con su imagen corporal, lo que provoca que la autoestima al finalizar la educación primaria se vea afectada en este aspecto. Es importante destacar que esta situación es más evidente en las mujeres que en los hombres (36).

- **Dimensión Familiar:** La autoestima se forma principalmente a partir de las emociones y sensaciones originadas en las primeras interacciones dentro del entorno familiar. Los comentarios iniciales provienen de los miembros del hogar, y la percepción personal está influenciada por estas dinámicas. Una relación cercana basada en la positividad y la asertividad puede fortalecer la autoestima, mientras que una retroalimentación negativa o poco afectuosa puede generar sentimientos de desvalorización y falta de reconocimiento (36).

En tanto, los estilos de crianza son factores relacionados con la felicidad, subrayando el papel crucial de la familia en las habilidades del tipo emocional en el desarrollo de los hijos (mayores o menores), esto conlleva a comportamientos en las emociones que se gestiona que se repiten (36)

- **Dimensión Académica:** Es importante puesto que su desarrollo humano que se pertura en los años primeros de vida, entre los dos y tres años de edad, esto durante la educación inicial básica, por lo que, por

consiguiente, la persona tiene un crecimiento en la educación inicial básica y como consecuencia en un tiempo después a la secundaria, en ese sentido, en el ámbito del tipo académico se entiende a las habilidades de una persona que aborda y soluciones problemas con efectividad, empleado estrategias y capacidades en el ámbito educativo y laboral (36). Por lo tanto, se puede afirmar que desarrollar una autoestima académica elevada requiere que la persona utilice sus diversas inteligencias y elementos de su vida cotidiana para afrontar y solucionar dificultades en este contexto (36). Uno de los aspectos considerados en esta investigación, relacionado con la autoestima, es el nivel educativo de los participantes. De acuerdo a los hallazgos encontrados por Orrego et al, a medida que los estudiantes avanzan en su educación, su autoestima tiende a disminuir (36).

En cuanto a las comunidades del tipo educativo se considera que sus características sean educativas y de género, por lo que, se conlleva en tiempos críticos de identidad durante la adolescencia (36).

Entonces, en el ámbito académico es relevante que se promueva la eficiencia propia de forma positiva, lo que conlleve a discentes tenga como costumbre una valoración alta de sí mismo en una relación con su capacidad en llevar a cabo actividades o tareas. Además, Bandura señala que las tecnologías de la información pueden servir como herramientas para fomentar habilidades de regulación motivacional, emocional, social e intelectual; la creación de modelos para un uso productivo, destacando

que los docentes deben establecer objetivos claros que fomenten el desarrollo de habilidades. Esto impulsa la autoeficacia, esencial para establecer metas y aspiraciones, aumentando así la probabilidad de alcanzar los objetivos. Además, proporciona una nueva perspectiva ante los obstáculos, promoviendo el autodesarrollo, el esfuerzo y la perseverancia (36).

- Dimensión Social: se vincula con personas que se encuentra cerca y que conoce la persona, puesto que la interacción repercute con la propia estima, esto quiere abordar que las habilidades sociales, como el rechazo, la aceptación, la empatía o simpatía en un determinado grupo, puede conllevar a una consecuencia positiva o negativa en el ser humano, en ese sentido, se puede abordar que las redes sociales aborda un rol similar, puesto que los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) se encuentran inmersos a la tecnología desde una edad temprana (36).
- Niveles de autoestima: Coopersmith identifica tres niveles de autoestima baja, media y alta basados en la respuesta individual y única de cada persona ante diversos objetos o fenómenos (37).
 - a. Autoestima Alta: Hace referencia a cómo las personas perciben su nivel de aceptación y confianza frente a las demandas del entorno. Esto significa que el individuo exhibe rasgos como asertividad, dinamismo, confianza, competitividad, optimismo y, fundamentalmente, un alto nivel de orgullo por sí mismo (37).

- b. Autoestima media: Se consideran a estas personas como aquellas que, de alguna manera, limitan sus habilidades, cualidades y expectativas en función de la aceptación social. Estos individuos le dan gran relevancia a lo que piensan los demás o al qué dirán, lo que puede llevarlos a ser relativamente dependientes e, incluso, inseguros en algunos casos (37).
- c. Autoestima baja: Se definen como aquellas personas que no tienen seguridad en sí mismas, que tienden a la depresión o al desánimo, y que minimizan sus relaciones interpersonales. Se perciben como vulnerables y frágiles ante cualquier desafío, temen iniciar nuevas tareas y su autovaloración es muy baja (37).

- Componentes de la autoestima

De Mezerville la plantea como dos dimensiones interrelacionadas: una dimensión actitudinal implícita, compuesta por la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual visible, integrada por el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización, proporcionando una visión integral sobre la autoestima y sus componentes. (37).

2.3. Marco conceptual

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD CON DEFICIT DE AUTOESTIMA

Se trata de una alteración del comportamiento, caracterizada por su complejidad y diversidad, de naturaleza crónica, cuyo origen está asociado principalmente a influencias genéticas y factores ambientales, tanto prenatales

como perinatales, entre otros (39). Aparece en la infancia y se distingue por una tendencia constante a la distracción y/o niveles elevados de hiperactividad e impulsividad, superando lo habitual en frecuencia e intensidad. Esto repercute en el desempeño escolar y diversas áreas de la vida diaria. Se considera uno de los trastornos más frecuentes en la niñez y la adolescencia, representando una causa significativa de dificultades académicas y conflictos en la interacción social, con consecuencias notables en el desarrollo del niño, su entorno familiar y social (39). Del mismo modo, el TDAH se distingue por alteraciones en la autorregulación y el control de la conducta basado en normas y consecuencias. Estas dificultades afectan la capacidad para inhibir, iniciar o sostener respuestas ante tareas o estímulos, así como para seguir reglas o indicaciones, particularmente en contextos donde las consecuencias de la conducta son tardías, poco frecuentes o ausentes. (39) Los signos aparecen en la primera infancia y tienden a mantenerse a lo largo del tiempo. Aunque pueden atenuarse con el desarrollo neurológico, las dificultades persisten en relación con otros niños de la misma edad, quienes experimentan una evolución más notable en estas habilidades (39).

Dimensión 01: Inatención

Los niños presentan serias dificultades para concentrarse y mantener la atención. Además, tienen problemas para controlar su comportamiento, emociones y pensamientos, aunque no todos los síntomas se manifiestan simultáneamente en cada caso (23).

Dimensión 02: Impulsividad

El segundo síntoma que caracteriza al TDAH es la hiperactividad. Aunque, tanto la inatención como la hiperactividad se suelen agrupar, se aborda de manera individual. La hiperactividad es la manifestación más destacada de este trastorno y resulta la más difícil de pasar por alto (13).

El concepto de impulso se emplea para referirse a niños con TDAH, problemas de aprendizaje y alteraciones del comportamiento, así como también a adultos que padecen otras afecciones mentales, como psicosis, alcoholismo y trastornos por abuso de sustancias (13).

Dimensión 03: Combinado

El tipo combinado de TDAH es el más común, aunque algunos niños solo presentan uno de los síntomas principales. La herencia genética juega un papel importante, con un 44% de probabilidad de padecerlo si los padres han sido hiperactivos. Sin embargo, tanto padres como maestros a menudo tienen dificultades para diferenciar entre TDAH y una falta de límites en el comportamiento, ya que ambos muestran síntomas parecidos (23).

AUTOESTIMA

Es la integración de la seguridad en uno mismo y la valoración personal, reflejando cómo cada persona se valora para enfrentar los retos y reconocer su derecho a ser feliz (40). Es un estado mental basado en pensamientos, emociones y experiencias acumuladas a lo largo de la vida. La autoestima puede fluctuar según las circunstancias y tiene un impacto notable en la motivación, siendo una percepción profunda y una aceptación positiva de la propia identidad (40).

Rogers considera que la autoestima es el núcleo central de la personalidad. Esta influye en la autorregulación del comportamiento, influyendo en la decisión de opciones, la selección de metas y la organización de actividades (40). La esencia de la autoestima radica en confiar en la propia mente y en sentirse merecedor de la felicidad. Bucay la describe como la capacidad de valorarse uno mismo y reconocer lo que realmente se es. La autoestima abarca una serie de creencias personales que se reflejan en la conducta y engloban lo que se es, se piensa y se hace en la vida diaria (40).

Dimensión 01: Autoconciencia:

- La autoconciencia es la capacidad de reconocerse a sí mismo como un ser individual, con pensamientos y emociones propios (37).
- Según Damasio, la autoconciencia es un proceso neurológico clave para la Proceso de elección y gestión de las emociones (38).

Dimensión 02: Autoaceptación:

- La autoaceptación implica reconocer y valorar tanto las fortalezas como las limitaciones personales, sin juicios severos (39).
- Rogers enfatiza que la autoaceptación resulta fundamental para el desarrollo individual y el bienestar psicológico (40).

Dimensión 03: Autoconcepto:

- Es la representación interna que un individuo posee sobre sí mismo, basada en sus experiencias y percepciones (41).
- Según Shavelson, el Autoconcepto es una construcción multidimensional que incluye aspectos académicos, sociales y emocionales (42).

2.4. Definición de términos básicos

Se hizo uso del glosario de términos creado por la Asociación Elisabeth Dornajo para el TDAH como referencia para la redacción de estos términos (41).

- **Autoestima:** Evaluación personal que cada individuo realiza sobre sí mismo (41).
- **Atención:** Habilidad cognitiva que favorece la relación de una persona con su entorno mediante tres funciones esenciales: la alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de problemas) (41).
- **Estimulantes:** Conjunto de medicamentos que generan activación en quienes los consumen. En individuos con TDAH, pueden ayudar a mejorar la capacidad de concentrarse, reducir la impulsividad y disminuir la inquietud psicomotriz (41).
- **Hiperactividad:** En un contexto clínico hace referencia sobre la inquietud psicomotriz considera persistente y problemática, mientras que fuera de este ámbito puede referirse a actividades variadas y productivas con connotaciones positivas (41).
- **Impulso / impulsividad:** Se refiere a actuar sin considerar las consecuencias, lo que puede llevar a resultados negativos. Si esto ocurre de forma habitual, puede ser un síntoma psiquiátrico (41).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

HG: Hipótesis General

- Existe relación entre el (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

HE: Hipótesis Específicos

- HE1: Existe la relación entre el (TDAH) en su dimensión inatención y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- HE2: Existe la relación entre el (TDAH) en su dimensión impulsividad y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- HE3: Existe la relación entre el (TDAH) en su dimensión TDAH combinado y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.
- HE4: Existe la relación entre el (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconciencia en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024
- HE5: Existe la relación entre el (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

- HE6: Existe la relación entre el (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.

3.1.1 Operacionalización de la variable

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	MÉTODO Y TÉCNICA
<p>V1: (TDAH)</p> <p>V2: Autoestima</p>	<p>Céspedes (1999) define el (TDAH) como un trastorno infantil que se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad e impulsividad. Afecta entre el 3% y el 8% de los escolares, quienes suelen tener problemas para concentrarse, prestar atención y permanecer sentados.</p>	<p>Pujol y Palou (2009) caracterizan el (TDAH) Se describe como un trastorno del comportamiento con bases neurobiológicas y una influencia genética significativa. Este trastorno es bastante común, y se estima que afecta entre el 5% y el 10% de la población infantil, siendo aproximadamente en un mayor porcentaje en los niños.</p> <p>Puntuación obtenida a través del "Inventario</p>	<p>Inatención</p> <p>Impulsividad</p> <p>Combinado</p> <p>Autoconciencia</p>	<p>Autoestima Si</p> <p>Mismo</p> <p>Social</p> <p>Hogar</p> <p>Escolar</p>	<p>Las preguntas de los cuestionarios</p>	<p>Cuestionario de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) - Connors</p>

	<p>“Se refiere a la autoevaluación continua que una persona lleva a cabo, expresando una valoración positiva o negativa, lo que indica el grado en que una persona se considera competente, valiosa y exitosa” (Coopersmith, 1996, p. 36).</p>	<p>de de Coopersmith", que consta de 58 ítems y cuyas evidencias psicométricas fueron recopiladas por Hiyo (2018).</p>	<p>Autoaceptación Autoconcepto</p>			<p>Cuestionario de autoestima – Cooper Smith</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

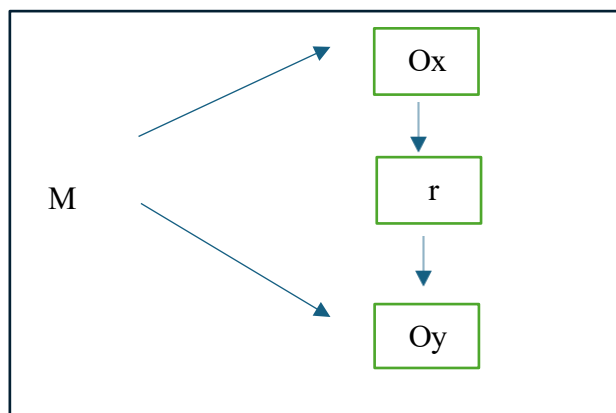
4.1. Diseño metodológico

El presente estudio es de tipo básico, ya que tiene como objetivo ampliar el conocimiento teórico sobre la relación entre el (TDAH) y la autoestima infantil. Se adopta un enfoque cuantitativo, mediante la recolección y análisis de datos numéricos que permiten evaluar la hipótesis planteada (42).

La investigación sigue un diseño no experimental, ya que las variables no se modifican intencionalmente, sino que se examinan y estudian en su entorno natural. Asimismo, se trata de un diseño transversal de alcance correlacional, ya que se busca identificar la relación entre el TDAH y la autoestima en un único punto en el tiempo, sin establecer causalidad (43).

Desde un nivel metodológico, la investigación es correlacional, pues tiene como propósito medir la intensidad y dirección de vinculación de las variables objeto de análisis (43). A continuación, se presenta el esquema del diseño correlacional transversal aplicado en este estudio:

El esquema de este diseño correlacional, transversal es el siguiente:



Fuente: Centro de Salud Mental Qhali Kay

Donde:

M = Muestra de estudio

Ox = Variable correlacional 1; (TDAH)

Oy = Variable correlacional 2; Autoestima del niño

r = Relación entre variables

El estudio es cuantitativo, descriptivo, dado que los resultados serán analizados de manera cuantificable que busca detallar características más relevantes de un fenómeno, así como describir las frecuencias en un grupo o muestra específica (43).

4.2. Método de investigación

Para este estudio se emplea el método descriptivo-correlacional. En este contexto, fue descriptivo, dado que permitió reconocer y describir los elementos más significativos de las variables estudiadas. Adicionalmente, se empleó metodologías correlacionales, pues se intentó determinar la conexión entre las variables en estudio entre el TDAH y la autoestima en la infancia (45).

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Son los conjuntos de elementos accesibles o unidades de análisis que forman parte del ámbito específico en el cual se lleva a cabo el estudio (46).

El presente estudio considera como población a 40 niños de entre 6 y 11 años atendidos en el CSMC Qhali Kay, en la región de Apurímac.

4.3.2. Muestra

Es una porción representativa de la población, que comparte las mismas características generales de esta, y es en ella donde recae las principales conclusiones de la investigación (46).

La muestra estuvo conformada por 20 niños de 6 y 11 años que son atendidos en el CSMC Qhali Kay, en la región de Apurímac.

- **Tipo de muestreo**

La presente investigación siguió un muestreo de tipo intencionada de 20 niños, dado que se evaluará a los participantes presentes al momento de la evaluación.

- **Criterios de inclusión e exclusión**

Criterios inclusión

- Solo se aplicará los instrumentos a los niños de 6 y 11 años que son atendidos en el CSMC Qhali Kay.
- Los niños que acepten participar en nuestro estudio.
- Los niños que pertenezcan en la región de Apurímac.

Criterios de exclusión

- Los niños que no son atendidos en el CSMC Qhali Kay.
- Los niños que no deseen participar en nuestro estudio.
- Los niños que no tengan edades de 6 y 11 años.

4.4. Lugar del estudio y periodo desarrollado

El estudio se realizará en el CSMC Qhali Kay, situado en el distrito y provincia de Abancay, dentro del departamento de Apurímac, Perú, durante el periodo comprendido entre enero y mayo de 2024.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1. Técnicas

De acuerdo a la naturaleza de la indagación se adoptará como técnica encuestas, que son definidas como una herramienta realizada mediante un cuestionario, dirigido exclusivamente a personas, y recopila información sobre sus opiniones, comportamientos o percepciones (47).

- Variable 1

TDAH se emplearon la técnica de la encuesta.

- Variable 2

Autoestima se emplearon la técnica de la encuesta.

4.5.2. Instrumentos

En cuanto al instrumento la investigación pretende utilizar cuestionarios, el cual son herramientas de recolección de datos frecuentemente utilizadas en indagaciones. Consiste en una sucesión de preguntas enumeradas en un formato tabular, acompañadas de posibles respuestas que el encuestado debe seleccionar (47).

- Variable 1

TDAH: Se emplearon el Cuestionario de Conners: Evalúa la presencia y severidad del TDAH en los niños.

- Variable 2

Autoestima: Se emplearon Inventario de Autoestima de Coopersmith: Mide la autoestima infantil en diferentes dimensiones.

Los instrumentos fueron validados en estudios previos, ello asegura su precisión y legitimidad dentro del marco de esta investigación.

4.6. Análisis y procedimiento de datos

Para el análisis de la data recolectado se seguirá las siguientes etapas:

Autorización y Consentimiento: Se gestionará una carta de autorización dirigida al director del CSMC Qhali Kay, solicitando permiso para llevar a cabo la implementación de los instrumentos de medición.

Codificación de Datos: Una vez obtenidas las respuestas, se organizarán en una base de datos utilizando Microsoft Excel 2017, asignando códigos a cada categoría de respuesta.

Análisis Estadístico:

Se calcularán medidas descriptivas (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para caracterizar los niveles de TDAH y autoestima.

Se empleará el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre las dos variables.

Los resultados se interpretarán en función de niveles de significancia estadística ($p < 0.05$) para determinar si la relación observada es significativa.

4.7. Aspectos Éticos en Investigación.

Este estudio se desarrollará conforme a los principios éticos establecidos para investigaciones con población infantil, asegurando el cumplimiento de los siguientes criterios:

Consentimiento informado: Se solicitará la autorización escrita de los progenitores o representantes legales de los participantes.

Confidencialidad y anonimato: Los datos recolectados serán tratados de manera confidencial, garantizando el anonimato de los niños.

No maleficencia: Se evitará cualquier tipo de daño físico o emocional a los participantes durante el estudio.

Beneficencia: Los hallazgos podrán contribuir al diseño de estrategias para mejorar la autoestima de los niños con TDAH.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 1 Perfil sociodemográficos según edad

Edad	n	%
6	3	15%
7	2	10%
8	4	20%
9	4	20%
10	4	20%
11	3	15%
Total	20	100%

La muestra estuvo conformada por un total de 20 participantes, cuyas edades oscilaron entre los 6 y los 11 años. La distribución por edad muestra una representación equilibrada en varios rangos: el 20% de los participantes tenía 8 años, otro 20% tenía 9 años, y un 20% tenía 10 años. Asimismo, el 15% tenía 6 años, otro 15% tenía 11 años, y el grupo menos representado fue el de 7 años, con un 10% del total.

Tabla 2 Perfil sociodemográficos según sexo

sexo	n	%
Masculino	9	45%
Femenino	11	55%
Total	20	100%

La Tabla 2 muestra que la mayoría de los estudiantes participantes en el estudio son de sexo femenino, representando el 55% del total, mientras que el 45% corresponde al sexo masculino. Esta distribución indica una ligera predominancia de mujeres en la muestra, lo cual puede influir en la percepción sensorial y en la aceptabilidad del alimento evaluado, considerando que estudios previos han demostrado que las preferencias alimentarias pueden variar según el sexo.

Tabla 3 Distribución del nivel de autoconciencia

Nivel	fi	%
Bajo	1	5%
Medio	14	70%
Alto	5	25%
Total	20	100%

La evaluación del nivel de autoconciencia de los 20 participantes reveló que la mayoría se encuentra en un nivel medio. En concreto, el 70% (14 personas) presentó un nivel medio de autoconciencia, lo cual indica que estos niños tienen una percepción moderada de sí mismos en términos de emociones, pensamientos y comportamientos. Por otro lado, el 25% (5 participantes) alcanzó un nivel alto de autoconciencia, lo que sugiere una capacidad más desarrollada para el autoanálisis y la reflexión personal. Solo un 5% (1 participante) se ubicó en un nivel bajo, evidenciando una menor conciencia de sí mismo. Estos resultados reflejan una tendencia positiva en el desarrollo de la autoconciencia entre los participantes del estudio.

Tabla 4 Distribución del nivel de autoaceptación

Nivel	fi	%
Bajo	3	15%
Medio	12	60%
Alto	5	25%
Total	20	100%

Respecto al nivel de autoaceptación de los participantes, se observó que la mayoría, equivalente al 60% (12 personas), se ubicó en un nivel medio. Esto sugiere que estos niños tienen una aceptación de sí mismos moderada, posiblemente con algunas áreas de inseguridad o dudas, pero también con aspectos positivos reconocidos en su autopercepción. Un 25% de los participantes (5 personas) alcanzó un nivel alto de autoaceptación, lo que indica una actitud positiva y sólida hacia sí mismos. En contraste, un 15% (3 personas) se situó en un nivel bajo, lo cual puede reflejar dificultades en la valoración personal y en la aceptación de sus propias características. En conjunto, los resultados muestran una tendencia favorable, aunque con una minoría que podría beneficiarse de intervenciones para fortalecer su autoaceptación.

Tabla 5 Distribución del nivel de autoconcepto

Nivel	fi	%
Bajo	4	20%
Medio	14	70%
Alto	2	10%
Total	20	100%

En relación con el nivel de autoconcepto, los datos muestran que la mayoría de los participantes, un 70% (14 personas), se encuentra en un nivel medio. Esto indica que la percepción que tienen de sí mismos en cuanto a habilidades, capacidades y valor personal es moderadamente positiva, aunque no completamente fortalecida. Un 10% (2 personas) alcanzó un nivel alto de autoconcepto, lo que refleja una autoimagen claramente positiva y segura. Por otro lado, un 20% (4 personas) presentó un nivel bajo, lo que podría señalar la existencia de percepciones negativas sobre sí mismos, posiblemente relacionadas con baja autoestima o inseguridad. En general, aunque predomina el nivel medio, estos resultados señalan la importancia de seguir promoviendo el desarrollo de un autoconcepto más sólido en esta población.

Tabla 6 Distribución del nivel de autoestima

Nivel	fi	%
Bajo	1	5%
Medio	16	80%
Alto	3	15%
Total	20	100%

Los resultados sobre el nivel de autoestima muestran que la mayoría de los participantes (80%, es decir, 16 personas) se encuentra en un nivel medio, lo que sugiere que tienen una valoración moderada de sí mismos, probablemente reconociendo tanto aspectos positivos como negativos en su autoimagen. Un 15% (3 personas) se ubicó en un nivel alto de autoestima, lo que indica una percepción bastante positiva y confiada sobre sí mismos. Solo un 5% (1 persona) se clasificó en un nivel bajo, lo que refleja una autovaloración negativa o la presencia de inseguridades importantes. En general, estos datos reflejan que la mayoría de los niños evaluados tienen una autoestima moderada, con una proporción menor mostrando una autoestima alta o baja.

Tabla 7 Distribución del nivel de inatención

Nivel	fi	%
Bajo	0	0%
Medio	10	50%
Alto	10	50%
Total	20	100%

En lo que respecta al nivel de inatención, los resultados muestran una distribución equilibrada entre los niveles medio y alto. El 50% de los participantes (10 personas) presentó un nivel medio de inatención, mientras que el otro 50% (10 personas) se ubicó en un nivel alto. Es importante destacar que ningún participante registró un nivel bajo de inatención (0%). Esta distribución sugiere que todos los niños evaluados presentan dificultades de atención en diferentes grados, siendo significativa la proporción que alcanza un nivel alto, lo cual podría impactar negativamente en su rendimiento académico y en su capacidad para mantenerse concentrados durante tareas prolongadas. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención para mejorar la atención en esta población.

Tabla 8 Distribución del nivel de impulsividad

Nivel	fi	%
Bajo	2	10%
Medio	10	50%
Alto	8	40%
Total	20	100%

Los resultados correspondientes al nivel de impulsividad indican que la mitad de los participantes (50%, es decir, 10 personas) se encuentran en un nivel medio, lo cual sugiere que presentan conductas impulsivas en ciertas situaciones, aunque sin que estas dominen completamente su comportamiento. Por otro lado, un 40% (8 personas) mostró un nivel alto de impulsividad, lo cual puede implicar dificultades significativas para controlar reacciones inmediatas, tomar decisiones reflexivas o seguir normas establecidas. Solo un 10% de los participantes (2 personas) se ubicó en un nivel bajo, mostrando un adecuado control de sus impulsos. Estos datos revelan que una proporción considerable del grupo presenta niveles de impulsividad que podrían interferir con su adaptación social o rendimiento académico, por lo que sería recomendable considerar intervenciones orientadas al desarrollo del autocontrol.

Tabla 9 Distribución del nivel de combinado

Nivel	fi	%
Bajo	1	5%
Medio	11	55%
Alto	8	40%
Total	20	100%

El análisis del nivel combinado que integra aspectos relacionados con inatención e impulsividad muestra que la mayoría de los participantes se encuentra en un nivel medio, representando el 55% de la muestra (11 personas). Esto indica que más de la mitad de los niños evaluados presentan manifestaciones moderadas de conductas desatentas e impulsivas. Un 40% (8 personas) se ubicó en el nivel alto, lo cual refleja una presencia significativa de dificultades tanto en la atención sostenida como en el control de impulsos. Solo un 5% (1 persona) mostró un nivel bajo en este indicador combinado, lo que representa una minoría con escasas dificultades en estas áreas. En conjunto, estos resultados destacan la necesidad de atención específica para el manejo de comportamientos disruptivos y la mejora de habilidades de autorregulación en una parte importante del grupo evaluado.

Tabla 10 Nivel de trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Nivel	fi	%
Bajo	3	15%
Medio	10	50%
Alto	7	35%
Total	20	100%

Los resultados relacionados con el nivel de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) indican que la mitad de los participantes (50%, es decir, 10 personas) se encuentra en un nivel medio, lo que sugiere la presencia de síntomas moderados asociados al TDAH, posiblemente con afectaciones funcionales en ciertos contextos. Un 35% (7 personas) presentó un nivel alto, reflejando manifestaciones más severas de inatención, impulsividad y/o hiperactividad, que podrían interferir significativamente en su desempeño académico, social o emocional. Por otro lado, solo un 15% (3 personas) se ubicó en un nivel bajo, mostrando pocos o ningún indicio del trastorno. En general, estos resultados evidencian que un porcentaje considerable de la muestra presenta niveles moderados a altos de síntomas compatibles con TDAH, lo que subraya la importancia de intervenciones psicoeducativas y clínicas oportunas para abordar estas necesidades.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 11 Relación de TDH y autoestima

			TDH	AUTOESTIMA
Rho de Spearman	TDH	Coeficiente de correlación	1.000	,673**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	20	20
	AUTOESTIMA	Coeficiente de correlación	,673**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima muestran una relación significativa y positiva. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.673 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación moderada y positiva entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de síntomas del TDAH (como inatención, impulsividad e hiperactividad), también tiende a aumentar la autoestima, aunque la relación no es extremadamente fuerte. Es importante destacar que la significancia estadística (valor $p = 0.001$) respalda la solidez de esta correlación. En términos prácticos, los resultados sugieren que los niños con síntomas más elevados de TDAH podrían experimentar, en promedio, niveles más bajos de autoestima, aunque esta correlación no necesariamente implica causalidad directa, por lo cual se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 12 Relación de inatención y autoestima

		INATENCIÓN	AUTOESTIMA
Rho de Spearman	INATENCIÓN	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1.000 ,985** 0.000
		N	20 20
	AUTOESTIMA	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,985** 1.000 0.000
		N	20 20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima revelan una relación significativa y positiva. El coeficiente de correlación de Spearman es 0.673 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación moderada entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de síntomas del TDAH (como inatención, impulsividad e hiperactividad), también tiende a incrementarse la autoestima, aunque la relación no es extremadamente fuerte. Es importante resaltar que la significancia estadística (valor $p = 0.001$) valida la solidez de esta correlación. En términos prácticos, los resultados sugieren que los niños con síntomas más elevados de TDAH podrían presentar niveles más bajos de autoestima en promedio. No obstante, esta correlación no implica necesariamente causalidad directa, por lo que se deben considerar otros factores que puedan influir en esta relación.

Tabla 13 Relación de inatención y autoestima

			IMPULSIVIDAD	AUTOESTIMA
Rho de Spearman	IMPULSIVIDAD	Coefficiente de correlación	1.000	,953**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	20	20
	AUTOESTIMA	Coefficiente de correlación	,953**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre impulsividad y autoestima muestran una relación significativa y extremadamente fuerte. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.953 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación positiva muy alta entre ambas variables. Esto sugiere que a medida que aumenta la impulsividad, también tiende a aumentar la autoestima de los participantes. Es relevante destacar que el valor $p = 0.000$ respalda la significancia estadística de esta correlación, lo que confirma que la relación observada no es producto del azar. Sin embargo, aunque la correlación es fuerte, no necesariamente implica causalidad directa, por lo que sería necesario realizar más estudios para comprender mejor esta conexión. Este hallazgo podría reflejar que los niños con niveles más altos de impulsividad tienden a tener una autoestima más alta, aunque esta relación no es completamente explicada por los datos disponibles.

Tabla 14 Relación de inatención y autoestima

			COMBINADO	AUTOESTIMA
Rho de Spearman	COMBINADO	Coefficiente de correlación	1.000	,985**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	20	20
	AUTOESTIMA	Coefficiente de correlación	,985**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el nivel combinado (que integra los aspectos de inatención e impulsividad) y autoestima muestran una relación extremadamente fuerte y significativa. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.985 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación positiva casi perfecta entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de inatención e impulsividad combinados, también tiende a aumentar la autoestima de los participantes. La significancia estadística (valor $p = 0.000$) respalda la solidez de esta correlación, lo que implica que la relación observada no es producto del azar. Sin embargo, es importante señalar que aunque la correlación es extremadamente fuerte, no necesariamente implica causalidad directa, y se deben considerar otros factores que puedan influir en este comportamiento. Este hallazgo podría indicar que los niños con mayores dificultades de atención e impulsividad tienden a tener una autoestima más alta, aunque esta relación necesita más estudios para ser completamente comprendida.

Tabla 15 Relación de TDH y autoconciencia

			TDH	AUTOCONCIENCIA
Rho de Spearman	TDH	Coefficiente de correlación	1.000	,666**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	20	20
	AUTOCONCIENCIA	Coefficiente de correlación	,666**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autoconciencia muestran una relación significativa y moderada. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.666 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación positiva moderada entre ambas variables. Esto sugiere que a medida que los niveles de síntomas del TDAH (como inatención, impulsividad e hiperactividad) aumentan, también tiende a aumentar la autoconciencia de los participantes, aunque la relación no es extremadamente fuerte. Es importante destacar que el valor $p = 0.001$ respalda la significancia estadística de esta correlación, lo que implica que la relación observada no es producto del azar. Sin embargo, aunque la correlación es significativa, no necesariamente implica causalidad directa, por lo que sería relevante explorar más a fondo las posibles interacciones entre el TDAH y el nivel de autoconciencia.

Tabla 16 Relación de TDH y autoconcepto

			TDH	AUTOCONCEPTO
Rho de Spearman	TDH	Coefficiente de correlación	1.000	,673**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	20	20
	AUTOCONCEPTO	Coefficiente de correlación	,673**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el autoconcepto muestran una relación positiva y significativa. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.673 con un nivel de significancia de $p = 0.001$, lo que indica que existe una correlación moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto significa que a medida que aumentan los síntomas del TDAH (como la inatención, impulsividad e hiperactividad), también tiende a cambiar la percepción que los niños tienen de sí mismos.

Tabla 17 Relación de TDH y autoaceptación

	TDH		TDH	AUTOACEPTACIÓN
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1.000	,747**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	20	20
	AUTOACEPTACIÓN	Coefficiente de correlación	,747**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	20	20

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autoaceptación revelan una relación significativa y fuerte. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0.747 ($p < 0.01$), lo que indica una correlación positiva moderadamente fuerte entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de síntomas del TDAH (como inatención, impulsividad e hiperactividad), también tiende a aumentar la autoaceptación de los participantes, lo cual podría indicar que los niños con TDAH desarrollan una mayor aceptación de sus características personales a medida que se hacen más conscientes de ellas. Es relevante destacar que el valor $p = 0.000$ respalda la significancia estadística de esta correlación, lo que implica que la relación observada es altamente confiable y no es producto del azar. Sin embargo, aunque la correlación es fuerte, no necesariamente implica causalidad directa, por lo que se deben considerar otros factores que puedan influir en la relación entre TDAH y autoaceptación.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

Contrastación de la Hipótesis General

H₀: No existe una relación significativa entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay, Abancay – 2024.

H₁: Existe una relación significativa entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay, Abancay – 2024.

La hipótesis general alternativa planteaba que existe relación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay, Abancay – 2024. Esta hipótesis queda confirmada con los resultados obtenidos en la Tabla 10, donde se muestra un coeficiente de correlación de Spearman de **0.673** con una significancia estadística de **p = 0.001**. Esta correlación positiva y moderadamente fuerte indica que a mayor presencia de síntomas de TDAH, se observa también una tendencia al aumento en los niveles de autoestima, lo cual resulta estadísticamente significativo. Por lo tanto, se acepta la hipótesis general alternativa.

Contrastación de la Hipótesis específica 1

H₀: No existe una relación significativa entre la dimensión inatención del TDAH y la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre la dimensión inatención del TDAH y la autoestima.

La primera hipótesis específica planteaba que existe relación entre la dimensión inatención del TDAH y la autoestima. Aunque no se presentó una tabla exclusivamente para la inatención de forma aislada, se cuenta con el análisis del nivel combinado (inatención + impulsividad), que reportó una correlación muy alta ($r = 0.985$, $p = 0.000$) con la autoestima. Esto permite inferir que la inatención, como parte del componente combinado, guarda una relación significativa con la autoestima. Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa específica 1, aunque con la observación de que se sustenta desde un análisis compuesto.

Contrastación de la Hipótesis específica 2

H₀: No existe una relación significativa entre la dimensión impulsividad del TDAH y la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre la dimensión impulsividad del TDAH y la autoestima.

Respecto a la relación entre la impulsividad y la autoestima, la Tabla 12 proporciona un coeficiente de correlación de 0.953 con un nivel de significancia de $p = 0.000$, lo cual indica una correlación muy fuerte y positiva. Este resultado respalda de forma clara y directa la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Por consiguiente, la hipótesis alternativa específica 2 se confirma plenamente.

Contrastación de la Hipótesis específica 3

H₀: No existe una relación significativa entre la presentación combinada del TDAH y la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre la presentación combinada del TDAH y la autoestima.

La tercera hipótesis específica proponía una relación entre el TDAH en su forma combinada y la autoestima. Según la Tabla 13, se obtuvo un coeficiente de Spearman de 0.985 con una significancia de $p = 0.000$, lo cual representa una correlación extremadamente fuerte y positiva. Estos resultados confirman de manera contundente la existencia de dicha relación, por lo que se acepta la hipótesis alternativa específica 3.

Contrastación de la Hipótesis específica 4

H₀: No existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoconciencia de la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoconciencia de la autoestima.

En cuanto a la relación entre el TDAH y la dimensión autoconciencia de la autoestima, los datos de la Tabla 14 revelan un coeficiente de correlación de 0.666 con una significancia de $p = 0.001$. Esta correlación positiva y moderada indica una relación significativa entre ambas variables, lo que respalda la existencia de una conexión entre los síntomas del TDAH y el nivel de autoconciencia en los niños. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa específica 4.

Contrastación de la Hipótesis específica 5

H₀: No existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoaceptación de la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoaceptación de la autoestima.

La quinta hipótesis específica, que plantea una relación entre el TDAH y la autoaceptación, también se demuestra. La Tabla 16 muestra un coeficiente de 0.747 con $p = 0.000$, lo que representa una correlación positiva fuerte y significativa. Esto permite afirmar con evidencia empírica que los niños con mayor presencia de síntomas del TDAH tienden a presentar también un mayor nivel de autoaceptación. En consecuencia, se acepta la hipótesis alternativa específica 5.

H₀: No existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoconcepto de la autoestima.

H₁: Existe una relación significativa entre el TDAH y la dimensión de autoconcepto de la autoestima.

Por último, la hipótesis específica 6, que propone una relación entre el TDAH y el autoconcepto, se valida con los datos de la Tabla 15. Esta muestra una correlación de 0.673 con una significancia de $p = 0.001$, lo que representa una relación positiva moderada y significativa. Con base en este resultado, se concluye que existe una relación entre los síntomas del TDAH y la percepción que los niños tienen de sí mismos. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa específica 6.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

Los resultados de la presente investigación indican que existe una correlación positiva y significativa entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la autoestima en los niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay. Este hallazgo difiere de estudios como el de Albores en México, quien encontró una relación negativa entre el TDAH y la autoestima, señalando que los niños con síntomas más severos presentaban una baja

autoestima, mayor frustración y dificultades en sus relaciones interpersonales (3). Sin embargo, esta diferencia puede explicarse por el contexto psicosocial o por factores de resiliencia presentes en la muestra actual.

Asimismo, Martín en España concluyó que los síntomas del TDAH se asocian con una menor autoestima, mayor desregulación emocional y presencia de ansiedad, lo cual genera una autopercepción negativa en los infantes. A diferencia de lo reportado por él, en esta investigación se observa una tendencia positiva, lo que sugiere que ciertos niños pueden mantener o desarrollar una autoestima adecuada a pesar de los síntomas del trastorno (11).

En contraste, los hallazgos actuales son más coherentes con lo reportado por Fernández en Lima, quien halló una correlación moderada positiva entre el TDAH y la autoestima en niños de educación básica regular, destacando que los niños con mejor autoestima también tendían a manifestar menor riesgo de TDAH (17). Este resultado reafirma que la autoestima no siempre se ve deteriorada por la presencia del trastorno, especialmente cuando existen factores protectores.

También se puede relacionar con el estudio de García, quien encontró que los niños con mayor autoestima presentaban una mejor capacidad atencional. Aunque su muestra fue de estudiantes de 5 años y enfocada en atención focalizada, este estudio respalda la idea de que autoestima y rendimiento atencional pueden estar vinculados positivamente (18).

Sin embargo, investigaciones como las de Jáuregui en Trujillo no hallaron asociación significativa entre déficit de atención y autoestima en ninguna de sus dimensiones, aunque sí se reportó una leve correlación inversa con la autonomía (15). Esta discrepancia puede deberse al hecho de que su estudio se enfocó solo en el componente atencional del TDAH, sin contemplar la impulsividad ni la hiperactividad.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación revelaron una fuerte correlación entre la impulsividad y la autoestima, lo que guarda relación con el trabajo de Castillo en Chile, quien, mediante una revisión sistemática, determinó que la actividad física mejora diversos aspectos emocionales y sociales en niños con TDAH, incluyendo la autoestima, sugiriendo que un niño activo puede mantener una percepción positiva de sí mismo a pesar de sus síntomas (13).

Respecto al TDAH combinado, también se evidenció una relación positiva con la autoestima. Este resultado coincide parcialmente con lo reportado por Barrachina en España, quien identificó que muchos niños con TDAH no responden bien a la medicación convencional, por lo cual es importante recurrir a estrategias complementarias, como la actividad física, que pueden fortalecer la percepción personal y el desarrollo integral del niño (14).

Además, al observar la dimensión de la autoestima relacionada con la autoconciencia, se encontró una correlación significativa con el TDAH. Esto se vincula con los hallazgos de Martín, quien destacó que la autoconciencia es una dimensión afectada por los síntomas del trastorno, generando en muchos casos autopercepciones negativas si no se trabaja adecuadamente con el niño (11).

En cuanto a la autoaceptación y el autoconcepto, también mostraron correlaciones positivas con el TDAH. Esto se relaciona con los resultados de Guzmán et al en Guatemala, quienes evidenciaron que muchos docentes carecen de formación especializada para identificar y abordar el TDAH, lo cual puede influir directamente en cómo se sienten los niños respecto a sí mismos en el contexto escolar. La formación docente adecuada podría influir positivamente en estas dimensiones (12).

Finalmente, Cabanillas en Trujillo encontró una correlación significativa y negativa entre los síntomas de déficit de atención y la autoestima escolar, lo que contrasta con los hallazgos del presente estudio. Sin embargo, esa investigación también sugiere que, en contextos de mayor apoyo escolar y emocional, los efectos negativos del TDAH sobre la autoestima pueden mitigarse (16).

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

En relación con los resultados obtenidos, se destaca la importancia de mantener una conducta ética y responsable durante todo el proceso investigativo, en concordancia con el Código de Ética de Investigación de la Universidad Nacional del Callao (Resolución N° 260-2019-CU). La recolección y análisis de datos se realizaron respetando la confidencialidad de los participantes y asegurando la veracidad de los resultados, principios fundamentales establecidos en los reglamentos institucionales. Asimismo, se garantizó el consentimiento informado y la participación voluntaria, cumpliendo con los lineamientos éticos que promueven el respeto, la objetividad y la transparencia. Estos aspectos refuerzan la validez de los hallazgos y reflejan el compromiso con una investigación científica íntegra, conforme al marco ético vigente de la UNAC

VII. CONCLUSIONES

1. Los resultados de la investigación demuestran que existe una relación significativa entre el TDAH y la autoestima en los niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay. Esta relación se presenta principalmente de forma moderada y positiva, lo que sugiere que, aunque el TDAH puede influir en la autoestima, los niños pueden mantener un nivel adecuado de percepción sobre sí mismos, dependiendo de factores adicionales, como el apoyo familiar y escolar.
2. La investigación evidenció que la inatención está positivamente correlacionada con la autoestima en los niños. Aunque los síntomas de inatención pueden influir en cómo se perciben los niños, en algunos casos no afectan negativamente su autoestima. Este hallazgo resalta la importancia de las intervenciones tempranas, que pueden ayudar a mitigar los efectos de la inatención y promover una percepción positiva de sí mismos en los niños con TDAH.
3. Los resultados revelaron que la impulsividad tiene una correlación positiva con la autoestima. Esto indica que, aunque los niños con TDAH pueden presentar problemas de impulsividad, estos no necesariamente se traducen en una baja autoestima. En cambio, una mayor impulsividad en algunos niños podría estar asociada con una autoestima más alta, probablemente debido a la capacidad de estos niños para enfrentar desafíos y mostrar resiliencia.
4. Se encontró que la dimensión TDAH combinado, que involucra síntomas tanto de inatención como de impulsividad/hiperactividad, presenta una correlación significativa con

la autoestima. A pesar de la combinación de síntomas, los niños con TDAH combinado no necesariamente tienen una baja autoestima, lo que sugiere que otros factores como el contexto familiar y educativo pueden mitigar los efectos de los síntomas combinados en su percepción personal.

5. Los resultados mostraron una correlación positiva significativa entre el TDAH y la autoestima en su dimensión de autoconciencia, lo que implica que los niños con TDAH, a pesar de los retos que enfrentan, pueden tener un buen nivel de autoconocimiento y autoaceptación. Esta correlación positiva sugiere que los niños que son conscientes de sus limitaciones y fortalezas pueden desarrollar una autoestima más saludable.

6. En relación con la autoaceptación, se encontró una correlación positiva significativa con el TDAH. Los niños con TDAH en la muestra de estudio demostraron que, a pesar de las dificultades asociadas al trastorno, la aceptación de sí mismos no siempre se ve afectada. Esto refuerza la idea de que, cuando existen intervenciones adecuadas y apoyo social, los niños con TDAH pueden mantener un nivel adecuado de autoaceptación.

7. En la dimensión de autoconcepto, los resultados de la investigación revelaron una correlación positiva significativa entre el TDAH y la autoestima. Los niños con TDAH fueron capaces de mantener un autoconcepto positivo, a pesar de los retos que enfrentan debido a sus síntomas. Esto resalta la importancia de promover una buena autoestima y autoconcepto en niños con TDAH a través de estrategias educativas y de intervención emocional.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Es recomendable implementar programas de intervención temprana que integren estrategias tanto pedagógicas como emocionales, enfocadas en fortalecer la autoestima de los niños con TDAH. Además, es fundamental capacitar a los docentes y familiares sobre las particularidades del TDAH para poder brindar el apoyo necesario, favoreciendo un ambiente que promueva el bienestar emocional y social de los niños.

2. Es importante diseñar y aplicar estrategias educativas personalizadas para los niños con dificultades de inatención, buscando mejorar su concentración sin afectar su autoestima. Se recomienda proporcionarles técnicas de organización y manejo del tiempo que no solo mejoren su rendimiento académico, sino también su percepción de éxito y autoeficacia, fomentando una autoestima positiva.

3. Es recomendable implementar programas que ayuden a los niños con TDAH a controlar sus impulsos, a través de técnicas de regulación emocional y entrenamiento en habilidades sociales. La creación de un entorno estructurado y predecible también puede ayudar a reducir las conductas impulsivas, promoviendo una mayor seguridad en sí mismos y, por ende, mejorando su autoestima.

4. Para los niños con TDAH combinado, es crucial ofrecer un enfoque multidisciplinario que combine tanto intervenciones farmacológicas como terapias psicosociales. Deberían implementarse actividades de desarrollo emocional que fortalezcan la autoaceptación y el autoconcepto, con el objetivo de reducir los

efectos negativos sobre la autoestima relacionados con la combinación de síntomas.

5. Se recomienda fomentar la autoconciencia positiva a través de actividades que promuevan el autoconocimiento y la reflexión en los niños con TDAH. Es importante enseñarles a identificar y valorar sus habilidades y logros, lo que contribuirá a mejorar su autopercepción y autoestima. Las intervenciones deben enfocarse en destacar sus fortalezas y potencialidades, en lugar de centrarse únicamente en las dificultades asociadas con el trastorno.

6. Para promover la autoaceptación en los niños con TDAH, se recomienda que se desarrollen actividades que favorezcan una mentalidad de crecimiento. Los programas educativos y terapéuticos deben ayudar a los niños a aceptar sus limitaciones sin dejar de reconocer sus capacidades y logros. Además, se debe involucrar a los padres y educadores en el proceso de fomento de una actitud positiva hacia el autoconocimiento y la aceptación personal.

7. Se recomienda desarrollar actividades que ayuden a los niños con TDAH a mejorar su autoconcepto. Esto puede incluir la realización de actividades que resalten sus talentos y cualidades personales, además de brindarles oportunidades para el éxito en distintas áreas de su vida. También es importante fortalecer el apoyo emocional de los padres y docentes para garantizar que los niños tengan un entorno positivo que promueva una visión saludable de sí mismos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2020; 83(3): p. 148-156.
2. Instituto Nacional de la Salud Mental. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. [Online]. Acceso 2024 de Mayo de 24. Disponible en: https://www.ocecd.org/Downloads/adhd_booklet_spanish_cl5082.pdf.
3. Albores I. Influencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la autoestima de niños de educación básica en Chiapas. Revista Ra Ximhai. 2021; 17(1).
4. Santolalla P. Actividad física para la mejora de las funciones cognitivas en niños y niñas con TDAH: una revisión bibliográfica. Habilidad Motriz: revista de ciencias de la actividad física y del deporte. 2022; 58(1).
5. Martínez Cañamero L, FCM, GFT, AMD, & GCMP. Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. Revista iberoamericana de psicología y salud. 2021; 4(3).
6. Morales D, Berumen F, Tenorio D. Educación inclusiva: Impacto de la Equinoterapia como herramienta para Niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Revista Veritas de Difusão Científica. 2025; 6(1).
7. García J, Calleros J. Videojuegos en educación especial: niños con TDAH.. Revista de la Asociación Interacción Persona Ordenador (AIPO). 2021; 2(1).
8. Barboza A, Barboza S. Dispositivo inteligente que ayuda a los padres y maestros en la creación de disciplina en niños con TDAH. Revista IDI+. 2025; 7(2).

9. Moroni CM,NLH,CMH,RZG,&CVC. Funcionamiento familiar y síntomas del TDAH como predictores de síntomas de depresión. Revista Internacional de Estudios en Educació. 2024; 6(1).
10. Conforme JAG,&MEKA. Efectos de las actividades lúdicas en la reducción de la hiperactividad en niños con TDAH. Ciencia Y Educación. 2024; 5(8).
11. Martín A. Influencia del diagnóstico de TDAH en la autoestima, regulación emocional y presencia de ansiedad en niños y adolescentes. Trabajo de fin de máster. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de ciencias humanas y sociales.
12. Guzmán M, Chocoj M, Alfaro I, Ríos A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la escuela primaria. Revista Académica Sociedad del Conocimiento CUNZAC. 2022; 2(1).
13. Castillo A, Montalva F, Nanjarí R. Actividad Física, Ejercicio Físico y Calidad de Vida en niños y adolescentes con Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2021; 20(5).
14. Barrachina I. Revisión de los efectos de la actividad física y de la influencia de distintos deportes en el alumnado con TDAH. Tesis de bachiller. Valencia: Universidad Católica San Vicente Mártir, Facultad de magisterio y ciencias de la educación.
15. Jáuregui F. Déficit de atención y autoestima de estudiantes nivel primaria en una institución educativa, Trujillo-2023. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias de la salud.
16. Cabanillas M. Déficit de atención y Autoestima en niños de quinto grado de primaria en una institución educativa de Trujillo 2022. Tesis de pregrado. Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias de la salud.

17. Fernández A. Autoestima y trastorno de déficit de atención en estudiantes de cinco y seis años EBR, San Juan de Lurigancho. Tesis de pregrado. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias de la salud.
18. García G. Autoestima y niveles de atención en niños de una institución educativa inicial, Villa María del Triunfo, 2024. Tesis de pregrado. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias de la salud.
19. Sunción Aching JM. Desorden atencional asociado a trastorno de déficit de atención con hiperactividad - TDAH en la escuela [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Tumbes]. Yurimaguas : UNTUMBES-Institucional.
20. Minguillo Calle JM. Reprobación en los Niveles de Primaria y Secundaria de Dos Colegios de Sullana – Piura Asociado al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad [Tesis para optar el título de profesional de médico cirujano]..
21. Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres Henry J HJ, Puentes Rozo P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019; 21(83): p. e101-e108.
22. Agencia de Información Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña / Agència d'Informació Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con. En Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS); 2010.
23. Morán Albines DC. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el aprendizaje de los niños [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Tumbes]. Sullana: Repositorio Institucional - UNTUMBES.

24. del Cisne Tapia Tapia K. Déficit de atención y bajas calificaciones en niños de la Unidad Educativa Mons. Alberto Zambrano Palacios –Olmedo.[Tesis, Universidad Nacional de Loja]. Loja: Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.
25. Sunci6n J. Desorden atencional asociado a trastorno de d6ficit de atenci6n con hiperactividad - TDAH en la escuela[Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Tumbes]. Tesis de pregrado. Yurimaguas: Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de ciencias de la salud.
26. MINSA. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD..
27. Torrente Robledillo C. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL.[Tesis de Posgrado, Universidad de Jaén]. Jaén: Repositorio UNJ.
28. Garcia Giral M, Nicolau R&VM. Clínic Barcelona. [Online]; 2022. Acceso 24 de Mayode 2024. Disponible en:
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/causas-y-factores-de-riesgo>.
29. Del Rosario Gontaruk VS. Evidencias psicométricas del cuestionario de conocimientos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en docentes de cuatro distritos de Lima Metropolitana[Tesis para título profesional, Universidad Marcelino Champagnat]. Repositorio institucional UMCH.

30. Fernandez Bocanegra JC. Intervención Psicopedagógica en alumnos (niños) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad[Tesis para especialidad, Universidad Nacional de Tumbes]. Piura: Repositorio Institucional - UNTUMBES.
31. Rould Torres AM. Beneficio del Tratamiento Multimodal en Pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de julio a diciembre del 2015.[Tesis, Universidad San Juan Bautista]. Repositorio Institucional - UPSJB.
32. CASTILLO ARMIJO PE, HENRÍQUEZ SEPÚLVEDA CE, HERNÁNDEZ ABURTO JV, MONTOYA CASTRO VA, SALGADO LECARO YDR. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. Revista Enfoques Educativos. 2021; 18(1): p. 40-62.
33. Álava Sordo S. Relación entre diagnóstico de TDAH y los procesos intelectuales y atencionales en muestra clínica: comparación entre TDAH y Trastorno de Aprendizaje.[Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional de la UAM.
34. Amores Yagual CA. Intervención psicopedagógica en estudiantes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Repositorio Universidad Estatal Península de Santa Elena.
35. Aquije Cárdenas GA, Cahuana Huaman LM, Huaman Cuaresma E. Autoestima y Rendimiento Académico en estudiantes de 5to Año de Secundaria de la Gran Unidad Escolar Miguel Grau, Abancay, 2019[Tesis para título, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Universidad Autónoma de Ica.

36. Trujillo Bautista FM. Inteligencia emocional y autoestima en estudiantes de sexto grado del nivel primaria.[Tesis para título, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP.
37. Huamán Flores EJ, Damiano Oscco J. Nivel de autoestima en estudiantes de Educación Primaria de San Jerónimo, Apurímac-2021.[Tesis para título, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Universidad Autonoma de Ica.
38. Ruiz Ahuanari M. “LAAUTOESTIMA”[Tesis para bachiller, Universidad Científica del Perú]. San Juan Bautista – Maynas: Repositorio UCP.
39. Medina Marroyo R. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN INFANTIL.[Tesis de grado, Universidad de Valladolid]. Palencia: Repositorio Documental UVa.
40. Avalos Uceda KL. Autoestima en adolescentes de 1° Y 5° de secundaria de la I.E. “Lucie Rynning de Antunez de Mayolo”, Rímac – 2014.[Tesis para título profesional, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Lima: REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCH.
41. Asociación Elisabeth d'Ornano para el trastorno de deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). [Online] Acceso 24 de Mayode 2024. Disponible en: <https://www.elisabethornano.org/es/tdah/glosario/>.
42. Arias J, Covinos M. Metodología de la Investigación; 2021.
43. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación; 2019.
44. Gálvez S, Pereira E. Influencia de la música en alumnos con TDAH: un estudio de revisión en contexto español. Per Musi. 2024; 25(1).

45. Cohen N, Gómez G. Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños [Internet]. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2019 [consultado 9 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5402197>
46. Condori P. Universo, población y muestra. Curso Taller [Internet]. 2020; Available from: <https://www.aacademica.org/cporfirio/18.pdf>
47. Arias J, Covinos M. Diseño y Metodología de la investigación. ENFOQUES Consult EIRL [Internet]. 2021; Available from: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf

X. ANEXOS

Anexo 1

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE1: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión Inatención se relaciona la autoestima en niños de 6 a 11 años del Centro de Salud Mental Comunitario</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del Centro de Salud Mental Comunitario Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: • Establecer la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión inatención y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p>	<p>General:</p> <p>HG: Existe relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>H0: Hipótesis Nula</p> <p>No existe relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>Específicas:</p> <p>HE1: Existe relación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)</p>	<p>V1:</p> <p>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)</p> <p>V2:</p> <p>Autoestima</p>	<p>Inatención</p> <p>Impulsividad</p> <p>Combinado</p> <p>Autoconciencia</p> <p>Autoaceptación</p> <p>Autoconcepto</p>	<p>Autoestima Si</p> <p>Mismo</p> <p>Social</p> <p>Hogar</p> <p>Escolar</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Correlacional</p> <p>Diseño de la investigación:</p> <p>El diseño de investigación es No experimental - transversal</p> <p>Método de investigación:</p> <p>El método que se usó en la presente investigación es el descriptivo, ya que describe la variable del estudio.</p> <p>Población:</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por 40 niños de sexo femenino y masculino con edades que oscilan entre 6 a 11 años aproximadamente,</p>

<p>Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>PE2: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión impulsividad se relaciona con la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>PE3: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión TDAH combinado se relaciona con la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>PE4: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se relaciona con la autoestima</p>	<p>OE2: • Identificar la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión impulsividad y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>OE3: • Identificar la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión TDAH combinado y la autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>OE4: • Identificar la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión</p>	<p>en su dimensión inatención y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>HE2: Existe la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión impulsividad y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>HE3: Existe la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su dimensión TDAH combinado y autoestima en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>HE4: Existe la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconciencia en niños de 6 a 11 años</p>				<p>del Centro de Salud Mental Qhali Kay 2024.</p> <p>Muestra: M= 30</p> <p>Lugar de estudio: El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental Qhali Kay, ubicado en el distrito y provincia de Abancay, departamento de Apurímac, durante los meses de enero a mayo del 2024).</p> <p>Técnicas e instrumentos para la recolección de la investigación: Para recolectar datos se utilizó la técnica de la encuesta y los instrumentos serán los cuestionarios de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Conners) y autoestima (Cooper Smith).</p> <p>Análisis y procedimientos de datos:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>en su dimensión autoconciencia en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>PE5: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se relaciona con la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p> <p>PE6: ¿Cómo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se relaciona con la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024?</p>	<p>autoconciencia en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>OE5: • Identificar la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>OE6: • Identificar la relación que existe entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p>	<p>del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>HE5: Existe la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoaceptación en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p> <p>HE6: Existe la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la autoestima en su dimensión autoconcepto en niños la autoestima baja en niños de 6 a 11 años del CSMC Qhali Kay Abancay, Apurímac – 2024.</p>				<p>Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva para presentar los datos en tablas de frecuencia y gráficos estadísticos, y para la prueba de hipótesis se hizo uso de la estadística inferencial, específicamente la prueba del chi cuadrado, ya que las variables son cualitativas nominales.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 2

Questionario de conducta de CONNERS para Padres

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

**Cuestionario de conducta de CONNERS para CUESTIONARIO DE
CONDUCTA EN EL HOGAR**

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.	0	1	2	3
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarrado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto				

14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutidor				
21. Es huraño, coge berrinches				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(Continuación)

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				

44. Tiene vómitos con cierta frecuencia				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSION ESCOLAR

NOMBRE: **EDAD** **SEXO**

AÑO DE ESTUDIOS: **FECHA:**
..... **(M)(F)**

Marque con una Aspa (X) debajo de V ó F, de acuerdo a los siguientes criterios:

V cuando la frase SI coincide con su forma de ser o pensar
F si la frase No coincide con su forma de ser o pensar

	V	F
1. Paso mucho tiempo soñando despierto.		
2. Estoy seguro de mí mismo.		
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.		
4. Soy simpático.		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
6. Nunca me preocupo por nada.		
7. Me abochorno (me da plancha) pararme frente al curso para hablar.		
8. Desearía ser más joven.		
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.		
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12. Me incomodo en casa fácilmente.		
13. Siempre hago lo correcto.		
14. Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela)		
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.		

16.Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.		
17.Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.		
18. Soy popular entre compañeros de mi edad.		
19.Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.		
20.Nunca estoy triste.		
21.Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.		
22. Me doy por vencido fácilmente.		
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.		
24. Me siento suficientemente feliz.		
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.		
26. Mis padres esperan demasiado de mí.		
27.Me gustan todas las personas que conozco.		

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

(Continuación)

28. Me gusta que el profesor me interrogue en clase.		
29. Me entiendo a mí mismo		
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.		
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.		
32. Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.		
33. Nadie me presta mucha atención en casa.		
34. Nunca me regañan.		
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.		
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.		
37. Realmente no me gusta ser muchacho (muchacha)		
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.		
39. No me gusta estar con otra gente.		
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.		
41. Nunca soy tímido.		
42. Frecuentemente me incomoda la escuela.		
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.		
44. No soy tan bien parecido como otra gente.		
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.		
46. A los demás "les da" conmigo.		
47. Mis padres me entienden.		
48. Siempre digo la verdad.		
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.		
50. A mí no me importa lo que pasa.		
51. Soy un fracaso.		
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.		
53. Las otras personas son más agradables que yo.		

54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.		
55. Siempre sé que decir a otras personas.		
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.		
57. Generalmente las cosas no me importan.		
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.		

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

(Continuación)

PAUTA DE CORRECCIÓN

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)	Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
1	G		30		G
2	G		31		G
3		G	32	S	
4	S		33		H
5	H		34	M	
6	M		35		E
7		E	36	G	
8		G	37		G
9		G	38		G
10	G		39		S
11	S		40		H
12		H	41	M	
13	M		42		E
14	E		43		G
15		G	44		G
16		G	45	G	
17		G	46		S
18	S		47	H	
19	H		48	M	
20	M		49		E
21	E		50		G
22		G	51		G
23	G		52		G
24	G		53		S
25		S	54		H
26		H	55	M	
27	M		56		E
28	E		57		G
29	G		58		G

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

(Continuación)

Inventario de Autoestima – Coopersmith

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre:.....
 Fecha de nacimiento:..... Edad:
 Centro o Colegio:.....
 Curso:..... Fecha:

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)	Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
1			30		
2			31		
3			32		
4			33		
5			34		
6			35		
7			36		
8			37		
9			38		
10			39		
11			40		
12			41		
13			42		
14			43		
15			44		
16			45		
17			46		
18			47		
19			48		
20			49		
21			50		
22			51		
23			52		
24			53		
25			54		
26			55		
27			56		
28			57		
29			58		

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

(Continuación)

NORMAS DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH

(Puntajes T: X= 50, DS=10)

PB : Puntaje Bruto	G : General	E : Escolar
PT : Puntaje Escala	S : Social	H : Hogar
	M : Mentira	T : Total

ESCALA T	
26	20
28	22
30	24
32	26
34	27
36	28
38	29
40	31
42	33
44	34
46	36
48	38
50	39
52	40
54	42
56	44
58	45
60	47
62	48
64	50
66	52
68	54
70	55
72	56
74	58
76	60
78	62
80	64
82	65
84	66
88	70
90	71
92	76
94	80

ESCALA GENERAL	
PB	PT
14	20
16	25
18	30
20	32
22	34
24	36
26	39
28	41
30	44
32	46
34	48
36	50
38	53
40	55
42	58
44	60
46	62
48	65
50	70
52	75

ESCALA SOCIAL	
PB	PT
0	21
2	27
4	33
6	39
8	44
10	50
12	56
14	62
16	70

ESCALA ESCOLAR	
PB	PT
0	24
2	30
4	37
6	44
8	50
10	57
12	65
14	71
16	78

ESCALA MENTIRA	
PB	PT
0	36
4	48
6	54
8	61
10	67
12	74
14	80
16	86

ESCALA HOGAR	
PB	PT
0	28
4	38
6	43
8	47
10	52
12	57
14	63
16	70

INVENTARIO DE AUTOESTIMA COOPER SMITH VERSIÓN ESCOLAR

(Continuación)

INSTRUCCIONES

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responda a cada declaración de modo siguiente:

Si la declaración describe como te sientes usualmente, pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "igual que yo" (columna A) en la hoja de respuestas.

Si la declaración no describe como te sientes usualmente pon una "X" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "distinto a mí" (columna B) en la hoja de repuestas.

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo: Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una "X" en el paréntesis debajo de la frase "igual que yo", frente a la palabra "ejemplo", en la hoja de respuestas.

Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una "X" en el paréntesis debajo de la frase "distinto a mí", frente a la palabra "ejemplo", en la hoja de respuesta.

Marca todas tus respuestas en la hoja de repuestas, no escribas nada en este cuadernillo.

No olvides anotar tu nombre, fecha de nacimiento, y la fecha de hoy en la hoja de respuestas.

Anexo 3

Base de datos

	AUTOCONCIENCIA	AUTOACEPTACIÓN	AUTOCONCEPTO	autoestima
2	12	13	15	40
2	13	15	15	43
1	14	13	13	40
1	14	13	14	41
2	13	13	15	41
1	11	11	12	34
1	12	10	14	36
1	12	10	15	37
2	16	12	16	44
2	14	13	18	45
2	10	14	14	38
2	12	9	18	39
1	11	14	12	37
1	13	13	14	40
1	15	14	15	44
1	13	13	13	39
1	12	12	15	39
2	12	12	16	40
2	13	12	15	40
1	11	14	17	42

	BB	BC	BD	BE	BF
	INATENCIÓN	IMPULSIVIDAD	combinado	tdh	
60	12	13	15	40	
62	13	15	15	43	
72	14	13	13	40	
72	14	13	14	41	
64	13	13	15	41	
58	11	11	12	34	
60	12	10	14	36	
60	12	10	15	37	
78	16	12	16	44	
72	14	13	18	45	
56	10	14	14	38	
60	12	9	18	39	
58	11	14	12	37	
64	13	13	14	40	
68	15	14	15	44	
64	13	13	13	39	
60	12	12	15	39	
60	12	12	16	40	
62	13	12	15	40	
58	11	14	17	42	

Activar Windows