



Universidad
Zaragoza

Trabajo de Fin de Grado

Magisterio en Educación Primaria

La opinión de docentes acerca del
autoestima y autoconcepto en niños con
Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad

Teacher's opinion about self-esteem and
self-concept in children with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder

Autor/a

Alicia Gregorio Solanas

Director/es

Eva Vicente Sánchez

Facultad de Educación

2022/23

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD .	5
2.1.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN.....	5
2.1.2. CARACTERÍSTICAS	7
2.1.3. ETIOLOGÍA	9
2.1.4. PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN	11
2.2. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO	15
2.2.1. AUTOCONCEPTO	15
2.2.2. AUTOESTIMA	16
2.2.3. RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO	17
2.2.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.....	18
2.3. RELACIÓN ENTRE EL TDAH Y EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA	19
3. PROPUESTA DE INDAGACIÓN	23
3.1. Objetivo.....	23
3.2. Metodología e instrumento utilizado para la recogida de información	23
3.3. Participantes	27
3.4. Procedimiento y análisis de datos	28
3.5. Resultados	30
Bloque 1 - Relación entre TDAH, autoestima y autoconcepto	31
Bloque 2 – Causas o factores de la relación.....	31
Bloque 3 – Intervenciones	34
Resultado final.....	37
4. CONCLUSIONES	38
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
6. ANEXOS	48

Resumen

Surge un gran interés por la autoestima y autoconcepto de los niños con TDAH, especialmente sobre la relación entre conceptos. Diferentes artículos defienden la presencia de unos bajos niveles de autoestima y autoconcepto en estos niños, influenciados por diferentes factores.

Este interés nos lleva a la elaboración de este trabajo, en él se realiza una propuesta de indagación que tiene como objetivo conocer y analizar las opiniones de diferentes docentes acerca de la posible relación entre el TDAH y la autoestima y el autoconcepto. Los resultados revelaron la unanimidad de las cuatro entrevistadas acerca de la existencia de dicha relación, concordando con la mayoría de los artículos del marco teórico. Además especificó que estos niños tienden a tener una autoestima baja y que es algo adquirido a través de las experiencias. Al mismo tiempo, esas situaciones son influenciadas por diferentes factores como los iguales, familia y escuela entre otros. Por último, los docentes sugirieron diferentes propuestas de intervención como por ejemplo las dinámicas de grupo.

Palabras clave

TDAH – Autoestima – Autoconcepto – Docentes

Abstract

There is a great interest in the self-esteem and self-concept of children with ADHD, especially about the relationship between concepts. Different articles defend the presence of low levels of self-esteem and self-concept in these children, influenced by different factors.

This interest leads us to the elaboration of this work, in it is made a proposal of inquiry that aims to know and analyze the opinions of different teachers about the possible relationship between ADHD and self-esteem and self-concept. The results revealed the agreement of the four interviewees about the existence of that relation, agreeing with most articles of the theoretical framework. It also specified that these children tend to have low self-esteem and that it is something acquired through experiences. At the same time, these situations are influenced by different factors such as equals, family and school among others. Finally, teachers suggested different intervention proposals such as group dynamics.

Key words

ADHD – Self-esteem – Self-concept – Teachers

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de final de grado tiene como objetivo conocer y analizar las opiniones de diferentes docentes acerca de la posible relación entre el TDAH y la autoestima y el autoconcepto. La selección de este tema surge principalmente por mi propia experiencia personal, ya que me ha tocado vivir desde cerca el TDAH. De este modo, siempre ha sido una gran motivación poder aprender e investigar acerca de esta temática durante mi formación. Además he sido conocedora de situaciones en las que la autoestima de estos niños ha salido afectada tanto positiva como negativamente durante la etapa escolar, por lo que me llamaba la atención seguir indagando en estos términos.

Atendiendo a estas cuestiones, hay que tener en cuenta que en la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es el diagnóstico más común en los niños, abarcando entre un 3% y un 6% (Soutullo, 2008). Estos niños, según recoge el *Decreto 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón*, actualmente se trata de un alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por trastornos de atención o de aprendizaje. Por lo que es vital realizar actuaciones que respondan a todas sus necesidades, incluyendo también las emocionales (BOA, 2022).

Como dice Alcaide et al. (2017), nuestra figura como docentes tiene consecuencias también en el ámbito emocional y es esencial formarse adecuadamente para poder realizar actuaciones adecuadas dentro del aula, atendiendo a la individualidad de cada uno. Por este motivo, el foco de mi trabajo es indagar más acerca de la autoestima y autoconcepto de los niños con TDAH, especialmente desde la perspectiva docente.

La autoestima y autoconcepto son dos conceptos realmente amplios, pero con una gran relevancia para el desarrollo individual de las personas (Contreras y López, 2011). Ambos pueden ser influenciados por diferentes factores, pero los más destacados por autores como Naranjo (2007) o Alcaide et al., (2017) son la familia, la escuela y los iguales. Por ello, desde la postura de docente, se tiene que tener especial cuidado para no tener repercusiones negativas en la construcción que los niños hacen de ellos mismos.

Diferentes estudios ponen en relación el TDAH con la autoestima y el autoconcepto. Especialmente se asocia el trastorno con la baja autoestima y autoconcepto, como dicen Alfonso-Albores (2021) o Foley-Nicpon et al. (2022). Pero también aparece una minoría que se posiciona en contra, diciendo que estos niños demuestran una percepción incrementada en comparación al resto (Molina y Maglio, 2013). Teniendo en cuenta esta base teórica, el propósito de este trabajo es describir las opiniones de diversos docentes acerca de la temática.

El trabajo se compone en primer lugar de una revisión teórica acerca de los conceptos principales que son el TDAH, autoestima y autoconcepto; además de una serie de artículos que establecen lazos entre los términos que nos sirven como base teórica posteriormente. El cuerpo del trabajo es una propuesta de indagación de carácter cualitativo que tiene como principal objetivo conocer y analizar las opiniones de diferentes docentes acerca de la relación que puede tener el TDAH con el autoconcepto y autoestima. Para ello se diseñó una entrevista, que se realizó a cuatro docentes de forma individual. Los datos se analizaron tomando como referencia la Teoría Fundamentada y los resultados obtenidos se pusieron en relación con la literatura recogida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

2.1.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en adelante TDAH, es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes entre los niños, siendo diagnosticado entre el 3% y 6% de ellos (Soutullo, 2008).

A pesar de que en la actualidad no encontramos con multitud de definiciones, la que establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5 (APA, 2013, p.33) entiende el trastorno como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad”.

El concepto del TDAH tal y como lo conocemos hoy en día ha pasado por varias etapas a lo largo del tiempo. Es Alexander Crichton (1798, citado en Carrasco-Chaparro, 2022) quien comienza a hablar de dicho concepto bajo el nombre de “dificultad para atender”

y años más tarde será Heinrich Hoffman el primero en dejar por escrito en el cuento para niños *The Story of Fidgety Philip* los síntomas relativos al trastorno. Evidentemente en ese momento no se valoraba como tal el TDAH, sino que era la personalidad que hacía destacar a un personaje (Navarro y García-Villamisar, 2010).

A principios del siglo XX, más concretamente en 1902, es publicado el artículo “Algunos trastornos psíquicos anormales en niños” en la revista “The Lancet” cuyo autor, George Still, hace la primera referencia científica al realizar un estudio a un grupo de niños que describe con actitudes desafiantes, agresivas, desinhibición, dificultades a la hora de mantener la atención y oposición a las normas (López et al., 2016).

En general, hasta ese momento los definen como niños con una gran falta de atención e inhibición, con carencia de control de su conducta y moral, y cuya atención se ve influenciada por los estímulos que suponen una recompensa inmediata.

Still (1902) concluye en su artículo (citado en López et al., 2016) diciendo que dicha desviación social es una enfermedad neurológica debido a la herencia biológica o una lesión durante el nacimiento, no ocasionado por una mala crianza. A raíz de esto, se llegó a considerar que el trastorno venía dado por una lesión cerebral o encefalitis letárgica, pero fue descartado al ver que otros niños con sintomatología de TDAH no presentaban ningún tipo de lesión (Navarro y García-Villamisar, 2010).

Poco a poco se ha ido dando forma al concepto y la primera vez que aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) se denomina “Reacción Hiperkinética de la Infancia” considerado como un trastorno evolutivo benigno (López et al., 2016). En la siguiente edición, gracias a Douglas, se valoró la relación que se establecía entre ese comportamiento inquieto y la inatención, cambiando su denominación a Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (López et al., 2016; Navarro y García-Villamisar, 2010).

Por otro lado, en 1992 se establece en la OMS como entidad clínica y se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades como trastorno del comportamiento y de las emociones (López et al., 2016).

En la actualidad, el DSM-5 lo publica en la sección de trastornos del neurodesarrollo como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS

Tal y como se entiende hoy y se describe en el DSM-5, el TDAH consta de unos síntomas principales que son la inatención, hiperactividad y la impulsividad. Por este motivo es necesario especificar si el trastorno se presenta de forma predominante con falta de atención, predominante hiperactiva-impulsiva o de forma combinada, esto último se refiere a que aparecen síntomas tanto de carácter inatento como hiperactivo. Para poder llevar a cabo el diagnóstico es esencial que se cumplan los 5 criterios enunciados (ver tabla 1). Como se puede ver dentro del primer criterio descrito, se establece que al menos 6 de los síntomas especificados en cada bloque deben estar presentes durante un periodo mínimo de 6 meses y la sintomatología suele aparecer antes de los 12 años. (APA, 2013).

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-5

CRITERIOS DSM-5	
A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):	
1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:	
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.	
a.	Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
b.	Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
c.	Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
d.	Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.

-
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
-

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.
-

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de estos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Fuente: extraído directamente de la cita (APA, 2013, p.33-36)

Otra de las especificaciones esenciales es el nivel de gravedad en el que se presentan los síntomas definidos por el DSM-5 (APA, 2013, p.36) como:

“Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.”

2.1.3. ETIOLOGÍA

Se habla de etiología para referirse a los factores que ocasionan un trastorno. En el caso del TDAH se dice que su origen es multifactorial ya que se valoran diferentes hipótesis acerca de las causas que lo originan. No existe de momento una fundamentación única para que se dé el trastorno, sino se cree que todas ellas contribuyen (Martínez-Martín et al., 2015). Thapar et al., (2012) coincide en que no existe una única causa en el trastorno, sino que hay diferentes factores que incrementan el riesgo y no todos ellos tienen que aparecer para dar con el diagnóstico.

Por un lado se considera el factor genético, ya que existen evidencias que nos afirman que si un familiar está diagnosticado de TDAH hay mayor probabilidad de heredarlo. Concretamente Biederman (2004, citado en Rivera-Flores, 2013) dice que el componente genético representa el 76%. En caso de tratarse de un familiar de primer grado, lo que serían progenitores, hermanos e hijos, se multiplica la probabilidad de diagnóstico entre 2 y 8 veces. Entre hermanos se tienen un 30% de probabilidades, y en caso de ser gemelos la probabilidad aumenta a un 70-80% (Martínez-Martín et al.,

2015). Todas estas ideas acerca de la heredabilidad y los valores estimados son similares a los recogidos en el artículo de Thapar et al., (2012). Con el avance en estudios genéticos, esos mismos autores (Martínez-Martín et al., 2015) afirman que se ha visto relación en la variación genética con trastornos del neurodesarrollo, por lo que se puede incluir en ese gran grupo tal y como hace el DSM-5 desde 2013.

Por otro lado, se atiende a un factor neurobiológico que tiene que ver con la estructura y función cerebral. Según Martínez-Martín et al., (2015, p.64) “los niños con TDAH tienen un menor tamaño cerebral global o de ciertas regiones cerebrales, sobre todo corteza prefrontal, cuerpo calloso, ganglios basales y vermis cerebeloso, relacionados con la función ejecutiva y con el circuito atencional”. A lo que se le puede sumar un retraso en la madurez cortical especialmente en áreas asociadas a la atención. Y es de gran relevancia saber que en los últimos años se han relacionado aspectos como la delgadez cortical en la amígdala y cíngulo anterior con el autocontrol emocional (Martínez-Martín et al., 2015).

También es importante mencionar de la etiología neurotransmisora, que supone una alteración en los niveles de dopamina y noradrenalina. Al no tener valores óptimos para el funcionamiento del cerebro no se lleva a cabo una buena activación de los receptores que identifican la información (Martínez-Martín et al., 2015).

Por último, además de los factores de origen personal, se deben tener en cuenta también los factores ambientales, valorando el periodo prenatal, perinatal y postnatal. Se muestra un mayor riesgo en niños que han sido expuestos a sustancias nocivas como el tabaco y determinados fármacos durante el embarazo, pero no a alcohol y otras sustancias tóxicas (Thapar et al., 2013, citado en Martínez-Martín et al., 2015). Sin embargo, para Knopik et al., (2005, citado en Rivera-Flores, 2013) existen valores significativos de madres dependientes al alcohol antes y durante el embarazo, entrando en debate con los resultados del estudio de Thapar et al. (2013, citado en Martínez-Martín et al., 2015) y Rivera-Flores (2013) en los que solo se consumió alcohol en el 20% de los casos.

Las hemorragias, obesidad e hipotiroidismo durante el embarazo, junto con los niños prematuros y con un peso bajo son otros de los factores que pueden influir e incrementar la probabilidad de TDAH. Por último, el estrés de la madre, acontecimientos traumáticos o edad inferior a 21 junto con un bajo nivel económico

puede relacionarse también con las causas del trastorno (Martínez-Martín et al., 2015) (Thapar, et al., 2012).

2.1.4. PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

De cara a la evaluación de un caso de TDAH es esencial la elaboración de un historial clínico que refleje datos referidos al desarrollo a lo largo del tiempo. Esta recopilación de información debe ser exhaustiva y hasta crear un historial completo. Además es importante que figuren diferentes fuentes de información para pueda ser útil de cara a hacer un buen diagnóstico (Bastardas et al., 2015).

Rodríguez y García (2007), en primer lugar, indican que es oportuno llevar a cabo una entrevista con los padres ya que serán las personas que más información pueden proporcionar del niño. Esta primera toma de contacto debe generar un clima cómodo para favorecer el proceso diagnóstico.

Uno de los instrumentos empleados en este paso es la entrevista semiestructurada (*Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients*: Barkley, 2006, citada por Rodríguez y García, 2007) que brindará información de diversos ámbitos relevantes que nos serán útiles para la formulación de informe, como por ejemplo aspectos de su historia médica, escolar o del desarrollo. Por otra parte está la entrevista *Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P* (Reich et al., 1988, citado en Rodríguez y García, 2007), que proporciona información de la conducta del niño desde la perspectiva de los padres.

Bastardas et al. (2015) menciona también la importancia de contar con la familia en el proceso de evaluación, pero en este caso orientado a atender a los antecedentes familiares dado el componente genético del trastorno. Plantea que debe valorarse el historial de los padres y la existencia de posibles síntomas que resulten similares al TDAH, a pesar de que no exista diagnóstico de este; así como también el historial prenatal o perinatal de la madre por la vinculación que puede existir.

Como el DSM-5 requiere la presencia de los síntomas en más de un contexto, es conveniente realizar la entrevista *The Child Attention-Deficit Hyperactivity disorder Teacher Telephone Interview (CHATTI)* (Holmes et al., 2004, citado en Rodríguez y García, 2007) a los docentes para corroborar la presencia en el ámbito escolar.

Por tanto, según estos autores, además de entrevistas, el procedimiento requiere de cuestionarios a padres y docentes, que sirven para ver las conductas en diferentes ámbitos y cuál es el grado de gravedad de cada uno de los síntomas presentes. Para llevar a cabo una recopilación objetiva se requiere de más de una persona por cuestionario, y que se realicen varios para ajustar a la realidad las respuestas obtenidas.

Encontramos una gran cantidad de cuestionarios que evalúan las conductas, y uno de los más relevantes es *The ADHD Rating Scale-IV: Scales ADHDRS-I*. (Du Paul et al., 1998, citado en Rodríguez y García, 2007) cuyos parámetros a rellenar son los diversos síntomas del trastorno que se debe evaluar. También otro de los más sonados es la *Escala de Conners para padres y docentes*, pudiendo así valorar las conductas con exactitud de acuerdo con diferentes contextos en los que el niño se encuentra (Mateu y Sanahuja, 2020; Rodríguez y García, 2007).

Otro instrumento empleado tanto para padres como docentes y que ha sido revisado o adaptado es la *SNAP-IV*, que cuenta con un total de 90 ítems que incluyen la sintomatología tanto del TDAH como del Trastorno Opositor Desafiante. En ocasiones se emplean tan solo fragmentos del cuestionario que creen significativos para una mayor practicidad a la hora de utilizarlo (Rodríguez y García, 2007).

Existen más cuestionarios, pero por último quiero destacar el considerado como más completo e interesante para evaluar la conducta, *Behavior Assessment System for Children, second edition o BASC-2* (Reynolds y Kamphaus, 2004, citado en , Molina-Torres et al., 2022). Esta herramienta es multidimensional y evalúa el comportamiento y autopercepción de los niños en un intervalo de 3 a 18 años. Junto con el *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes o SENA* (Fernández et al., 2015, citado en Molina-Torres et al., 2022) se pueden detectar multitud de irregularidades emocionales y conductuales.

En cualquier caso, no debemos de olvidarnos de la propia evaluación que toma como sujeto principal al niño con sospechas del trastorno. En este proceso también existen una gran cantidad de pruebas, por ello se citarán algunas de ellas siempre teniendo en cuenta que cada profesional selecciona la más funcional acorde a cada caso (Rodríguez y García, 2007).

Entre las más usadas encontramos el *Test de atención de Brickenkamp* o también conocido como *D2*, el cual evalúa la atención selectiva, la concentración del individuo y

la velocidad de procesamiento al tener que realizar una discriminación de estímulos (Fernández-Menor, 2021; Rodríguez y García, 2007). Otra de las pruebas que atiende a la concentración junto con la rapidez de percepción y la atención voluntaria es el *Test de Observación o TO-1* (Rosel, 2000, citado en Rodríguez y García, 2007) que valora su capacidad de atención y observación mediante una tarea rutinaria sin tener en cuenta el nivel académico.

Para la evaluación de la atención sostenida se puede emplear la *Escala de Magallanes de Atención Visual* (García y Maga, 2005, citado en Rodríguez y García, 2007), en la que se valora el análisis y síntesis visual junto con las destrezas atencionales que tiene el individuo. Dicha escala cuenta con versiones en función de la edad del participante, de 6 años a 9 y a partir de los 10 años.

Por último encontramos la *Escala de Inteligencia de Wechsler* para niños (Wechsler, 1994, citado en Rodríguez y García, 2007) que permite obtener información de la capacidad cognitiva del sujeto y su funcionamiento en diversas áreas como la comprensión verbal, razonamiento perceptivo o velocidad de procesamiento. Huguet-Cuadrado (2018) dice ser una de las pruebas esenciales de evaluación, además proporciona información de la memoria de trabajo y velocidad de procesamiento .

Todas estas pruebas nos proporcionan la información perfectamente detallada para realizar un diagnóstico, y también para diseñar una intervención acertada, ya que permiten ser consciente de las fortalezas y debilidades en las que poner el foco de actuación. Además de forma complementaria se podrían realizar pruebas que valoren la comorbilidad con trastornos (Rodríguez y García, 2007). Idea que refuerza Huguet-Cuadrado (2018) ya que, mediante su estudio, demuestra la necesidad de realizar varias pruebas para dar con el diagnóstico correcto y poder hacer un buen diagnóstico diferencial sin llegar a un sobrediagnóstico. Mientras tanto autores como Bastardas et al., (2015) consideran que el verdadero peso del diagnóstico debería de llevarlo todo lo obtenido mediante las entrevistas, proceso que analiza adecuadamente el historial clínico.

Una vez está hecho el diagnóstico es importante poner el foco en la intervención y las distintas formas de actuación, ya que cuanto antes se lleven a cabo menor será la afección del trastorno en el desarrollo del niño. Existen diversas posibilidades de

tratamiento, y tal y como se ha mencionado con anterioridad debe ser totalmente individualizada acorde con el historial elaborado (García et al., 2015).

Por un lado se puede recurrir a un tratamiento farmacológico estimulante, que consiste en el aumento de la actividad del sistema nervioso central de una forma casi inmediata. Debe ser una forma de intervención combinada con otro tipo de abordajes (psicológico, educativo, ...). Esta forma de tratamiento resulta eficaz en la mayoría de sus casos y cuenta con 50 años de experiencia lo que brinda seguridad (García et al., 2015). Los fármacos empleados deben ajustarse a las necesidades del paciente y el más usado en España es el metilfenidato que disminuye los síntomas del TDAH y mejora la obediencia y agresividad (Palomino et al., 2013)

En una línea semejante encontramos el tratamiento farmacológico no estimulante, que en este caso paraliza la recaptación de noradrenalina. Al contrario de los estimulantes, su efecto se ve pasadas unas semanas. Se emplea en pacientes con la presencia de tics o patologías como depresión (Amado et al., 2015). El fármaco empleado es atomoxetina y ayuda ya no solo a combatir los síntomas del TDAH, sino también mejora las relaciones sociales y autoestima (Palomino et al., 2013).

Por otro lado, encontramos el tratamiento no farmacológico que envuelve tanto al niño como familiares, docentes y orientadores para que pueda ser del todo efectiva.

Se puede aplicar una terapia conductual que, según Fenollar et al., (2015, p.91) “se basan en cuatro tipos de aprendizaje: respuesta condicionada, condicionamiento operante, modificación de conducta y aprendizaje social”.

Dentro de estas intervenciones existen múltiples técnicas a llevar a cabo en función del objetivo, por ello en primer lugar se deben de detectar los comportamientos a modificar y seleccionar lo más conveniente. Por un lado están los refuerzos para que la conducta continúe o aumente mediante estímulos. Por el contrario, está la extinción de la conducta, para ello ante un comportamiento que se quiere suprimir hay que restringir la recompensa. Dentro de este campo también está la economía de fichas en el cual se produce un intercambio entre conductas y fichas que canjear, y el contrato que supone un pacto, entre el niño y el responsable interesado, acerca de las conductas que se desean alcanzar (Fenollar et al., 2015).

También son útiles las técnicas cognitivo-conductuales que atienden ya no solo a la conducta, sino que también a los sentimientos y percepciones ante las situaciones que se le presentan al niño, que pueden estar distorsionados. Entre las más usadas está la de autocontrol, que toma al niño como principal implicado en el proceso ya que será el encargado de organizar su comportamiento y dar herramientas para que se llegue a autorregular. Asimismo se habla de las técnicas basadas en la autoinstrucción, que busca la verbalización de las acciones para lograr interiorizarlas poco a poco (Fenollar et al., 2015).

Por último, Fenollar et al. (2015) en su artículo enuncia que no se puede olvidar la posibilidad de la intervención y entrenamiento para padres que proporciona una formación a los adultos acerca de técnicas que pueden emplear para favorecer la modificación conductual del niño. Y, por supuesto, también está el abordaje en el contexto escolar, lugar donde el trastorno tiene grandes repercusiones y se debe conocer a la perfección lo que supone tener en el aula un alumno con TDAH. Los docentes deben de garantizar un periodo escolar satisfactorio, y para ello es esencial tener conocimiento del trastorno y de las adecuadas para atender a las necesidades del niño

2.2. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

No existe una única definición ni de autoconcepto ni de autoestima, en ocasiones pueden confundirse o usarse de forma indistinta. A lo largo de este apartado se analizarán ambos conceptos, la relación que tienen y las posibles influencias que pueden existir en ellos.

2.2.1. AUTOCONCEPTO

Según Harter (1990, citado en Amezcua y Pichardo, 2000, p.207) “el autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo”. Es decir, la imagen que tiene una persona de ella misma asociada a las vivencias y la interpretación de estas (Kalish, 1983, citado en Amezcua y Pichardo, 2000). El autoconcepto se asocia como se ve a aspectos cognitivos, al conocimiento de uno mismo y, además, es algo que no viene dado sino que se va forjando poco a poco.

Por el contrario, Cardenal y Fierro (2003, citado en Garaigordobil et al., 2008) hablaban de este concepto como el conjunto de descripciones, pero también valoraciones de la condición de un individuo. Y dentro de esta idea encontraríamos el componente únicamente evaluativo de la percepción, que es la autoestima.

Roa (2013) define un total de cinco subcategorías dentro del autoconcepto. Una de ellas hace referencia al autoconcepto físico, referido a la percepción individual de su propio cuerpo y las competencias de cara a la actividad física. El autoconcepto académico se refiere al resultado de las experiencias durante la escolarización, ya bien sean positivas o negativas. Otro de los mencionados es el autoconcepto social, siendo la suma de las relaciones sociales que ha creado el niño y las habilidades en torno a la socialización. Y por último cita dos categorías que podemos recoger como una misma, autoconcepto personal que es referido a la percepción de su identidad y nivel emocional.

Como se puede ver existen diferentes maneras de entender el autoconcepto, desde perspectivas más integradores como la de Cardenal y Fierro, hasta perspectivas más dirigidas a lo cognitivo como definición la dada por Harter (1990, citado en Amezcua y Pichardo, 2000). Para este trabajo se toma como referencia esta última, tratándose de las percepciones individuales que tiene la persona de sí misma desde un punto de vista más cognitivo. Y por eso mismo el siguiente apartado atiende a esa visión más evaluativa de la persona.

2.2.2. *AUTOESTIMA*

Por su parte, si hablamos de autoestima nos encontramos de nuevo ante otro concepto abierto del cual podemos encontrar diferentes definiciones en base a los autores que tengamos en cuenta.

Entre estas concepciones encontramos la de Rosenberg (1965, citado en Serrano et al., 2016, p. 2) el cual enuncia que se define autoestima como “la valía personal y de respeto hacia la propia persona, considerando la evaluación positiva o negativa del yo”. En definitiva, la propia evaluación o juicio que se tiene de uno mismo en distintas dimensiones, que se va construyendo poco a poco de acuerdo con las diferentes experiencias que se van adquiriendo (Sebastián, 2012).

La autoestima forma parte de cada uno, pasa a ser parte de nuestra personalidad ya que es la actitud que tomamos (Roa, 2013). Es considerada como un aspecto complejo y difícil de reconocer, porque puede confundirse con una emoción y que es construida individualmente por cada uno. Además, se ve modificada por la retroalimentación externa de los diversos contextos en los que se desenvuelve el individuo, por tanto, va fluctuando (Acevedo y Carrillo, 2010). Pero esta modificación no es responsabilidad del entorno como tal, sino que es el individuo el que, en base a esa vivencia, crea su

interpretación porque sino se estaría en un cambio constante dirigido por los demás sin ningún control (Ortega et al., 2001).

La buena autoestima (o sana) se define como aquella en la que se valora de forma objetiva y coherente la imagen de uno mismo, no tiene que ver con verse por encima de los demás y mejor, sino la aceptación de virtudes y defectos (Roa, 2013). Eisenberg y Patterson (1981, citados en Naranjo, 2007) concuerdan con esa idea de realismo ante la buena autoestima. Es esencial asumir aquellos de lo que se está orgulloso y a su vez reconocer las limitaciones que se tienen.

2.2.3. RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Ambos conceptos toman una gran relevancia, pero es cierto que los pueden llegar a confundir ya que están interrelacionados.

Tal y como han quedado definidos antes, el autoconcepto está asociado con una cuestión descriptiva y cognitiva, mientras que al hablar de autoestima nos centramos en un aspecto evaluativo y afectivo (Garaigordobil et al., 2008). Es decir, el autoconcepto es el conocimiento que se tiene de uno mismo y la autoestima sería el valor que damos a esa imagen que hemos formado. Ambos se van forjando poco a poco y fluctúan a lo largo del tiempo conforme se va creciendo (Sebastián, 2012). Rosenberg (1979) y Shavelson et al. (1976), ambos citados por Pastor et al. (2003), concuerdan en estas definiciones, y por tanto, hablan de autoestima como la evaluación global del autoconcepto.

Algunos autores ven la autoestima como algo derivado del autoconcepto como por ejemplo Clemas et al., (1994, citado en Sebastián 2012), o, por el contrario, que el autoconcepto es un término originado a partir de la autoestima. Pero según Roa (2013) son complementarios y un buen autoconcepto de uno mismo favorece tener una buena autoestima. Ambos derivan de un largo proceso en el cual la persona ha sido expuesta a diversas situaciones, tanto positivas como negativas y que han ido contribuyendo a la creación de ambos conceptos (Roa, 2013).

Al ser así, ambos conceptos, autoestima y autoconcepto, toman gran relevancia para el desarrollo integral de la persona, llegando a modificar comportamientos y formas de pensar (Branden, 1994, citado en Contreras y López, 2011). De este modo, al tener una alta relevancia para las personas, se diría que son factores que nos definen

individualmente y se debe llevar cierto seguimiento que corrobore la estabilidad individual del autoconcepto y autoestima (Contreras y López, 2011).

2.2.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

La autoestima y autoconcepto son susceptibles a influencias de otras personas tal y como enuncian Alcaide et al. (2017) y Naranjo (2007) en sus artículos. Concretamente Naranjo (2007) afirma que son aquellas personas del entorno más próximo las capaces de realizar modificaciones e influir en el autoconcepto y autoestima, matizando que el grado de influencia depende de la importancia que tienen esas personas dentro de la vida de la persona implicada. Además, estas personas van cambiando en función del periodo vital que se encuentre el sujeto (Lacasa y Martín, 1990, citado en González-Pienda et al., 1997).

Atendiendo a distintos artículos, los autores coinciden en tres factores o contextos comunes que son la familia, los iguales y la escuela. Desde la infancia nos encontramos rodeados de la familia, siendo el principal vínculo que se establece, y por ello este contexto toma gran relevancia en nuestras vidas. Como consecuencia las opiniones y actitudes de los miembros de nuestra familia pueden tener un gran peso para el desarrollo del autoconcepto y autoestima (Naranjo, 2007). Esta influencia puede ser tanto negativa como positiva, ya que estos adultos pueden tomar actitudes de desprecio que devalúen a la persona durante su desarrollo o, por el contrario, demostrar satisfacción ante sus logros (Naranjo, 2007) (Alcaide et al., 2017). En caso de que un niño se exponga a influencias de carácter negativo por parte de su entorno familiar puede tener grandes repercusiones en su futuro, debido a que puede continuar con ese modelo lleno de frustración y comportarse así con las personas que le rodeen (Alcaide et al., 2017).

Concuerdan en sus artículos tanto Naranjo (2007) como González-Pienda et al. (1997) también en la relevancia de los iguales. Desde pequeños tratamos de buscar la aprobación en el resto de los compañeros y se tiende a la comparación en diferentes contextos para generar una imagen de uno mismo. Es esencial que el niño se sienta parte de un grupo que lo integre y mantenga buenas relaciones, ya que un aislamiento puede repercutir en su autoestima. En su mayoría estas relaciones suceden en el entorno de la escuela porque es el lugar donde mayor tiempo comparten y obtienen un feedback del

resto. Además, como dice Golden (2005, citado en Naranjo, 2007), el éxito en las relaciones sociales también influye directamente en su percepción como estudiante.

En tercer lugar, no debemos de olvidar que, aunque los iguales formen parte del entorno de la escuela, también hay que considerar a los docentes como otro papel significativo de dicho contexto (Naranjo, 2007). Este mismo autor afirma que generar un vínculo positivo entre docente y alumno favorece tanto en aspectos educativos como la concentración y comportamiento, pero también el nivel de autoestima del alumno. El alumno a lo largo de su trayectoria escolar vive experiencias de todo tipo, tanto de fracaso como de logro, por lo que sus sensaciones pueden ser condicionantes e influenciar en la construcción de su propio autoconcepto y autoestima, ahí es donde el docente debe intervenir (Naranjo, 2007).

El docente actúa como referente, siendo una figura que forma tanto a nivel de conocimientos, como en el ámbito emocional (Alcaide et al., 2017). Tiene en sus manos mantener unas buenas expectativas de todo el alumnado, proporcionando así oportunidades que les permita enseñar de lo que son capaces y ensalzar así su autoestima, en caso contrario puede ocasionar diversas consecuencias tanto a nivel académico como en la construcción de la propia imagen de los estudiantes (Alcaide et al., 2017). González-Pienda et al. (1997) cita varios autores como Chapman y Lambourne (1990) que dicen que lo que realmente afecta e influye en el autoconcepto son las expectativas de logro de la escuela, idea reforzada por el estudio de Platt (1988, citado en González-Pienda et al., 1997). De este modo vemos que la escuela repercute de diversas formas.

2.3.RELACIÓN ENTRE EL TDAH Y EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

A continuación, se van a presentar una serie de artículos que hablan acerca de la vinculación que tienen el autoconcepto y la autoestima dentro del TDAH. Tal y como se podrá comprobar se trata de un tema con diversidad de opiniones que en su mayoría parecen tomar un rumbo similar.

Son diversos los artículos en los que se habla de una relación entre la baja autoestima y el TDAH. Entre ellos, Foley-Nicpon et al., (2012) en un estudio realizado con alumnado diagnosticado de TDAH y superdotación, afirman que entre la comorbilidad de

síntomas que presentan los niños y adolescentes con TDAH, es común encontrar una baja autoestima.

Ren et al., (2002) citado en este mismo artículo de Foley-Nicpon et al., (2012) enuncia que los niños en un rango de 7 a 16 años con TDAH muestran una menor autoestima en comparación con los niños que no lo tienen. Asimismo no se obtienen variaciones entre los diversos rangos de edad estudiados para establecer unos límites. Esta idea se comparte en el estudio de Álvarez y Ferreira (2022), cuyos participantes narran su experiencia escolar hasta la universidad y llegan a la conclusión de que su autoestima siempre ha estado en unos niveles inferiores a la del resto de compañeros.

Esta hipótesis de la relación entre la baja autoestima y los niños con TDAH se refuerza por los resultados de Foley-Nicpon et al., (2012) debido a que, en la muestra, los niños superdotados sin otro diagnóstico añadido cuentan con una autoestima mayor a la de los niños que tienen una superdotación y TDAH, a pesar de que ambos grupos cuentan con un cociente intelectual similar. No existe una causa clara, pero sí una estrecha relación entre los términos (Foley-Nicpon et al., 2012). Esa idea es reafirmada por Miranda et al. (2014, citado en Álvarez y Ferreira, 2022) diciendo que son las características del propio trastorno las que ocasionan esos bajos niveles.

En esta misma línea, el estudio de temperamento elaborado por Pelaz et al., (2014) reveló que los niños con TDAH cuentan con ciertas coincidencias en sus resultados de la evaluación del temperamento, entre ellas una maduración personal y social por debajo de lo esperado en comparación con los alumnos sin diagnóstico, afirmando estos autores que esto deriva en una baja autoestima y capacidad de autocontrol por “una falta local de maduración personal y social en comparación con el grupo control” (Pelaz et al., 2014, p. 67). Este estudio, además de contribuir en la vertiente a favor de la relación entre el trastorno y la baja autoestima, a su vez también considera que la personalidad de los niños con TDAH se ve modificada por el entorno que le rodea.

Molina y Maglio (2013) consideran que no hay que valorar solo a niños con TDAH para hacer estos estudios, sino que también participen niños con otros trastornos diferentes, como por ejemplo del aprendizaje, conducta o ansiedad, y además niños sin trastornos para así poder hacer una comparación acertada y determinante. De este modo los datos revelan una menor autoestima en niños con diagnóstico de trastornos en comparación a

los niños que no presentan necesidades, especialmente en lo referente a los dominios académicos, de comportamiento o sociales (Molina y Maglio, 2013).

Este estudio de Molina y Maglio (2013) contrapone parcialmente la idea de la relación entre TDAH y una baja autoestima, ya que en este caso se defiende que, a pesar de que aparezca una autopercepción menor, no hay diferencias significativas entre TDAH y otros trastornos. No rechaza que el TDAH no tenga vinculación con la baja autoestima, pero sí matiza la relación que pueda existir, quitándole importancia a la hipótesis de ser algo “inherente al trastorno”, ya que no es el único trastorno que se puede tener en cuenta para realizar esa afirmación. Por tanto, es importante indagar sobre los factores específicos que pueden estar detrás de los datos, tanto en el TDAH como en otros trastornos.

Por ejemplo, también se piensa que esa baja autoestima puede ser consecuencia de las diversas situaciones que el niño ha podido experimentar a lo largo del tiempo, al no alcanzar las expectativas planteadas por adultos, al fracasar en la escuela y al sentirse incomprendido por lo que supone el propio trastorno (Valdes, 1979; Orjales 1998, citados en Alfonzo-Albores, 2021). El estudio de Alfonzo-Albores (2021), reveló que 6 de cada 9 niños presentan una baja autoestima tomando como principal consecuencia el sentirse inferiores a sus compañeros y por las situaciones que vivían en el día a día. Todo este conjunto hace que su propia imagen se vea devaluada por la relevancia que tiene el contexto asociado a estas situaciones (Valdes, 1979; Orjales 1998, citados en Alfonzo-Albores, 2021).

Además, viene unido a la inevitable comparación que ellos mismos o los demás realizan con el resto de los compañeros a nivel académico, que da lugar a la desmotivación del alumnado y ocasiona una gran repercusión a nivel emocional por su baja tolerancia a la frustración (Orjales 1998, citado en Alfonzo-Albores, 2021).

Se considera que las personas con TDAH cuentan con mayor riesgo a tener trastornos emocionales y a esto se le añade que las personas con TDAH cuentan con un desarrollo socioemocional inferior a sus pares, influenciado generalmente por situaciones de rechazo o, de nuevo, por su baja autoestima (Martínez, 2010, citado en Álvarez y Ferreira, 2022; Alfonzo-Albores, 2021).

Surge, por tanto, la necesidad de analizar en profundidad la autoestima en niños con TDAH, y confirmar qué factores específicos pueden estar detrás de los resultados

encontrados. Alfonzo-Albores (2021, p. 117), afirma que gran parte se puede deber a “las actitudes negativas que maestros, compañeros de clase y familiares tienen hacia ellos, ya que día a día experimentan constantes fracasos al ser “calificados” y comparados”. Así su personalidad se ve afectada en un periodo clave de desarrollo personal (Alfonzo-Albores, 2021).

Es esencial fomentar una imagen positiva en el alumnado con estas características para que logre crear un autoconcepto real y no una imagen devaluada de ellos mismos. Tener una buena autoestima los llevará a tomar confianza para desarrollarse en aquellos ámbitos en los que, en algún momento, se han visto indefensos y lograrán una buena adaptación (Esnaola et al. 2008, citado en Martínez et al., 2021).

Asimismo, hay que tener en cuenta que esta baja autoestima acarrea más consecuencias asociadas y una atención específica supondrá reducir los riesgos de ansiedad ocasionados por las autopercepciones negativas (Barber et al., 2005, citado en Martínez et al., 2021). Por ejemplo, los docentes creen que la mejor forma de abordarlo sería a través de la motivación en el aula, ya que toma una gran relevancia en el proceso de enseñanza-aprendizaje y es uno de los espacios en los que mayor tiempo se pasa durante la infancia (Chauta, 2008, citado en Cocha et al. 2021).

Por último, en contra de todas las hipótesis previas también aparecen estudios en los que esta vinculación con la baja autoestima no solo no se encuentra, sino que el análisis demuestra mejores niveles de autoestima en niños con TDAH frente al grupo de prueba que no cuenta con diagnóstico. Se considera que los datos recaudados en ocasiones pueden ser reales o, por el contrario, que se vean falseados por los propios participantes al tratar de protegerse con una coraza ensalzando su propia valoración personal (López y Ruiz, 2006). Molina y Maglio (2013) también hablan de la existencia de estudios que evidencian el ensalzamiento de la propia autopercepción de estos niños acuerdo a sus posibilidades.

De este modo podemos concluir diciendo que existen variedad de opiniones acerca de la posible relación existente entre la baja autoestima y autoconcepto con el TDAH. A pesar de que hay autores creen que el trastorno no tiene nada que ver, en su mayoría hablan de la existencia de una relación entre los términos. Toda esta recopilación nos sirve como base teórica para pasar al siguiente paso, que es llevar a cabo una

investigación acerca de las percepciones y opiniones que tienen los docentes de esta relación entre autoestima, autoconcepto y TDAH.

3. PROPUESTA DE INDAGACIÓN

El presente trabajo se trata de una propuesta de indagación con docentes para conocer sus percepciones acerca de la existencia de la posible relación entre el TDAH, y la autoestima y el autoconcepto, además de otros aspectos que se detallan a continuación.

3.1. Objetivo

Antes de llevar a cabo el diseño es esencial atender al objetivo que tiene la investigación. Esta propuesta de TFG tiene un claro objetivo, que es conocer y analizar las opiniones de diferentes docentes acerca de la relación que puede tener el TDAH con el autoconcepto y autoestima. Para abordar este objetivo se plantea hacerlo desde la perspectiva del docente porque considero que pueden aportar información de su experiencia profesional y de la formación que han ido adquiriendo a lo largo de los años.

Esta idea principal lleva consigo el planteamiento de otros objetivos específicos:

- Conocer si los docentes asocian el TDAH a un alta o baja autoestima
- Indagar acerca de los posibles factores o causas que los docentes creen que determinan el autoconcepto y autoestima de estos niños,
- Aprender a través de las experiencias de los docentes posibles intervenciones a llevar a cabo cuando te expones a esta situación en el aula
- Analizar si hay diferencias en las percepciones que se tiene del alumnado con TDAH en diferentes ámbitos de la docencia, en función de la especialidad.

3.2. Metodología e instrumento utilizado para la recogida de información

En la actualidad existen diferentes métodos de investigación en función de los objetivos a alcanzar, y de acuerdo con los seleccionados para esta propuesta, el que más se ajusta es el método cualitativo porque lo que buscamos es conocer y comprender las opiniones y experiencias de los entrevistados (Balcázar et al., 2006). Este método surge especialmente en las ciencias sociales, en busca de una forma más flexible de recopilación de información que permita abarcar aquellos aspectos no medibles que la investigación cuantitativa no podía atender (Aguilar-Gordón et al., 2023; Balcázar et al., 2015).

Balcázar et al. (2015, p.21) en su libro afirma que “los métodos cualitativos mantienen como una de sus premisas fundamentales que la investigación sólo podrá acceder al conocimiento de la realidad, y comprende el punto de vista del informante”. Este mismo autor se reafirma enunciando que la metodología cualitativa te da la posibilidad de tener conocimientos más profundos al recoger información referente a las vivencias, sensaciones o emociones de los individuos.

Entre las características más representativas encontramos que es una investigación descriptiva y minuciosa porque su análisis debe atender a todo tipo de detalles para tenerlos en cuenta posteriormente. Como vemos, el significado que dan a las experiencias o acontecimientos toma un papel fundamental, es ahí donde aparece la información relevante y dejan ver su perspectiva real acerca del tema principal (Ramires, 2011).

Además se trata de una investigación inductiva, esto quiere decir que su fin es establecer relaciones entre las ideas recopiladas y categorizarlas para poder generar un mismo conjunto que formule una teoría fundamentada, en vez de apoyar o desmentir una premisa previa. Se busca la comprensión de una idea y las diversas perspectivas dadas para la construcción de conocimientos (Ramires, 2011).

Este autor cita diversas fases para diseñar una investigación cualitativa que coinciden en muchas de ellas con las descritas por Balcázar et al., (2015) y podemos resumir en cuatro principales. La primera de ellas es la detección de un problema o definición de un propósito que ponga en marcha todo el proceso y sea claro, que no de pie a confusiones. Posteriormente se lleva a cabo la revisión teórica que cree cierto fundamento a los resultados de la investigación. La fase más decisiva es el diseño, ya que se deben de tomar una serie de decisiones que van a determinar todo el proceso, como por ejemplo seleccionar participantes, la estrategia de investigación y los instrumentos para la recopilación de la información. Y finalmente se procede al análisis de datos y resultados, se debe de organizar y categorizar todos los códigos formulados para poder llegar a una conclusión final que cierre el proceso.

Como se cita con anterioridad, hay que seleccionar el instrumento para la recopilación de información. En este caso se ha seleccionado la entrevista, que se define como una herramienta dialogada que nos permite obtener información a través de preguntas

(González, 2013). Además hay que tener en cuenta que el concepto de entrevista es amplio, por lo que se puede concretar en diferentes tipos. Para esta investigación se ha optado por una entrevista semiestructurada, que demuestra cierta flexibilidad ya que a pesar de que se parte de unas preguntas diseñadas con anterioridad, están hechas de tal forma que sus respuestas puedan ser abiertas (Lopezosa, 2020). Esto permite amoldarte a las características del entrevistado y realizar modificaciones o intervenciones a lo largo del diálogo (González, 2013).

El diseño de la entrevista de este trabajo se hizo de acuerdo a estas características (ver anexo I), y se estructuró en dos partes fundamentales.

Tabla 2.

Estructuración de la entrevista.

	Contenido	Nº de preguntas
Primera parte	Introducción	-
	Preguntas personales	6
Segunda parte	Bloque 1 – Relación entre autoestima, autoconcepto y TDAH	2
	Bloque 2 – Causas o factores de la relación	3
	Bloque 3 – Intervenciones	2

Fuente: elaboración propia

La primera parte de la entrevista consta de una breve introducción acerca de la entrevistadora, como estudiante de TFG, la finalidad con la que se hace la entrevista, y un breve agradecimiento por la participación.

En esa misma parte se plantean una serie de preguntas relativas a proporcionar información relevante del entrevistado. Es un diseño planteado para docentes, por lo que son preguntas enfocadas a su experiencia en la enseñanza que me servirán como referencia en el análisis de la información.

La segunda parte de la entrevista es el propio cuerpo del contenido, las preguntas orientadas a los objetivos previamente definidos. Como dicta la definición anterior de entrevista semiestructurada, son preguntas ya fijadas pero que muestran cierta

flexibilidad a la hora de la respuesta, teniendo incluso alternativas de preguntas en función de las respuestas como podremos ver después. Están formuladas de tal forma que no den pie a una respuesta concreta, sino que en todo momento la persona entrevistada desarrolle su argumento en base a su experiencia. Además se puede recalcar que durante el proceso de las entrevistas está la posibilidad de realizar otras preguntas adicionales que ayuden a complementar las reflexiones y a reorientar el rumbo de las respuestas, siendo de gran importancia la labor de la entrevistadora.

Las preguntas, tal y como se ve en la Tabla 2, se subdividen en tres grandes bloques para organizar de forma favorable la información, diferenciados por los colores en el diseño (ver anexo I).

El bloque 1 consta de dos preguntas acerca de la existencia o no de relación entre autoestima, autoconcepto y TDAH. Son preguntas abiertas, que permiten exponer su opinión acerca del objetivo principal de la investigación y que se posicionen.

El bloque 2 se define por las causas o influencias existentes y lo componen un total de tres preguntas. Realmente solo se realizan dos de ellas porque en función del desarrollo de la entrevista durante el bloque 1, la entrevistadora se encarga de tomar decisiones y selecciona una pregunta u otra.

Por último, el bloque 3 cuenta con dos preguntas que se pueden englobar bajo el título de intervenciones, ya que son preguntas que hacen referencia a las posturas que se toman en el aula y pautas útiles a llevar a cabo en base a las experiencias personales de cada uno. Una vez ha finalizado este intercambio de información se da de nuevo las gracias y se despide al participante.

Cada una de las entrevistas fue grabada para poder hacer una transcripción textual de las respuestas dadas, ya que no se trata de un cuestionario con respuestas fijadas. Y para llevar a cabo el análisis cualitativo de las transcripciones de las entrevistas, se va a realizar tomando el modelo de la *Teoría Fundamentada* o también conocida como *Grounded Theory*, que fue definida por Strauss y Glaser en 1967 y de la cual hablaremos posteriormente (Hernández, 2014).

3.3. Participantes

Para llevar a cabo la investigación han participado 4 personas, docentes en un centro concertado de Zaragoza. Se seleccionaron 2 docentes de aulas de primaria y otros 2 especializados en pedagogía terapéutica, para abrir la investigación desde diferentes perspectivas en función de la especialización de los docentes. Todas ellas son mujeres, docentes con más 15 años de experiencia (una de ellas incluso los duplica) y todas consideran tener experiencia en niños con TDAH. Solo dos de ellas han realizado una formación específica en el propio trastorno mediante cursos, pero las otras dos dicen estar documentadas y formadas en aspectos relativos a las características del trastorno.

A continuación se realiza un análisis más exhaustivo de cada uno de los perfiles.

La participante 1 (P1) es una mujer de más de 50 años y que lleva en la docencia en torno a 30 años. En este caso está especializada en pedagogía terapéutica y ha trabajado con niños de hasta 14 años; pero actualmente trabaja en un rango de edad de 3 a 12 años. Al calificar su rango de experiencia con niños con TDAH desde no tengo experiencia a tengo mucha experiencia, dice tener experiencia a secas ya que ha trabajado con diversos casos y está formada en el tema a través de cursillos, pero quizás no es el campo en el que más se siente especializada.

La participante 2 (P2) está en un rango de edad entre los 40 y 50 años, llevando en total 15 años en la docencia, concretamente con funciones de PT. Acerca de su experiencia en la enseñanza ha sido siempre con alumnado TEA entre las etapas de infantil y secundaria. De este modo no cuenta con experiencia en niños con TDAH únicamente, pero sí con alumnos con TEA que a su vez tienen TDAH. Además ha realizado cursos formativos en aspectos relacionados con el trastorno, por lo que categoriza su nivel de experiencia en que tiene experiencia.

La participante 3 (P3) se encuentra también entre los 40 y 50 años y lleva un total de 18 años en la enseñanza. En cuanto a su experiencia pasa por toda la etapa de primaria en la enseñanza como figura de tutora y especialista en lengua extranjera. Establece su rango de experiencia en el trastorno en “tengo experiencia” ya que ha realizado cursos formativos, además de las pautas dadas desde orientación, y ha tenido en el aula varios casos a lo largo de estos años como docente.

La participante 4 (P4), de nuevo se encuentra entre los 40 y 50 años de edad con un total de 23 años de experiencia en la docencia. Ha trabajado con niños en diversos rangos de

edad, desde infantil hasta primaria, pero el mayor tiempo lo ha pasado con niños del tercer ciclo, es decir, entre 10 y 12 años. Cataloga su experiencia en TDAH entre “tengo poca experiencia” y “tengo experiencia” ya que tan solo ha tratado con un par de casos y su formación ha sido autónoma a través de la lectura de libros en busca de información al respecto o con pautas de la orientadora.

En general, son perfiles diversos con una larga trayectoria profesional y esto nos permite ampliar, dentro de los límites, el campo de investigación. A pesar de lo que ellas informan en su presentación, se puede decir que no muestran una formación realmente específica acerca del trastorno.

3.4. Procedimiento y análisis de datos

El procedimiento de las entrevistas fue similar en los cuatro casos. Inicialmente se les preguntó a todas si estaban dispuestas a realizar la entrevista de forma anónima y si daban su consentimiento para que se les grabase la voz para la posterior recogida de información, a lo que todas aceptaron. Se acordó con cada una de ellas el día de la entrevista, concretamente entre los días 17 y 20 de abril.

Toda entrevista se realizó de forma presencial, en un aula en la que tan solo estaban la entrevistadora y la docente. Ninguna de ellas conocía las preguntas con antelación, pero una de ellas (P4) pidió leerlas antes de iniciar la grabación para estructurar la información. La duración media de las entrevistas fue de 12-15 minutos cada una, siendo una interacción fluida en todo momento.

Pasando al análisis de datos, como he mencionado con anterioridad, este proceso se va a basar en la Teoría Fundamentada, que podemos definirla de forma sencilla como la recopilación, categorización y análisis de datos que permite la posterior construcción de una teoría. Esta metodología requiere de una mente abierta a la hora del análisis, porque no podemos dejarnos llevar por prejuicios y buscar únicamente lo que nos interesa de toda la información dada, sino que debemos de ser neutrales (Hernández, 2014).

Esta teoría en su origen cuenta con unos conceptos básicos, el muestreo teórico, la saturación teórica y la codificación teórica (Hernández, 2014). Pero por las características de mi propuesta solo tomo como referencia el proceso de la codificación teórica ya que cuento con una muestra de cuatro participantes que me impide realizar esos procesos, siendo esta una limitación del estudio.

El término de codificación teórica en este caso se define como el proceso de análisis de datos de las transcripciones llevadas a cabo. Está dividida en tres partes, la codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Hernández, 2014).

La codificación abierta se conoce por varios autores como la técnica en la cual se identifica un incidente, es decir, una porción de contenido relevante, y se asocia con un código que lo represente (Valles, 1997; Strauss y Corbin, 2002; Andréu et al., 2007, citados en Gaete, 2014). Requiere de comparación constante y clasificación de incidentes en base al significado de cada uno de ellos (Flick, 2012, citado en Hernández, 2014).

La codificación axial se trata de generar conexiones entre los códigos resultantes en el paso anterior y así generar categorías de pequeñas temáticas, al fin y al cabo se trata de unir los datos previos bajo conceptos de significado más amplios (Valles, 1997; Charmaz, 2000; Strauss y Corbin, 2002; Charmaz, 2006; Andréu et al., 2007, citados en Gaete, 2014).

Y por último se realiza la codificación selectiva, que consiste en crear una categoría que englobe todos los códigos y es el tema central que se encarga de agrupar todo (Hernández, 2014). Además se puede crear la denominada matriz causal o condicional “que ayuda al investigador a establecer relaciones, implicaciones, condiciones y consecuencias, tanto a nivel micro como macro” (Strauss y Corbin 1990, citado en Hernández, 2014, p. 202).

Con todos estos pasos se pasaría a la formulación de una teoría, pero en este caso al ser una muestra pequeña tan solo se lleva a cabo una recopilación de los resultados (Gaete, 2014).

Para comenzar el análisis es importante realizar la transcripción de todas las entrevistas llevadas a cabo, escribiendo textualmente todas las interacciones realizadas. Una vez hecho este proceso, se inicia el análisis. Para ello se empleó la aplicación MAXQDA, la cual permite asociar códigos a diferentes fragmentos del texto, ver la frecuencia de cada uno de ellos y generar herramientas visuales a posteriori.

En primer lugar se realizó una codificación abierta, seleccionando partes del texto asociadas a la temática y dándoles un código sencillo como por ejemplo “influencia de

la familia” o “baja autoestima”. Al inicio del análisis se crearon de cero las codificaciones, pero poco a poco las ideas se repetían y tan solo había que asociar el código que más se asemejase al significado. Es importante hacer varias revisiones de la codificación para no olvidar ningún detalle que pueda ser de ayuda en el análisis.

Cuando se obtuvo toda la lista de códigos, comenzó a la codificación axial, es decir, la creación de categorías superiores que los organizara por temáticas, que se correspondían básicamente con aspectos de las preguntas de la entrevista (ver tabla 3).

Tabla 3.

Categorías de la codificación axial.

Tendencia	Origen de la relación
Tipos de influencias	Método de trabajo
Formas de trabajo	Relación de conceptos y TDAH
Diferenciación autoestima y autoconcepto	

Fuente: elaboración propia

Una vez aparecen las categorías con sus subcategorías aparece un sistema de códigos con sus respectivas frecuencias, es decir, el número de veces que aparece en la entrevista (ver anexo II).

Por último, se realizó la codificación selectiva en la que todas las categorías se recogen bajo una misma agrupación, que es “opiniones a cuatro docentes”. Además se elaboraron diferentes matrices en las que aparecen las relaciones entre códigos, una de ellas con todos los códigos existentes (ver anexo III), otra versión simplificada de los códigos y las relaciones entre todos los que aparecen (ver anexo IV) y finalmente, una matriz que interrelaciona dos categorías muy vinculadas, la de los métodos de trabajo y las formas de trabajo (ver anexo V). Todas estas figuras se describen posteriormente en los resultados.

3.5. Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos de todo el proceso de análisis organizados en los diferentes bloques para facilitar su comprensión.

Bloque 1 - Relación entre TDAH, autoestima y autoconcepto

Este primer bloque de resultados se corresponde a las preguntas “¿Crees que los niños con TDAH tienden a tener el autoestima o autoconcepto más bajo o más alto en comparación al resto de niños; o que no hay diferencias?” y “Bajo tu punto de vista, ¿podríamos decir que existe una relación directa entre estos conceptos y el TDAH?”.

En primer lugar destaca que en general, a lo largo de las entrevistas, tan solo P1 ha hecho una diferenciación entre los conceptos de autoestima y autoconcepto, a pesar de no ser las definiciones tomadas como referencia del trabajo. Es importante tenerlo en cuenta porque no es realmente significativo atender a las veces que emplean el concepto de autoestima o de autoconcepto, ya que se usan indistintamente.

Todas las participantes concuerdan en que la autoestima y autoconcepto de los niños con TDAH tiende a ser más baja en comparación con el resto de los niños, pero P3 matiza “puede depender del caso, pero en su mayoría es más bajo” dejando una puerta entreabierta a excepciones que puedan existir.

Además P1 y P2 hacen una reflexión similar vinculada con la falsa percepción que tienen de ellos mismos. Ambas partes consideran que construyen una imagen totalmente errónea de ellos mismos que es difícil de desmontar y esto acarrea grandes consecuencias, siendo incluso mayores a las que conllevan los bajos niveles de autoestima y autoconcepto. Concretamente P2 dice “Al final ellos mismos ya piensan “bueno he sido yo como siempre , no pasa nada”, se acostumbran a esos comentarios y lo interiorizan” y así van formando una idea errónea de ellos mismos.

De este modo, en la segunda pregunta hay unanimidad, porque todas ellas concluyen diciendo que sí existe relación directa entre los tres conceptos.

La conclusión que se deduce de este bloque es que los docentes coinciden en la existencia de la relación entre el TDAH y el autoconcepto y autoestima, vinculada especialmente con unos niveles inferiores a los del resto de niños.

Bloque 2 – Causas o factores de la relación

En este caso hay 3 preguntas, pero la pregunta “Si no crees que exista relación ¿Por qué razones crees que no la hay? ¿qué factores crees que determinan la autoestima y autoconcepto en los niños?” es descartada porque en la pregunta anterior todas responden que sí hay relación.

De modo que las preguntas efectuadas en el bloque fueron: *“En caso de que creas que existe una relación, ¿consideras que esta relación es algo intrínseco o que poco a poco se va adquiriendo?”* y *“Siguiendo en esta línea de causas ¿depende únicamente de uno mismo o existen factores externos de su entorno escolar, social o familiar que puedan influenciar?”*.

Nuevamente en la primera pregunta el 100% de las respuestas coinciden en que esa relación entre TDAH y autoestima y autoconcepto es adquirida, pero P2 dice *“no tengo ni idea de si hay evidencias, pero puede que tengan cierta predisposición a ser más vulnerables”* y valora la posibilidad de que no sea algo puramente adquirido.

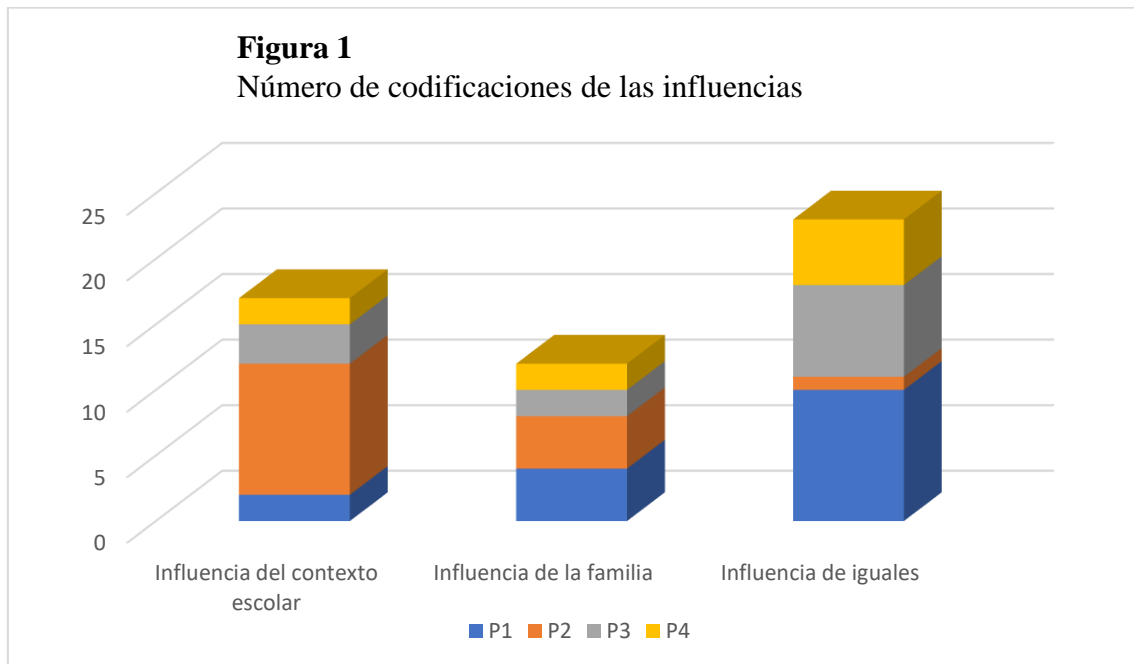
A la hora de justificar sus respuestas sobre el carácter adquirido de la relación, empiezan a surgir ideas relativas a posibles influencias. Entre algunas de las referencias encontramos lo que dice P2, *“todos vamos arrojando, porque claro al final es el dedo un poco el que señala”*, al igual que P1 incide en que *“lo van adquiriendo poquito a poco, ellos se van viendo distintos”*, *“se va generando con las experiencias y van cargando su mochila”* y concluyendo con P3 que dice que *“van cargando poco a poco el peso de las comparaciones”*. En esas declaraciones van apareciendo de forma implícita diferentes factores que influyen y de los que se habla a continuación.

Respecto a las causas que consideran las participantes, las tres más mencionadas son el contexto escolar, familiar y los iguales. Acerca del contexto escolar, destaca la idea de P2, diciendo que es necesaria la autocrítica de los docentes a la hora de actuar en el aula, siendo conscientes de que a veces se tienen actitudes poco acertadas pero que mediante la reflexión se pueden enmendar para futuras situaciones.

P1 recalca la importancia que tienen los iguales durante el periodo de la infancia, en la mayoría de los casos estos niños sienten inferioridad respecto a sus compañeros, bien sea por comentarios que le proporcionen o por sus propias comparaciones y les crea inseguridades, teniendo consecuencias posteriormente en la construcción de su autoconcepto. Comenta que su valor lo obtienen a través de la validación externa y en base a las comparaciones, por lo que todos sus contextos son importantes.

La Figura 1 muestra la cantidad de referencias de estos tres grandes grupos que han hecho cada uno de los participantes, como podemos ver P2, que es una de las PT, da un mayor peso al contexto escolar que incide en la importancia de que el niño no esté señalado en el aula, mientras que las otras tres mencionan en mayor medida la

influencia de los iguales por las grandes comparaciones que hacen entre ellos. Es cierto que la familia muestra valores inferiores, pero puede ser porque preferían no entrometerse en ese ámbito, tal y como comunica una de las participantes.



Fuente: elaboración propia

Además, surgen otras ideas diferentes que son interesantes, como la influencia de la personalidad del niño a la hora de afrontar las situaciones que se le presentan, como menciona P4, *“es verdad que no es intrínseco, pero depende de la forma de ser de cada uno, no nacemos con el autoconcepto bajo pero depende de las características personales de cada uno y la personalidad puede influir”*. También aparece el papel de la enseñanza tradicional, de la que habla P3, en la que apenas se atendía a las necesidades de este alumnado. Asimismo se valora la idea de que no todas las influencias tienen el mismo peso para los niños (P2 afirma *“yo creo que cada uno tiene su papel en la vida del niño... Cada uno influye en su justa medida”*), idea en la que incide P3 también.

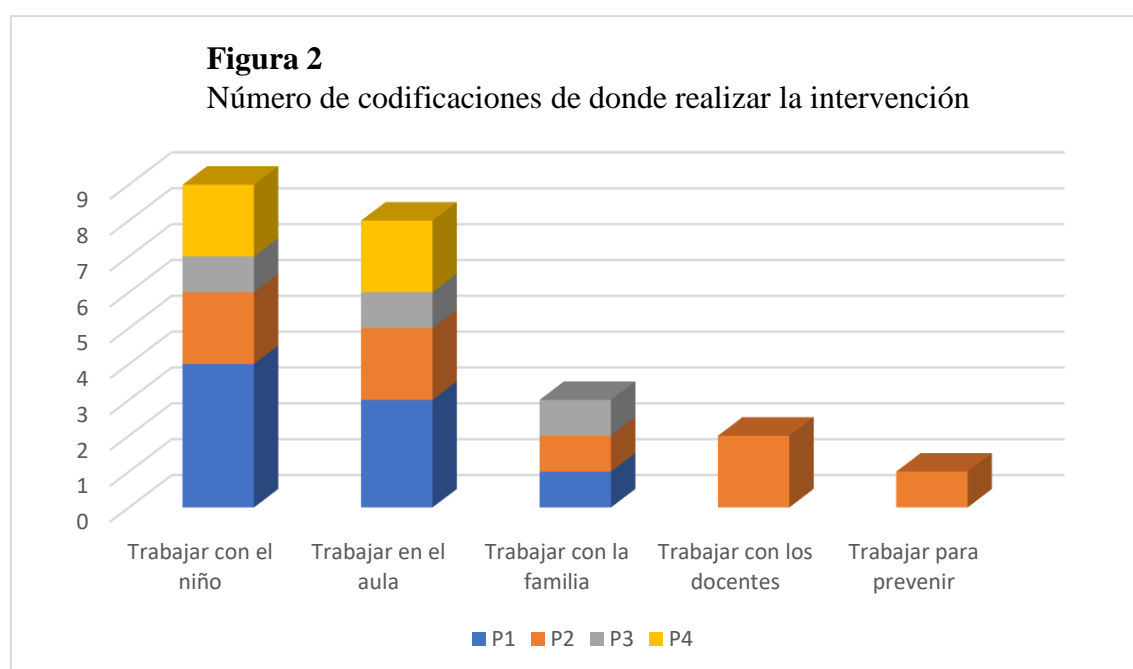
Como conclusión del bloque 2 decimos que esos niveles bajos de autoestima y autoconcepto son adquiridos a través de las experiencias, a pesar de que se matice la posible existencia de algún tipo de vulnerabilidad en el propio trastorno. Además se consideran que las influencias principales, por orden según los resultados obtenidos, son los iguales, la escuela y la familia.

Bloque 3 – Intervenciones

El último bloque contiene las preguntas “¿Crees que con estos niños con TDAH se debería de trabajar los conceptos de forma explícita y concreta en el aula o será mejor abordarlo desde una perspectiva más transversal?” y “¿Me podrías dar algunas pautas o formas de trabajar estos aspectos en el aula en base a tu experiencia con los niños que tienen dicho trastorno?”

En la primera pregunta, al ser de carácter abierto surgen diferentes opiniones pero que tienen en común la importancia de trabajar tanto en el aula como con el niño que tiene la necesidad en concreto.

Como se puede ver en la figura 2, todas las participantes mencionan que la intervención debe ser tanto en el aula como con el niño en cuestión. Asimismo, todas excepto P4 mencionan la necesidad de que se trabaje con las familias también, porque “sin ellos no podemos hacer nada, los docentes somos un paréntesis”(P1). Es necesario que conozcan pautas para trabajar en casa estos conceptos y que sean así partícipes del proceso de intervención que se lleve a cabo.

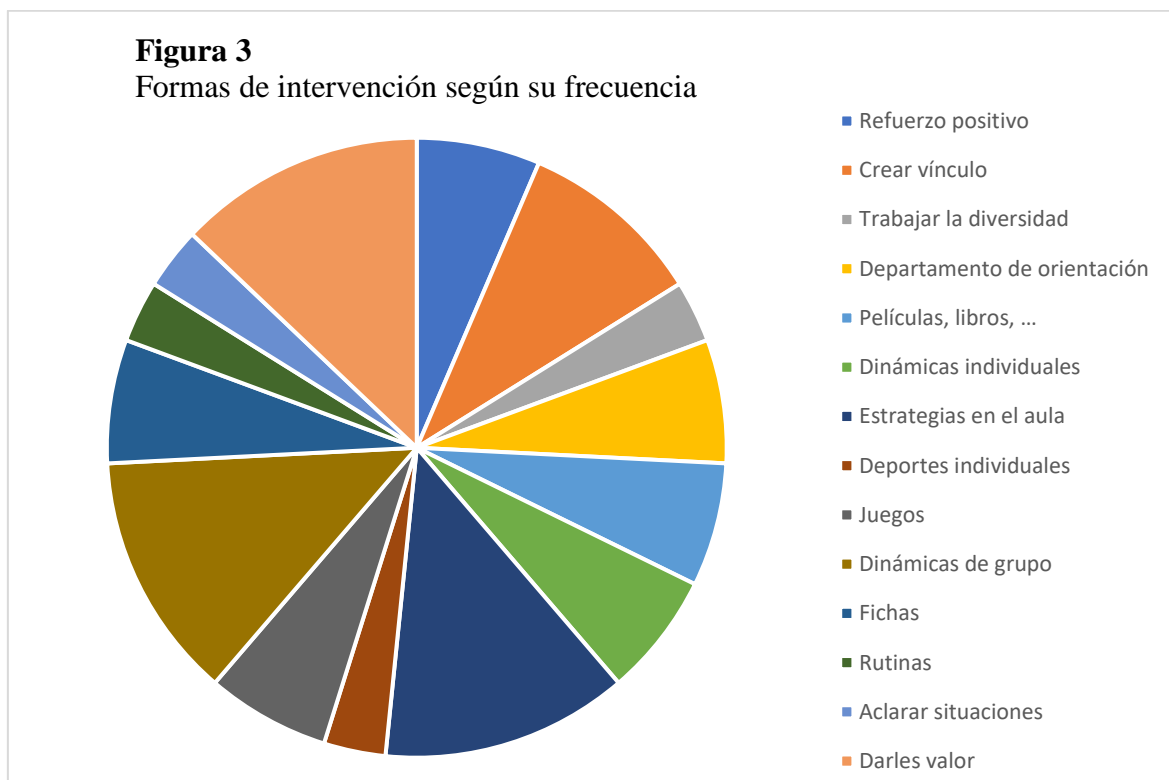


Fuente: elaboración propia

Además, una de las PT (P2) aporta un punto de vista que no valoran o tienen en cuenta las demás, uno de ellos es el trabajar como forma de prevención, para intentar evitar que se produzca esta tendencia a la baja autoestima y autoconcepto, considerando que hay

que anticiparse porque en muchas ocasiones no se tiene en mente el problema hasta que aparece. Y el otro aspecto es trabajar con los docentes, ligado un poco con lo anterior, se refiere a brindar herramientas y técnicas a todos los docentes desde una perspectiva tanto preventiva como de intervención.

Una vez definidos los campos de intervención del análisis de las entrevistas surgen diferentes formas de trabajo que las participantes proponen que se pueden llevar a cabo para mejorar la autoestima de los niños con TDAH, la figura 3 expone todas las que los docentes comentaron, representado también la frecuencia con la que se mencionaron.



Fuente: elaboración propia

El gráfico muestra que los métodos más mencionados son las dinámicas grupales, darles valor a aquello que hacen y las estrategias en el aula, referidas por ejemplo a que no sea tan señalado en el aula o al llamar su atención hacerlo de una forma discreta que no le convierta en el foco.

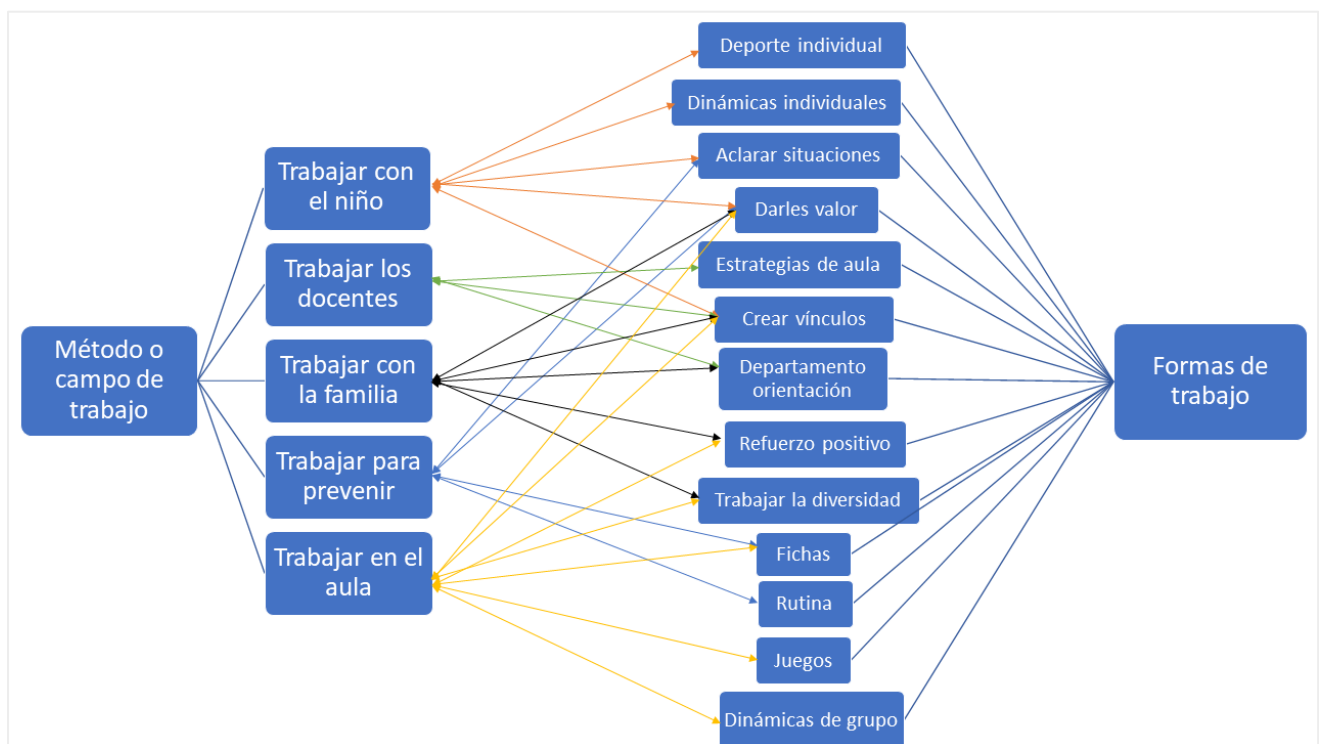
También surgen ideas interesantes como la realización de deportes individuales porque P1 dice que “*pueden ver que destacan y así ellos igual se sienten más cómodos*”. Y también aparece la idea de P2, la cual considera la intervención desde el propio

departamento de orientación, que puede ser el que más ayuda profesional pueda brindar en situaciones más críticas cuando los docentes no cuentan con suficiente formación.

Incluso se pueden establecer relaciones entre los resultados de ambas preguntas, conectando los campos de trabajo con las diferentes formas de intervención que surgen. Estas conexiones las podemos ver en la figura 4 de forma más clara.

Figura 4

Vinculación entre las formas de trabajo y el método.



Fuente: elaboración propia

La mayoría de las propuestas están asociadas a trabajar en el aula con todo el alumnado, seguido de las intervenciones con el niño en cuestión. Pero es cierto que algunas de las propuestas pueden trasladarse a diferentes contextos, algunos ejemplos son el refuerzo positivo (con la familia y en el aula), la creación de vínculos (trabajo individual, aula y familia) o dar valor a lo que hacen que va dirigido tanto a la prevención como al trabajo en todos los contextos que le rodean.

Los resultados de este bloque 3 revelan que no solo se tiene que realizar una intervención a nivel individual ni de aula, sino que hay muchos más factores que pueden ser partícipes de ese proceso, y así lograr que sea efectivo.

Resultado final

Una vez analizados por separado cada uno de los bloques, podemos poner en relación los resultados obtenidos de forma global. Para ello el anexo IV es muy visual y se usará de referencia.

Se ven las seis categorías resultantes del proceso de codificación. La figura muestra la categoría de “relación de conceptos (autoestima y autoconcepto) y TDAH”, concretamente esta relación se asocia con los bajos niveles de autoestima y autoconcepto. Además se deduce por las conexiones que estos niveles son adquiridos en vez de intrínsecos, a pesar de que surge la idea de una posible predisposición.

Otras relaciones que surgen tienen que ver con las ya comentadas en el bloque 3 con la figura 4, entre los campos de intervención y las diferentes intervenciones sugeridas. En el anexo IV se representan las más repetidas por las participantes, teniendo un gran peso la intervención en el aula y con las familias.

Asimismo, a pesar de que no se establezcan directamente las relaciones el mapa, se podían asociar las diferentes influencias con los campos de intervención, ya que son los grandes puntos de referencia. Para dar soluciones a la influencia del contexto escolar, sería interesante que se trabaje desde el aula y que los docentes trabajasen de forma individual y se formasen. Evidentemente la influencia de la familia se debe de trabajar en el contexto familiar, y la influencia de los iguales a través del trabajo en el aula.

Lo que es realmente significativo es que todas estas influencias deberían trabajar la prevención, para que los niños no vayan adquiriendo esa baja autoestima. Reflejando así la importancia que tiene el ser conscientes en todo momento de lo que hacemos, no solo cuando surgen las necesidades.

Por último, en lo relativo a las perspectivas de los docentes tutores y los especialistas en pedagogía terapéutica, se puede afirmar que todos responden en una misma línea independientemente del pequeño grupo al que pertenecen. Es cierto que puede haber matices que los diferencie, pero a rasgos generales sus respuestas son similares y no siguen patrones diferenciados. Por ejemplo en el bloque 3 una de las PT tiene un pequeño desmarque que la diferencia del resto de participantes, sin embargo no tiene el suficiente peso a lo largo de las entrevistas como para percibir diferenciaciones.

4. CONCLUSIONES

Una vez tenemos los resultados de la investigación, podemos sacar conclusiones y ver que hay grandes coincidencias entre la literatura y los resultados obtenidos en este trabajo de indagación.

En primer lugar, recordamos que el objetivo principal era *conocer y analizar las opiniones de diferentes docentes acerca de la relación que puede tener el TDAH con el autoconcepto y autoestima*. Gracias a las respuestas fundamentadas de los docentes se puede afirmar que se ha logrado el objetivo principal. Aportaron poco a poco su grano de arena para poder comparar con la información del marco teórico y así poder alcanzar un nivel de comprensión superior. Los resultados obtenidos se muestran de acuerdo con lo que la mayoría de los artículos consultados dicen, que es la afirmación de una relación entre conceptos.

Los docentes afirman que los niños con TDAH tienden a tener la autoestima y el autoconcepto más bajo en comparación con el resto, al igual que defienden en sus artículos de Foley-Nicponet al., (2012) o Pelaz et al., (2014) entre otros. Pero no debemos olvidar que una de las participantes de la investigación, a pesar de estar de acuerdo con la existencia de bajos niveles de autoestima y autoconcepto, deja entrever la posibilidad de casos que coincidan con la idea defendida por López y Ruiz (2006), en la que se valora la existencia de datos con autoestima superior al resto de niños sin TDAH.

También surgen conclusiones coincidentes con las dadas por Orjales (1998, citado en Alfonso-Albores, 2021) acerca de la importancia de las experiencias vividas, y es que por unanimidad la investigación refleja que esta relación del TDAH con la baja autoestima y autoconcepto es adquirida con el paso del tiempo.

Si retomamos también los objetivos específicos, el primero de ellos era *indagar acerca de los posibles factores o causas que los docentes creen que determinan el autoconcepto y autoestima de estos niños*. Se puede dar por superado ya que han surgido ideas compartidas entre los docentes y la fundamentación teórica, pero también nuevas aportaciones que pueden complementar la información. Un artículo cita como ejemplos situaciones de fracaso escolar, altas expectativas de los adultos, malas actitudes de la familia, incomprensión de los propios niños y las comparaciones con los

iguales como influencias (Orjales, 1998, citado en Alfonzo-Albores, 2021). Esto nos recuerda a las ideas mencionadas por las docentes entrevistadas acerca de las causas más generalizadas, que son escuela, iguales y familia, a lo que añaden también la personalidad que cada persona tiene.

Otro de los objetivos era *aprender a través de las experiencias de los docentes posibles intervenciones a llevar a cabo cuando te expones a esta situación en el aula*. El carácter abierto de las preguntas permite a los entrevistados hacer referencia a diferentes propuestas que han realizado o que conocen y a mí me sirven como referencia para el futuro. El resultado ha sido una lluvia de ideas en la que varios han coincidido especialmente de dinámicas de grupo, hacer ver a los niños que son valiosos independientemente de sus particularidades, trabajarlo mediante películas o fichas. Recurriendo a la literatura, el artículo de Cocha et al., (2021), habla del gran papel que tiene motivación, que no ha sido mencionada durante las entrevistas y puede ser una gran estrategia.

Además, las docentes reflexionan acerca del momento de llevar a cabo estas intervenciones, consideran que pueden ser preventivas y tener grandes beneficios a largo plazo para todo el alumnado antes de que surjan necesidades.

Y el último objetivo era *conocer las percepciones que se tiene del alumnado con TDAH desde diferentes ámbitos de la docencia*. Con él se pretendía analizar si existen diferencias entre los participantes PT y los tutores. No es un objetivo relacionado con la temática como tal, pero creía interesante atender a esta cuestión durante el análisis. Se puede observar que, a pesar de algunos comentarios más destacables por parte de las docentes especializadas en pedagogía terapéutica (P1 y P2), han seguido una línea similar de reflexión en la que han coincidido en la mayoría de los campos de investigación. Las respuestas por lo general han sido similares por lo que no se destaca una gran diferenciación entre los dos ámbitos.

Realizando un ejercicio de autocrítica, esta propuesta cuenta con una serie de limitaciones que hace que la investigación se pueda mejorar de cara al futuro. La primera barrera que surge es que tan solo se han realizado un total de cuatro entrevistas, que a pesar de que sean docentes de diferentes ámbitos, hace que la información de la muestra no sea suficiente para poder sacar unas conclusiones más acercadas a la

realidad. Además se trata de profesionales del mismo contexto, por lo que se podría enriquecer mucho más si en el futuro se aumentase la muestra y el rango de alcance a otros contextos diferentes.

En esta misma línea de las participantes, a pesar de que ellas se catalogan como experimentadas o formadas en TDAH, realmente no están especializadas en el tema. Esto aporta un punto de realidad a la investigación porque suele ser el perfil que se encuentra en los centros escolares, pero supone una barrera a la hora de aportar un punto más profesional o fundamentado a la información. Sería interesante, en el futuro poder contar con la participación de expertos y que estén más relacionados con estos niños.

Otra limitación que surge es la experiencia de la entrevistadora, en este caso yo. Nunca había realizado una entrevista de este tipo, y esta falta de experiencia hizo que a la hora de dirigir la entrevista en caso de que fuese necesario, no lo lograra hacer de la mejor forma posible. Conforme fueron avanzando las entrevistas reconducía mejor el hilo de las respuestas, pero es cierto que en un primer momento no estaba del todo satisfecha con la postura que adquirí. De este modo, se podría dejar este proceso en manos de alguien experimentado para que la recogida de datos fuese de mayor calidad.

Y por último, al ser la única persona encargada de analizar los documentos, puede que algunos detalles se hayan pasado por alto o que los prejuicios inconscientemente lleven a buscar un resultado concreto. Si hubiera otra persona participe en el proceso se podrían comparar los análisis, es lo que se denomina triangulación. Tampoco se puede realizar el muestreo teórico y la saturación teórica que dicta la Teoría Fundamentada según Hernández (2014) por el tamaño de la muestra. Como perspectiva de futuro se debería de llevar a cabo una investigación más amplia, llegando al punto en el que más entrevistas no aportarían nada adicional a lo que ya se tiene, es decir, alcanzando la saturación (Hernández, 2014).

A pesar de todas estas limitaciones que se deben de tener en cuenta de cara a la interpretación de los resultados, la información extraída se muestra de acuerdo con la mayoría de la teoría recogida, reforzando todavía más la presencia de una relación entre el TDAH y la autoestima y autoconcepto. Es cierto que surgen nuevas aportaciones de mano de las docentes o aspectos que solo los estudios tienen en cuenta, pero el cómputo global es que se refuerza la teoría. Los niños con TDAH tienden a tener la autoestima y

autoconcepto más bajo en comparación con el resto de los niños, siendo una cuestión adquirida por las experiencias e influenciada por diferentes contextos. Aquellos niños con TDAH presentan unas particularidades que, en ocasiones, les hace estar en el punto de mira de muchos.

Como futura docente, este trabajo me ha hecho tomar más conciencia aun de la importancia de lo emocional. Los niños se encuentran en una etapa en la que todavía se están definiendo, y como profesionales debemos de estar atentos a todo lo que les suceda. Especialmente poniendo el punto de mira en aquellos alumnos que muestran ciertas debilidades añadidas que pueden traducirse en inseguridades que debiliten su autoestima, como puede ser en el caso de los niños con TDAH.

Desde mi punto de vista, creo que nutrirme de las experiencias de otros docentes ha sido muy enriquecedor para mi futuro. Es cierto que me quedo con ganas de que se abrieran más a la hora de hablar de las familias, que quizás es el campo que menos conocemos durante toda la formación que se recibe en la universidad. Igualmente investigar acerca del TDAH, como futura docente especializada en pedagogía terapéutica creo que tiene un gran impacto para mi formación y me deja con ganas de seguir indagando en el tema en el futuro.

Especialmente lo que me llevo de este trabajo es el aprendizaje y tener la posibilidad de compartir información que quizás en el día a día cuando estás en el aula no te paras a pensar. Pero realmente eso es lo más importante al adquirir la postura de docente, el ser consciente del impacto que podemos tener con nuestras palabras y actos. También te permite realizar un ejercicio de autocrítica y reflexión acerca de la práctica docente que realiza cada uno, para poder mejorar así con el paso del tiempo. Además puede ser un punto favorable compartir con la sociedad estas perspectivas para poder abrirles la mirada acerca de la realidad de estos niños y su autoestima y autoconcepto.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, J. A. y Carrillo, M.L. (2010). Adaptación, ansiedad y autoestima en niños de 9 a 12 años: una comparación entre escuela tradicional y Montessori. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 19-29. <https://doi.org/10.48102/pi.v18i1.258>

- Aguilar-Gordón, F.R., Chávez-Sánchez, J. E. y Henostroza-Aguedo, D.I. (2023). Contribuciones de la investigación cualitativa para la comprensión de los principios fundamentales de la persona en las constituciones de Ecuador y Perú. *La Colmena: Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México*, (117), 101-126. <https://revistas.um.es/riite/article/view/547251/331531>
- Alcaide, M., Aguilar, P. y Cantero, N.(2017). Influencia de la autoestima en niños de 6º de Primaria según la variable género. *MLS-Educational Research*, 1 (1),85-100. <https://doi.org/10.29314/mlser.v1i1.14>
- Alfonzo-Albores, I. (2021). Influencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la autoestima de niños de educación básica en Chiapas. *Ra Ximhai: revista científica de sociedad, cultura y desarrollo sostenible*, 17(1), 107-118. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8523381>
- Álvarez, M. y Ferreira, C. (2022). El impacto socioeducativo y socioemocional del TDAH: historias de vida de estudiantes universitarios. *Siglo cero*, 53(1), 137-157. <https://doi.org/10.14201/scero2022531137157>
- Amado, A., Gómez, L. y Muñoz, A. (2015). Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista española de pediatría*, 71(2), 82-89. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. American Psychiatric Association. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Amezcu, J. A. y Pichardo, M. C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales De Psicología*, 16(2), 207-214. https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/10-16_2.pdf
- Balcázar, P., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Gurrola Peña, G. M. y Moysén Chimal, A. (2013). *Investigación cualitativa*. Universidad autónoma del Estado de México.

- Bastardas, J., Ortiz, J. J., Sánchez, V. y Sabaté, J. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Revista española de pediatría*, 71(2), 69- 74. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Carrasco-Chaparro, X. (2022). Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(5), 440-449. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.08.001>
- Cocha, M. C., Naveda, D.J. y Tenelanda, D.V. (2021). Estrategias metodológicas docentes y su asociación en el proceso de enseñanza-aprendizaje del idioma inglés de escolares con TDAH. *Journal of Science and Research*, 6 (2), 132-145. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5514319>
- Contreras, C. y López, E. O. (2011). Sobre la representación conceptual y el significado de la autoestima y del concepto de jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 99-114. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80218382007.pdf>
- Decreto 164/2022, de 16 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 228, de 24 de noviembre de 2022. <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1247803423636&type=pdf>
- Fenollar, F., Gómez, J.A. y Muñoz, A. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Revista española de pediatría*, 71(2), 90-97. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Foley-Nicpon, M., Rickels, H., Assouline, S. G. y Richards, A. (2012). Self-Esteem and Self-Concept Examination Among Gifted Students With ADHD. *Journal for the Education of the Gifted*, 35(3), 220-240. <https://doi.org/10.1177/0162353212451735>

- Gaete, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 25 (48), 149-172. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4751827.pdf>
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I. y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720116.pdf>
- García, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete, B. y Sabaté, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista española de pediatría*, 71(2), 75-81. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf>
- González, L. H. (2013). Acerca de la investigación sociológica y la entrevista cualitativa. *Praxis Investigativa ReDIE: revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 5(8), 82-93. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6552334.pdf>
- González-Pienda, J. A., Nuñez, J. C., Glez-Pumariega, S., y García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289. <https://www.psicothema.com/pdf/97.pdf>
- Hernández, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones pedagógicas*, 23, 187 – 210. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815>
- Herrera, L., Mohand, M. A. y Mohand, L., M. (2017). Rendimiento escolar y autoconcepto en educación primaria. Relación y análisis por género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 3(1), 315-326. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1000/882>
- Huguet-Cuadrado, E. (2018). Análisis de un protocolo para la evaluación integradora del TDAH en dos casos clínicos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 5(3), 42-47. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.6>

- López, D., Martín , C., Hernández, J.P. y Rodríguez, P.J. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1), 40-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- López, J. A. y Ruiz, F. (2006). Dimensiones depresivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales de Psiquiatría*, 22(5), 1-11. https://www.researchgate.net/publication/287841229_Depressive_dimensions_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1, 88-97. <http://dx.doi.org/10.31009/methodos.2020.i01.08>
- Martínez-Martín, N., Albaladejo, E. F., Espín, J. C., Güerre, M. J., Sánchez-García, J. y Jiménez, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista española de pediatría*, 71(2), 62-68. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Martínez, L., Fernández, M., García, T., Areces, D. y González, M. P. (2021). Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. *Revista iberoamericana de psicología y salud*. 12 (2), 90-99. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.01.047>
- Mateu, L. y Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 7(1), 52-58. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.7>
- Molina, M. y Maglio, A. (2013). Características del autoconcepto y el ajuste en las autopercepciones de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología*, 7(2), 50-71. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232013000200004
- Molina-Torres, J., Orgilés, M., y Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y*

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8578478>

- Naranjo, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-27. <https://doi.org/10.15517/aie.v7i3.9296>
- Navarro, M. I. y García-Villamizar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3399009>
- Ortega, P., Mínguez, R. y Rodes, M.L. (2001). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 12. 45-66. <https://doi.org/10.14201/2868>
- Palomino, M., Pérez, C. y Martín-Calero, J. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pharmaceutical care España*, 15(4), 147-156. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/130/123>
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2003). El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista De Psicología Social*, 18(2), 141-159. <https://doi.org/10.1174/021347403321645258>
- Pelaz, A., Pérez, A., Herráez, C., Jiménez, G. y Ruiz, F. (2014). Estudio sobre el temperamento y el carácter en población infantil diagnosticada de TDAH. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 31(1), 62-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7804731>
- Ramires, M. (2011). Investigación cualitativa: Definición y diseño en E.L. Lucio-Villegas (Ed.), *Investigación y Práctica en la educación de personas adultas*, pp.31-39. Nau libres.
- Rivera-Flores, G. W. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de Investigación Psicológica*. 3 (2), 1079-1091. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530>

- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. estudios y propuestas socio-educativas*. 44. 241-258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>
- Rodríguez, C. y García, J. N. (2007). Diagnóstico y evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en J. N. García Sánchez (ed.), *Dificultades del desarrollo: evaluación e intervención: instrumentos y programas de intervención: CD-ROM* (p. 6). Pirámide.
- Sebastián, V. H. (2012). Autoestima y autoconcepto docente. *Phainomenon*, 11(1), 23–34. <https://doi.org/10.33539/phai.v11i1.226>
- Serrano, A., Mérida, R. y Tabernero, C. (2016). La autoestima infantil, la edad, el sexo y el nivel socioeconómico como predictores del rendimiento académico. *Revista de investigación en educación*, 14(1), 53-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5487361>
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)* (2º ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. y Stergiakouli E. (2012) What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood*. 97, 260-265. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>

6. ANEXOS

Anexo I – Diseño de la entrevista

Hola, mi nombre es Alicia Gregorio y soy estudiante de 4º curso del Grado de Magisterio de Primaria. Estoy haciendo mi TFG acerca de la autoestima y autoconcepto en niños con TDAH, por ello me gustaría contar con tu participación en una entrevista para conocer a partir de una serie de preguntas tu opinión (junto a la de otros maestros y maestras) sobre esta cuestión. Antes de comenzar quería darte las gracias por participar y darme unos minutos de tu tiempo.

En primer lugar, voy a hacerte unas preguntas con el objetivo de conocerte un poquito más sobre ti y tu experiencia previa y tenerla en cuenta de cara a un análisis posterior:

- Rango de edad
 - 20-30
 - 30-40
 - 40-50
 - Más de 50
- Género
- ¿Cuántos años llevas en la enseñanza?
- ¿Cuál ha sido tu experiencia docente? (áreas de enseñanza, rango de edades, ...)
- ¿Has tenido en el aula o has trabajado con niños con TDAH? ¿En qué grado calificarías tu nivel de experiencia con ellos? (No tengo, poca experiencia, tengo experiencia, mucha experiencia)
- ¿Has realizado algún tipo de formación específica en este trastorno?
















































Ahora voy a pasar a la entrevista, a la que puedes contestar con total confianza y sinceridad ya que se trata de dar tu opinión como profesional. Como ya te he comentado es acerca del TDAH, autoestima y autoconcepto, por lo que las preguntas van a girar en torno a estos términos.















































- ¿Crees que los niños con TDAH tienden a tener el autoestima o autoconcepto más bajo o más alto en comparación al resto de niños; o que no hay diferencias?
- Bajo tu punto de vista, ¿podríamos decir que existe una relación directa entre estos conceptos y el TDAH?

- En caso de que creas que existe una relación, ¿consideras que esta relación es algo intrínseco o que poco a poco se va adquiriendo?
- Si no crees que exista relación ¿Por qué razones crees que no la hay? ¿qué factores crees que determinan la autoestima y autoconcepto en los niños?
- Siguiendo en esta línea de causas ¿depende únicamente de uno mismo o existen factores externos de su entorno escolar, social o familiar que puedan influenciar?
(Flexible en función de su respuesta anterior)
- ¿Crees que con estos niños con TDAH se debería de trabajar los conceptos de forma explícita y concreta en el aula o será mejor abordarlo desde una perspectiva más transversal?
- ¿Me podrías dar algunas pautas o formas de trabajar estos aspectos en el aula en base a tu experiencia con los niños que tienen dicho trastorno?
- ¿Alguna cosa más que quieras comentar acerca del tema?

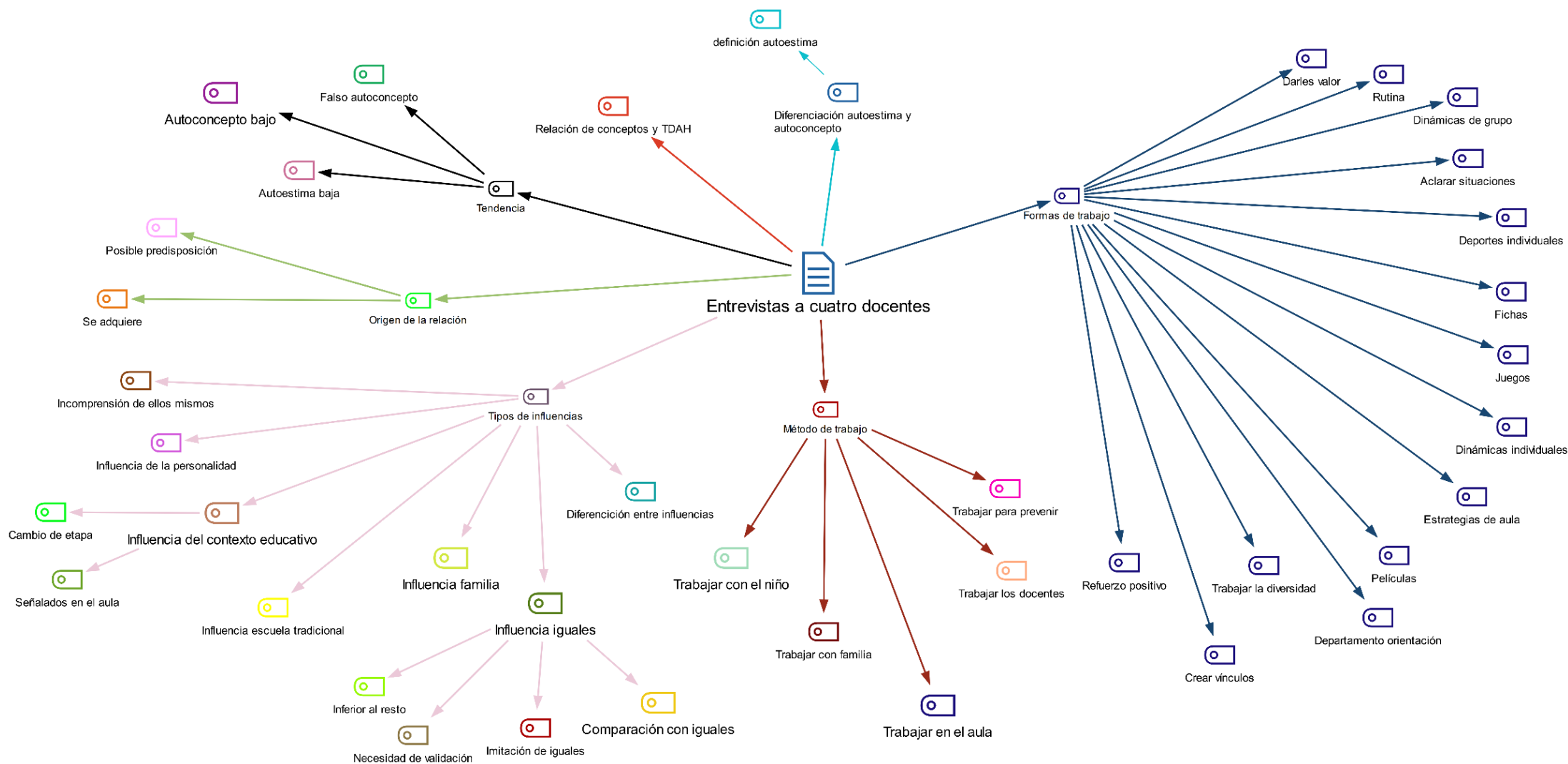
Hasta aquí han llegado las preguntas, gracias de nuevo por participar en la entrevista ya que tus respuestas me han sido de gran ayuda.

Anexo II – Sistema de códigos y frecuencias

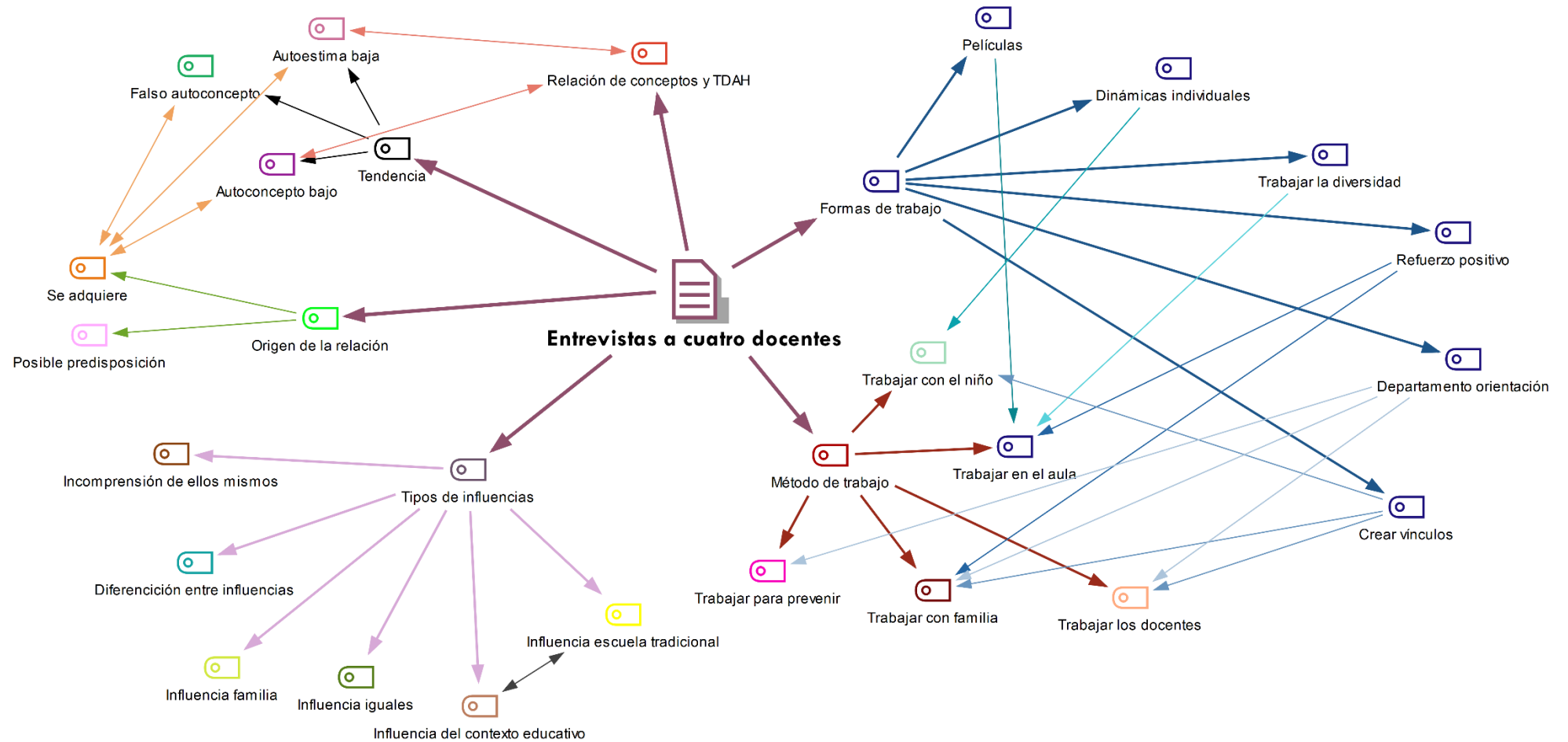
▼  Sistema de códigos	159
▼  Tendencia	0
 Falso autoconcepto	2
 Autoconcepto bajo	14
 Autoestima baja	7
▼  Origen de la relación	0
 Se adquiere	6
 Posible predisposición	2
▼  Tipos de influencias	0
 Incomprensión de ellos mismos	5
 Diferenciación entre influencias	4
▼  Influencia del contexto educativo	13
 Cambio de etapa	1
 Señalados en el aula	5
 Influencia familia	11
▼  Influencia iguales	8
 Inferior al resto	3
 Necesidad de validación	2
 Imitación de iguales	1
 Comparación con iguales	9
 Influencia escuela tradicional	1
 Influencia de la personalidad	2
▼  Método de trabajo	0
 Trabajar con el niño	9
 Trabajar con familia	4
 Trabajar en el aula	9
 Trabajar los docentes	2
 Trabajar para prevenir	1
▼  Formas de trabajo	0
 Refuerzo positivo	2
 Crear vínculos	3
 Trabajar la diversidad	1
 Departamento orientación	2
 Películas	2
 Dinámicas individuales	2
 Estrategias de aula	4
 Deportes individuales	1
 Juegos	2
 Dinámicas de grupo	4
 Fichas	2
 Rutina	1
 Aclarar situaciones	1
 Darles valor	4
 Relación de conceptos y TDAH	5
▼  Diferenciación autoestima y autoconcepto	1
 definición autoestima	1
 Conjuntos	0

Sistema de códigos	todas entrevistas unidas	SUMA
▼  Tendencia		0
 Falso autoconcepto	•	2
 Autoconcepto bajo	●	14
 Autoestima baja	•	7
▼  Origen de la relación		0
 Se adquiere	•	6
 Posible predisposición	•	2
▼  Tipos de influencias		0
 Incomprensión de ellos mismos	•	5
 Diferenciación entre influencias	•	4
▼  Influencia del contexto educativo		13
 Cambio de etapa	•	1
 Señalados en el aula	•	5
 Influencia familia	●	11
▼  Influencia iguales		8
 Inferior al resto	•	3
 Necesidad de validación	•	2
 Imitación de iguales	•	1
 Comparación con iguales	●	9
 Influencia escuela tradicional	•	1
 Influencia de la personalidad	•	2
▼  Método de trabajo		0
 Trabajar con el niño	●	9
 Trabajar con familia	•	4
 Trabajar en el aula	●	9
 Trabajar los docentes	•	2
 Trabajar para prevenir	•	1
▼  Formas de trabajo		0
 Refuerzo positivo	•	2
 Crear vínculos	•	3
 Trabajar la diversidad	•	1
 Departamento orientación	•	2
 Películas	•	2
 Dinámicas individuales	•	2
 Estrategias de aula	•	4
 Deportes individuales	•	1
 Juegos	•	2
 Dinámicas de grupo	•	4
 Fichas	•	2
 Rutina	•	1
 Aclarar situaciones	•	1
 Darles valor	•	4
 Relación de conceptos y TDAH	•	5
▼  Diferenciación autoestima y autoconcepto		1
 definición autoestima	•	1
 SUMA	159	159

Anexo III – Matriz con todos los códigos



Anexo IV – Matriz simplificada con relaciones



Anexo V – Matriz de relaciones entre formas y métodos de trabajo

