



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“DÉFICIT DE ATENCIÓN Y PATRONES INADECUADOS
DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS USUARIOS DE UN
HOSPITAL DEL CERCADO DE LIMA”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Elvis Anatol Abarca Ccorimanya

Asesor:

Mg. Eduardo Manuel Yopez Oliva

Lima - Perú

2019

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El asesor Mg. Eduardo Manuel Yepez Oliva, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de PSICOLOGÍA, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis del estudiante:

Elvis Anatol Abarca Ccorimanya

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: Déficit de atención y patrones inadecuados de conducta en niños, usuarios de un hospital del Cercado de Lima, para aspirar al título profesional de: Licenciado en psicología por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al interesado para su presentación.

Mg. Eduardo Manuel Yepez Oliva
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis de los estudiantes: *Déficit de atención y patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima*, para aspirar al título profesional con la tesis denominada: Licenciado en psicología.

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Mg. Mauro Hector Ceron Salazar
Jurado
Presidente

Mg. Karim Elisa Talledo Sánchez
Jurado

Mg. Cristian Eduardo Sarmiento
Pérez
Jurado

DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme la vida,
por permitirme servir al prójimo,
por una familia que me apoya.

A MIS PADRES:

Por su gran amor,
dedicación y comprensión
por orientarme.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada del Norte, por contar con las herramientas y con un personal altamente competitivo, los cuales fueron claves para mi desarrollo profesional.

A mi Asesor, por sus constantes correcciones y sugerencias que contribuyeron con el desarrollo de este proyecto.

Así mismo, expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron en este proyecto.

CONTENIDO

Acta de autorización para sustentación de tesis	2
Acta de aprobación de la tesis	3
Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
Índice de tablas	8
Índice de figuras	10
Resumen	11
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	13
1.1 Realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Justificación	16
1.4. Limitaciones	17
1.5. Objetivos	18
1.6. Hipótesis	18
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	24
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	34
3.1. Diseño de investigación	34
3.2. Unidad de estudio	34
3.3. Población	35
3.4. Muestra	39
3.5. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos	40

CAPÍTULO 4. RESULTADOS	50
4.1. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de los participantes	50
4.2. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las variables déficit de atención y patrones inadecuados de conducta	51
4.3. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las dimensiones del EDDA	51
4.4. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las dimensiones del BBRS	51
4.5. Análisis correlacional entre las variables: déficit de atención y patrones inadecuados de conducta	53
4.6. Análisis correlacional entre las dimensiones del déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta	53
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	64
Conclusiones	66
Recomendaciones	67
REFERENCIAS	68
ANEXOS	73
Anexo 1. Matriz de consistencia	73
Anexo 2. Ficha sociodemográfica	74
Anexo 3. Instrumentos	75
Anexo 4. Consentimiento informado	80
Anexo 5. Criterios para evaluación del coeficiente de correlación	81

ÍNDICE DE TABLAS

1. Operacionalización de la variable Déficit de atención	36
2. Operacionalización de la variable Patrones inadecuados del comportamiento	37
3. Afijación proporcional de la muestra	40
4. Valor de alternativas	42
5. Escala de percentiles por puntuaciones	42
6. Escala de categoría por percentiles	43
7. Valor de alternativas	43
8. Escala de categoría	44
9. Distribución de la muestra de niños usuarios, según sexo del paciente	45
10. Distribución de la muestra de niños usuarios, según qué número de hijo es el paciente	46
11. Distribución de la muestra de niños usuarios, según con quienes vive el paciente	47
12. Distribución de la muestra de niños usuarios, según condición civil de los padres del paciente	48
13. Estadísticas de fiabilidad de la Escala de desórdenes de déficit de atención	49
14. Estadísticas de fiabilidad de Escala para padres de observación de conducta	49
15. Déficit de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	49
16. Niveles de patrones inadecuados del comportamiento en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	50
17. Niveles de hiperactividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	51
18. Niveles de falta de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	52
19. Niveles de impulsividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	53
20. Niveles de interacción con compañeros en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	54

21. Nivel de patrones inadecuados conductuales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	55
22. Nivel de patrones inadecuados emocionales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	56
23. Nivel de patrones inadecuados de sociabilización en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	57
24. Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis general	59
25. Prueba de correlación para hipótesis general	59
26. Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados conductuales	60
27. Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados conductuales	60
28. Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados emocionales	61
29. Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados emocionales	62
30. Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización	63
31. Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización	63

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Distribución de frecuencias según sexo en la muestra de niños usuarios	45
2. Distribución de frecuencias según el número de hijo en niños usuarios	46
3. Distribución de frecuencias según con quienes vive el paciente en niños usuarios	47
4. Distribución de frecuencias según condición civil de los padres del paciente en niños usuarios	48
5. Déficit de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	50
6. Patrones inadecuados de conducta en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	51
7. Hiperactividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	52
8. Falta de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	53
9. Impulsividad en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	54
10. Interacción en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	55
11. Niveles de patrones inadecuados conductuales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	56
12. Patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	57
13. Patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima	58

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar de qué manera se relaciona el déficit de atención con los patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. En cuanto a la metodología del estudio fue de diseño no experimental, de tipo básica, de alcance correlacional y transversal. Se realizó el estudio en una muestra de 104 pacientes niños de entre 6 a 10 años de edad seleccionados de manera probabilística. Se usaron como instrumentos de recolección de datos a una Escala de déficit de atención de Anicama y una Escala de observación de conducta de Burks H., con los cuales se recogieron los datos necesarios para realizar las mediciones estadísticas. Los resultados señalaron que existe una relación directa entre el déficit de atención con los patrones inadecuados de conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Con un valor de correlación de Spearman de 0,480 y una significancia $<0,005$.

Palabras clave: Déficit de atención, patrones inadecuados del comportamiento

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine how the attention deficit is related to inappropriate behavior patterns in children who are users of a hospital in Cercado de Lima. Regarding the methodology of the study, it was a non-experimental design, of a basic type, with a correlational and transversal scope. The study was conducted on a sample of 104 children between 6 and 10 years of age selected probabilistically. A Scale of attention deficit of Anicama J. and a Scale of observation of conduct of Burks H. were used as data collection instruments, with which the necessary data were collected to perform the statistical measurements. The results indicated that there is a direct relationship between the attention deficit with inappropriate patterns of behavior in children who use a hospital in the Cercado de Lima. With a Spearman correlation value of 0.480 and a significance <0.005 .

Key words: Attention deficit, inappropriate behavior pattern

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) define el trastorno por déficit de atención como un trastorno neurobiológico, caracterizado por tres síntomas: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad tanto cognitiva como conductual. Además, según Gratch (2009) un grupo de síntomas acompañan al trastorno por déficit de atención, como son la dificultad para postergar las gratificaciones, los trastornos en la conducta social y escolar, las dificultades para mantener un nivel de organización en la vida y tareas personales como el estudio, quehaceres del hogar y un daño crónico en la autoestima el cual es consecuencia de escasos logros obtenidos a causa de estas dificultades.

Asimismo, para Barkley (1997) el trastorno por déficit de atención, es un déficit en la inhibición de respuesta o comportamiento provocando dificultades para sostener la atención por un periodo razonable de tiempo, además de problemas en el autocontrol, problemas en la memoria de trabajo no verbal y verbal, problemas en la autorregulación afectiva, en la motivación, en el inicio de trabajo y en el rendimiento, problemas para internalizar el lenguaje, lo que los hace poco reflexivos.

En el mundo, la prevalencia mundial estimada del déficit de atención en la población infanto-juvenil es del 5,29%; aunque se han demostrado diferencias entre diversas áreas geográficas, grupos culturales y niveles socioeconómicos. El déficit de atención representa entre el 20% y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre un 60-75% de los niños con déficit de atención, aún continúan presentando los síntomas durante la adolescencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

En América Latina, el déficit de atención afecta al 5% de la población infanto-juvenil en promedio; siendo mayor la prevalencia en Venezuela (10%), seguido de Puerto Rico (8%), Brasil (9%), Colombia (11%), y Argentina (9%). Estos estudios sugieren, a nivel de países, que la prevalencia de déficit de atención en América Latina es mayor

que en Norteamérica, la cual es aproximadamente 6% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

En el Perú, se estima que entre el 3% y el 7% de la población infanto-juvenil sufre algún grado de déficit de atención. Los expertos calculan que de 30 niños puede haber de 1 a 2 niños con este desorden neurológico, que les impide enfocar su atención por un largo tiempo, controlar sus reacciones e interactuar con otros pequeños sin parecer muy toscos (Asociación Peruana de Déficit de Atención [APDA], 2014).

Por otro lado, sobre las causas que originan el déficit de atención, Soutullo (2007) refiere que el déficit de atención es un trastorno que se origina por múltiples causas y que cada una contribuye a la manifestación del trastorno. Un factor que influye en el desarrollo del déficit de atención es genético, puede ser hereditario, y los estudios indican que los genes desempeñan un papel fundamental. También, el factor ambiente influye, como la exposición al plomo, pueden aumentar el riesgo. Otro factor es el desarrollo, los problemas en el sistema nervioso central en momentos clave del desarrollo pueden desempeñar un papel fundamental. Asimismo, los factores de riesgo del trastorno por déficit de atención pueden incluir parientes consanguíneos, como un padre o hermano, con TDAH u otro trastorno de salud mental; exposición a toxinas ambientales; consumo de drogas, alcohol o tabaquismo por parte de la madre durante el embarazo; nacimiento prematuro.

Otras causas del déficit de atención provienen de los factores psicosociales como la exclusión social, problemática familiar, consumo de alcohol o drogas y violencia en el hogar los cuales favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y perpetuación. Del mismo modo, un medio escolar desorganizado o muy desestructurado provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar. Asimismo, sobre las familias de niños y niñas con déficit de atención, se ha determinado un estilo parental más intrusivo, controlador y desaprobador que en los controles sanos (López Soler & Romero Medina, 2014).

El déficit de atención, como se observa, puede generar una mayor propensión a realizar conductas de riesgo. Todas estas dificultades, a su vez, pueden contribuir a acumular un historial de fracasos académicos y de problemas para la adaptación en general lo

que afectará la capacidad de reconocer y potenciar los recursos propios, que es lo que define el bienestar psicológico. Si se considera, además, las dimensiones de crecimiento personal, propósito en la vida, dominio ambiental y autoaceptación y la relación de estas con el diagnóstico de déficit de atención, surgen alcances importantes respecto a qué aspectos del bienestar se ven más mermados por el trastorno y su posible explicación (Calderón, 2015).

Además, es muy habitual que los educadores se encuentren en el aula con alumnos cuyo comportamiento general y las conductas concretas que realizan las atribuyan genéricamente a una “falta de atención” o “problemas de atención”. Son aquellos niños que cuando se les pregunta responden de manera rápida e impulsiva sin reflexionar sobre lo que dicen. También aquellos alumnos que preguntan al educador “cosas” que se les ha explicado reiteradamente en momentos antes y aquellos que leen de manera incompleta y rápida las instrucciones de las actividades, de los trabajos, de los exámenes; también están aquellos otros que cometen muchos errores porque no repasan sus tareas o porque no hacen un control de la calidad de sus actividades. También hacemos alusión a aquellos alumnos que sólo son capaces de permanecer escasos minutos centrados en una tarea y se cansan rápidamente de la actividad. Del mismo modo, nos podemos referir a los alumnos que se pierden en las tareas que están realizando porque no forman parte de sus intereses o motivaciones. Y, por supuesto, también hacemos referencia a su movimiento incesante, es decir su hiperactividad y disruptividad, movimientos excesivos, deambuleos, que causan molestias a sus compañeros (Barrios Oneto, 2015).

La terapia cognitiva conductual como intervención contra el déficit de atención en niños, ha demostrado buenos resultados; según el estudio realizado por Echegaray y Urquieta (2013), se observó una modificación en la conducta utilizando el programa integral de intervención psicológica cognitivo-conductual en el grupo experimental en relación al grupo control. Hubo disminución de la frecuencia en conductas como excesiva inquietud motora, molestar a otros niños, moverse constantemente, impulsividad, distractibilidad, gritar en situaciones inadecuadas, discutir y pelear por cualquier cosa, llevarse mal con la mayoría de sus compañeros, aceptar de mala manera las indicaciones del profesor, entre otros. Además, la técnica implementada

que obtuvo mayor cambio o repercusión en las conductas de los niños fue el entrenamiento en base a “economía de fichas” y “relajación progresiva”, que permitió mayor solución en los problemas y la adaptación a las diversas situaciones cotidianas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?
- ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?
- ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?

1.3. Justificación

Con la presente investigación se intenta realizar un aporte teórico sobre el tema antes citado, que abra puertas a posteriores investigaciones sobre el mismo; la mayoría de los estudios realizados se centra en el problema propiamente dicho, en sus características específicas, dejando muchas veces de lado la comorbilidad con otros trastornos y, sobre todo, el incremento de problemas conductuales por el hecho de no tratar la presencia de algunos de los indicadores del déficit de atención.

Además, a partir de los datos obtenidos, se espera brindar un aporte práctico, con conocimientos pertinentes para concientizar a los padres y que los lleve a tomar decisiones sobre la importancia de actuar prematuramente antes del incremento de problemas mayores, puesto que está asociado a bajas notas, bajos puntajes en test estandarizados de lectura y matemáticas y la repetición de grado escolar en un 30%,

además de suspensiones y expulsiones del colegio. Es decir, si un niño es tempranamente diagnosticado con déficit de atención o con alguno de sus indicadores y si no recibe intervención psicológica, tanto para el niño y como para los padres, esto puede desencadenar en problemas mayores, como conducta antisocial o adicciones (Burgos Herrera, 2018).

Por otro lado, esta investigación, como aporte social, generará reflexión y discusión, porque se podrá obtener información, sobre una relación directa entre el déficit de atención y patrones inadecuados de conducta, la cual será beneficiosa para las personas de nuestra sociedad, padres de familia, profesores y profesionales afines, lo cual permitirá sentar las bases para nuevos estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada.

Finalmente, esta investigación nos proporcionará datos significativos sobre la relación entre el déficit de atención y los problemas de conducta que podrán ser útiles para realizar futuros procesos de orientación, consejería o intervención psicológica a los familiares y padres de familia.

1.4. Limitaciones

Las limitaciones presentadas durante el desarrollo del presente estudio fueron determinados en los siguientes aspectos:

- a) Los directores de la institución, en la mayoría de los casos cuando fueron consultados para solicitarles el permiso no dieron apertura amplia para llevar a cabo la investigación, debido a la tendencia a no ofrecer información y por temor a la opinión o crítica que generen los resultados de la investigación.
- b) Realizar investigaciones en el Perú resulta muy complejo; los recursos económicos que permiten el financiamiento del estudio son bastante escasos; por ello, la investigación fue autofinanciada; se llevó adelante con la economía personal y con eventuales apoyos familiares.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento en niños, usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.
- Identificar la relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.
- Identificar la relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

HG₀: No existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

HG₁: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

1.6.2. Hipótesis específicas

HE₁: Sí existe relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

HE₂: Sí existe relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

HE₃: Sí existe relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

CAPÍTULO II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Vilcahuamán (2017) realizó la investigación titulada *Relación entre déficit de atención y autoestima en niños de segundo de primaria de I.E.P. San Juan de Lurigancho*. La investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre déficit de atención y autoestima en niños de segundo de primaria de I.E.P. San Juan de Lurigancho. Es un estudio cuantitativo y de tipo descriptiva correlacional, diseño no experimental. Para la medición de las variables se utilizó escalas de estimación, Cuestionario de déficit de atención y el test TAE de Autoestima Escolar. Una muestra de 90 en niños de segundo de primaria de I.E.P. San Juan de Lurigancho. Los resultados indican que existe relación inversa baja entre déficit de atención y autoestima, lo que significa que a mayor déficit de atención menor será la autoestima.

Cuadros (2016) realizó la investigación titulada *Clima social escolar y déficit de atención en estudiantes de primer grado de secundaria de una I.E. de la Victoria, Lima*. La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social escolar y el déficit de atención en los estudiantes de primer grado de secundaria en la Institución Educativa Isabel La Católica, distrito de La Victoria. El método empleado en la investigación fue el hipotético-deductivo, diseño no experimental de nivel correlacional de corte transversal. Para la medición de las variables se utilizó el Cuestionario clima social escolar, constituido por 90 ítems y el cuestionario de déficit de atención, constituido por 75 ítems. Una muestra de 150 estudiantes. Los resultados indican que existe evidencia para afirmar que el Clima social escolar se relaciona significativamente con el déficit de atención en estudiantes de primer grado de secundaria de una I.E.

Camani (2018) realizó la investigación titulada *Clima familiar y déficit de atención en la memoria auditiva en los alumnos del 5to grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 1228 Leoncio Prado – Ate*. La investigación tuvo como objetivo demostrar la relación entre clima familiar y déficit de atención en la memoria auditiva en los alumnos del 5° Grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 1228 Leoncio Prado – Ate. Es un estudio de tipo descriptivo correlacional. Para la medición de las variables se utilizó un instrumento cuestionario constatando la relación entre ambas variables. Una muestra de 20 padres de familia. Los resultados indican que el mejoramiento del déficit de atención en la memoria de atención está relacionado con el buen clima familiar donde los padres les dan el apoyo moral a los hijos, enfrentan la salud de hijos con regulación y autocontrol, tienen actitud consultiva externa para guiar a sus hijos.

Baldarrago (2015) realizó la investigación titulada *Perfil Neuropsicológico en niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención/hiperactividad con y sin medicación en la ciudad de Arequipa – 2015*. La investigación tuvo como objetivo determinar las diferencias en las funciones cognoscitivas y ejecutivas de los niños de 6 a 12 años diagnosticados con las diversas presentaciones del cuadro diagnóstico. Es un estudio de tipo correlativo. Para la medición de las variables se utilizó un instrumento Test para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (ADHDT) y Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), las dos están validadas a través del Alfa de Cronbach. Una muestra de 28 niños escolares. Los resultados muestran que los niños que reciben medicación tienen mejor desempeño en habilidades construccionales, memoria, en habilidades perceptuales en el subdominio táctil, en habilidades metalingüísticas, en lenguaje en los sub dominios de expresión y comprensión y en Atención, tanto visual como auditiva; además que sólo existen diferencias significativas dentro de las funciones ejecutivas en fluidez gráfica, planificación y organización en el sub dominio número de movimientos y diseños correctos con numero de movimientos.

García (2018) realizó la investigación titulada *Programa de Habilidades Sociales (PHASO) para niños con indicadores del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con presentación combinada*. La investigación tuvo como objetivo demostrar la efectividad del programa de habilidades sociales para niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Es un estudio de tipo cuantitativo y un diseño cuasi experimental. Una muestra de 10 niños, entre varones y mujeres, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 8 a 11 años. Para la medición de las variables se aplicó un pre-test y pos-test (Listado de evaluación de Habilidades Sociales para escolares de 8 a 11 años). Los resultados después de la aplicación del programa mostraron un incremento en las sub-escalas relacionadas a la comunicación, sentimientos, agresión, manejo de estrés y las de derecho y obligaciones de los niños y niñas.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Carranza (2017) realizó la investigación titulada *Intervención en la autoestima en niños que presentan déficit de atención con hiperactividad en Aguascalientes*. La investigación tuvo como objetivo elaborar y aplicar un programa de intervención desde un enfoque cognitivo-conductual con el fin de mejorar la autoestima en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Se utilizó un programa de intervención a través de un taller de autoestima de 8 sesiones. Para la medición de las variables se utilizó el Inventario de Autoestima Coopersmith, el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental y el Inventario de Prácticas de Crianza. Una muestra de 2 madres de familia con sus 2 hijos con una edad entre los 9 y 10 años. Los resultados indican la efectividad del taller al incrementar la autoestima mediante la modificación de prácticas parentales, como la disminución del castigo y una crianza de estilo democrático.

Fernández y Parra (2017) realizaron la investigación titulada *Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y*

adolescentes que viven en acogimiento residencial. La investigación tuvo como objetivo comparar la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre el comportamiento problemático y los problemas emocionales de preadolescentes y adolescentes venezolanos. Diseño experimental. Para la medición de las variables se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) y la Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). Una muestra de 222 adolescentes y preadolescentes entre los 11 y 16 años. Los resultados indican que los participantes que viven en las instituciones presentan mayor nivel de problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención que los adolescentes que conviven con sus familias de acuerdo a los informes de los padres, profesores y cuidadores.

Puentes *et. al.* (2014) realizaron la investigación titulada *Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC.* La investigación tuvo como objetivo analizar las habilidades sociales de un grupo de niños de ambos sexos diagnosticados con el TDAH en la ciudad de Barranquilla, Colombia, teniendo en cuenta los déficits y fortalezas que puedan presentar. Es un estudio de tipo descriptivo y de diseño correlacional. Para la medición de la variable se utilizó la escala Behavioral Assessment System for Children para padres y maestros. Una muestra de 159 niños de ambos sexos, escolarizados, con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), entre los 6 y los 11 años. Los resultados mostraron que los niños con TDAH presentan puntajes más bajos en las dimensiones de habilidades sociales como escuchar, esperar turnos, reconocer señales sociales y tener capacidad de adaptabilidad. Sin embargo, en compañerismo, los participantes con TDAH combinado poseen habilidades semejantes a los no afectados.

Rubiales, Bakker, Russo y González (2016) realizaron la investigación titulada *Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con*

hiperactividad. La investigación tuvo como objetivo analizar el desempeño de las funciones ejecutivas en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en relación con síntomas comórbidos asociados, internalizantes y externalizantes. Es un estudio de tipo ex post facto retrospectivo con un grupo. Para la medición de la variable se utilizaron los criterios del DSM-5 y la Escala Estandarizada de Swanson, Nolan y Pelham - SNAP IV, en su versión en español validada en Argentina. Una muestra de 45 niños de ambos sexos, entre los 8 y los 14 años. Los resultados evidenciaron que el grupo de niños con síntomas internalizantes presentaron un desempeño inferior en organización y planificación y en inhibición motora, y el grupo de niños con síntomas externalizantes un desempeño inferior en inhibición motora, en comparación con los niños sin síntomas comórbidos, lo cual indica que las variables analizadas permiten colaborar con el proceso de evaluación diagnóstica del trastorno. Describir el desempeño ejecutivo del trastorno en función de diversas asociaciones comórbidas, posibilita un mejor conocimiento de la entidad y un adecuado diagnóstico diferencial.

Alemany (2019) realizó la investigación titulada *Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes*. La investigación tuvo como objetivo ampliar y profundizar el conocimiento sobre las consecuencias sociales de las Dificultades Específicas de Aprendizaje. Es un estudio de tipo cuantitativo. Para la medición de la variable se utilizaron tres cuestionarios diferentes, dirigidos a los tres segmentos de población que integran la muestra. Estos cuestionarios buscan obtener datos relativos a estos trastornos, su prevalencia, comorbilidades, efectos y consecuencias. Una muestra de 404 familias. Los resultados mostraron diferencias significativas en los logros académicos, laborales, económicos y sociales de las personas adultas con DEA con respecto a la población general, así como consecuencias a diferentes niveles: educativo, sanitario, laboral, económico y social.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Déficit de atención

a. Concepto

El trastorno por déficit de atención es uno de los trastornos conductuales más comunes de la infancia. Los profesionales en el campo enfrentan a menudo el desafío de evaluar a niños que podrían presentar el trastorno, se trata de un trastorno heterogéneo, es decir, que se evidencia de distintas maneras en niños y niñas, esto no lo hace fácil de reconocerlo en consulta. Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad; sin embargo, la actual clasificación de la APA, que permite establecer el diagnóstico de TDAH si los síntomas aparecen antes de los 12 años (DuPaul, Anastopoulos, & Reid, 2018).

El DSM-5 (2014) lo categoriza como un trastorno del neurodesarrollo y mantiene los tres grupos de síntomas. La definición de trastorno por déficit de atención, propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales lo describe como un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, formando el conjunto de síntomas de la tríada distraibilidad, hiperactividad e impulsividad, con clara interferencia en la vida familiar, escolar y social de la persona.

b. Historia

Fue descrito en 1865, hace más de un siglo, por el alemán Heinrich Hoffman, quien observó los síntomas del déficit de atención en niños. Luego en 1902 los británicos George Still y Alfred Tredgold describieron a 43 niños de forma científica, Still creía que los niños poseían un defecto de control moral porque no controlaban sus acciones de bien común. Después en EE.UU., entre 1917-1918, un grupo de niños fue descrito en un cuadro conductual caracterizado principalmente por hiperactividad. Desde 1950, se describían los síntomas como trastorno hiperkinético impulsivo, que más adelante se llamaría trastorno hiperactivo. En 1960, se describe el síndrome del niño hiperactivo. A

principios de 1970 se incluyen al síndrome otros aspectos relevantes como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad. En 1980, el DSM-III cambia el nombre del síndrome a trastorno por déficit de atención, En 1990, se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo. En los primeros años del siglo XXI, se ha avanzado en el tratamiento multimodales, los cuales son específicos para cada niño y familia, combinando medicación, psicoeducación a los padres, manejo conductual, prevención de explosiones conductuales y apoyo escolar específico (Soutullo Esperón, 2007).

c. Etiología

Las investigaciones sobre el déficit de atención, plantean la etiología de una doble faceta los factores genéticos o biológicos y los factores ambientales. Existen evidencias experimentales de que el trastorno mencionado pueden tener una base genética o estar originados por ciertos factores biológicos no heredados. Actualmente existe una gran diversidad de hipótesis que parten de campos tan distintos como la medicina o la psicología. Los factores genéticos y ambientales desempeñan una influencia determinante sobre esta problemática, pero la influencia del contexto social y familiar es también rotunda, y no tanto en el origen como en la evolución, el pronóstico y la intervención de su manifestación sintomatológica (Soutullo Esperón, 2007).

Estudios más actuales apuntaron que, aunque no se asocie concretamente ningún factor de adversidad psicosocial individual con el déficit de atención, la suma de varios factores de adversidad, incluyendo conflictos paternos, reducción de la cohesión familiar y psicopatología paterna, se relaciona con un riesgo mayor de déficit de atención. Por ejemplo, la exposición a la conflictividad familiar y la práctica de patrones incoherentes de disciplina paterna pueden ser mayores en las familias con uno de los padres con déficit de atención (López & Romero, 2014).

d. Descripción clínica

Los niños con inatención tienen muchas dificultades para realizar una misma actividad durante un período de tiempo largo. Se aburren enseguida tras unos minutos haciendo la tarea, empiezan a pensar en otras cosas. El hecho de no fijarse bien hace que cometan errores en materias que podrían dominar. Estos menores deben hacer un esfuerzo extra para acabar tareas rutinarias y mantener cierta organización en su vida. Si no se esfuerzan, entonces se distraerán fácilmente con cualquier estímulo que se cruce en su camino. En ocasiones se plantean dudas sobre si estos niños poseen una deficiencia auditiva porque puede parecer que no escuchan. Frecuentemente olvidan el material necesario para cada tarea y también pierden objetos personales (material escolar, ropa, abono de transporte, etc.) con mucha facilidad (Soutullo Esperón, 2007).

Siguiendo con la descripción clínica de estos autores, la inatención hace en estos menores que cualquier estímulo o situación que se les cruce por el camino les haga perder el objetivo y olvidarse de lo que estaban haciendo, dejando las cosas a medias. Los padres dicen que continuamente cambian su foco de atención sin alcanzar nunca el objetivo final. Parece que sólo viven el presente inmediato y no piensan la siguiente acción. Darles dos órdenes seguidas es imposible, se les olvidan. Esto conlleva un rendimiento escolar y en los juegos muy por debajo de su capacidad y de lo normal para su edad, lo que produce impopularidad por parte de otros compañeros. Suelen tener mala caligrafía y organizan mal el espacio en el papel, debido a que escriben rápido y sin fijarse bien (López & Romero, 2014).

e. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos que da la DSM-5 y del CIE-10 son de gran utilidad y entre los expertos existe consenso acerca de su valor para la identificación del déficit de atención.

A continuación, se detalla la clasificación según el DSM-5 (2014):

<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):</p>
<p>1. Inatención</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
<p>2. Hiperactividad e Impulsividad</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”. Con frecuencia habla excesivamente. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta. Con frecuencia le es difícil esperar su turno. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.
<p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p>
<p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).</p>
<p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p>
<p>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 (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).</p>

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo según la CIE-10 (1992):

<p>Déficit de atención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice. 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
<p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
<p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

f. Comorbilidad

El déficit de atención no suele aparecer solo, es frecuente que se acompañe de otros problemas, lo que se denomina comorbilidad. Cuanto más tiempo pase el niño con déficit de atención sin ser diagnosticado y tratado correctamente, más posibilidad de que aparezcan otros trastornos comórbidos como complicaciones. Los trastornos que con mayor frecuencia acompañan al déficit de atención son (López & Romero, 2014):

Muy frecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno negativista desafiante • Trastorno de la conducta
Frecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de ansiedad • Trastornos del desarrollo de la coordinación • Trastornos específicos del aprendizaje
Menos frecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de tics • Trastornos del humor • Depresión mayor y enfermedad bipolar
Infrecuentes <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del espectro autista • Retraso mental

g. Evolución

La evolución del déficit de atención con la edad es variable; hace unas décadas se pensaba que era un trastorno propio de la infancia, y que el déficit de atención desaparecía al crecer el niño y entrar en la adolescencia. Hoy en día se sabe que algunos síntomas como la hiperactividad disminuyen en intensidad al crecer el niño, pero la inatención y la impulsividad no disminuyen, sino que siguen causando problemas significativos. Esto hace que el tratamiento en muchos casos sea prolongado. Algunos síntomas están presentes toda la vida, y otros mejoran o se transforman hasta no resultar problemáticos con el tiempo y el tratamiento. A veces, al desaparecer algunos síntomas el adolescente deja de cumplir criterios diagnósticos, pero eso no significa que los síntomas que permanecen no les cause problemas. La inatención y en especial la impulsividad permanecen en adolescentes y adultos. El adulto con déficit de atención continua con una sensación interna de inquietud, con poca planificación y organización, poca memoria, malestar emocional, frustración y mal carácter, con enfados frecuentes. Suelen tener un rendimiento académico muy por debajo de sus capacidades reales. Les resulta difícil acabar las tareas de cada día. Tiene mas problemas familiares, problemas serios de conducta, comportamientos antisociales. El déficit de atención no es un problema que se pase con el tiempo solamente esperando a que crezca el niño (Soutullo Esperón, 2007).

h. Tratamiento

La intervención terapéutica más adecuada, dirigida a reducir la sintomatología del trastorno y actuar sobre las probables complicaciones, es un tratamiento combinado: farmacológico y psicológico. La medicación en el tratamiento del déficit de atención es eficaz para mejorar las manifestaciones de los síntomas principales del trastorno; por su parte, la intervención psicológica ha mostrado también cierta eficacia en el manejo de estos síntomas y en el tratamiento de los frecuentes problemas asociados que presentan los niños con este trastorno. La medicación puede mejorar la atención, pero no afectará directamente la interacción social del niño, ni el rendimiento escolar. Es recomendable la combinación de tratamiento farmacológico y la terapia conductual-cognitiva. Para Barkley, uno de los principales logros de la medicación estimulante resulta de potenciar los efectos de los tratamientos psicológicos. Los fármacos, al hacer que disminuya la impulsividad o la sobreactividad, facilitarán otras intervenciones dirigidas a dificultades específicas que pueda presentar el niño (Marcia, 2012).

2.2.2. Patrones inadecuados del comportamiento

a. Definición

Los patrones inadecuados del comportamiento constituyen un grupo complicado de problemas conductuales, emocionales y de sociabilización. Los niños y adolescentes que sufren de estos desórdenes tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Diversos factores pueden contribuir al desarrollo de los desórdenes de la conducta en el niño, incluyendo un daño cerebral, vulnerabilidad genética, fracaso escolar y experiencias traumáticas de la vida. Como la conducta es una reacción frente a un estímulo que enfrenta la persona en la cual resulta en la forma de actuar y comportarse, el comportamiento infantil puede ser normal en una etapa de la vida; sin embargo, no todos pueden controlar su desarrollo de personalidad lo que provoca inadecuados comportamientos (Perez Sucuzhañay, 2018).

b. Dimensiones

Según Ruiz (2002) los patrones inadecuados del comportamiento en niños pueden agruparse en tres áreas significativas: los patrones inadecuados conductuales, los patrones inadecuados emocionales y los patrones inadecuados de sociabilización.

1. Patrones inadecuados conductuales

Se evidencian por medio de las acciones no adaptativas, las cuales son canalizadas por medio de la conducta, esta puede ser agresiva e hiperactiva, los cuales dificulta el desarrollo adecuado del niño. La **conducta agresiva** hace referencia a conductas de pegar o golpear, molestar a otros, no respeta a sus pares, se burla de las dificultades que tienen los demás. La **conducta hiperactiva**, describe al niño con conductas muy activas con poco control del impulso, es como se estuviera sobreexcitado (Perez Sucuzhañay, 2018).

2. Patrones inadecuados emocionales

Se evidencian por medio de los pensamientos no adaptativos, los cuales son canalizadas por medio de las acciones, estas pueden ser sentimientos de culpa, ansiedad y desajuste emotivo, los cuales dificulta el desarrollo emocional adecuado del niño. Los **sentimientos de culpa**, están acompañados de emociones displacenteras como tristeza, angustia, frustración, impotencia o remordimiento, entre otras, y de pensamientos reiterativos e improductivos. La culpa es un mecanismo en el que, a partir de un acto u omisión, realizamos un “juicio moral” de nuestra conducta o de nuestros pensamientos y “dictaminamos” que hemos cometido un error y deberíamos tener un castigo. La **ansiedad** provoca preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias; interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados en comparación con el peligro real y pueden durar un largo tiempo. El **desajuste emotivo**, pone de manifiesto su estado emocional de revelar el grado en el que el niño muestra sentimientos de tristeza, de fragilidad emocional o un mal manejo de sus reacciones emotivas (Carranza Loaiza, 2017).

3. Patrones inadecuados de sociabilización

Se evidencia por medio de la interacción no adaptativa, los cuales son canalizadas por medio de las relaciones con sus pares, estas pueden ser el retraimiento, la difícil adaptación social y la atención pobre, los cuales dificulta el desarrollo social adecuado del niño. El **retraimiento**, como respuesta a un peligro, la persona queda en un estado de letargo, apatía y falta de comunicación, encerrándose en sí misma. Es un comportamiento que lleva a una persona a mostrarse voluntariamente reservada y con poca comunicación. Caracteriza al niño con un alto nivel de aislamiento y timidez que no lo deja actuar. La **difícil adaptación social**, hace que el niño no se maneja bien frente a las normas de disciplina y de convivencia. Reta a la autoridad, desea salirse con la suya. Su problema ante la figura de autoridad, puede iniciarse con los padres, seguido de la escuela y más adelante con la autoridad oficial. **Atención pobre**. Problemas para concentrar su atención. Fácilmente distraído y con interferencias en su actuar debido a la falta de atención (Puentes Rozo, y otros, 2014).

c. Etiología

Como los patrones inadecuados del comportamiento son imitados reiteradamente por su entorno o por experiencias propias, los factores que influyen el comportamiento se encuentran en su entorno más cercano. Los factores más comunes son características propias de los padres, su modo de dar órdenes e instrucciones, comunicación, pautas para establecer límites. Otras son características propias del niño, su mayor o menor actividad motora, mayor o menor reactividad, sesgos cognitivos. También, están las características propias de la interacción entre familia, como los problemas de familia, problemas de la pareja, comunicación entre los miembros de la familia. A todo esto se añaden las situaciones problemáticas externas a la familia, como son los problemas laborales, económicos, de ajuste social de los padres, etc (Lopez-Rubio Martinez, 2012).

Los factores sociales evalúan la interacción entre el medio ambiente, el aprendizaje y la socialización. Es en este entorno donde el niño es fácilmente influenciado por situaciones que favorecen la satisfacción personal, al no contar con un adecuado modelo que guíe su discernimiento entre lo correcto de lo incorrecto de su entorno (Castro, 2014).

d. Descripción clínica

La delimitación conceptual de los patrones inadecuados del comportamiento es muy compleja, tanto por la dificultad de delimitar criterios de normalidad o anormalidad en un determinado patrón de comportamiento, como por la multitud de factores implicados en su origen y mantenimiento.

Se define como “un patrón de comportamiento, persistente a lo largo del tiempo, que afecta los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de la edad. Implica la presencia de conductas inadecuadas para la edad, dificultades en el funcionamiento diario del niño en el ámbito familiar, escolar y/o social, llegando a ser vistos con frecuencia como “inmanejables” por las personas de su entorno” (Perez Sucuzhañay, 2018).

e. Tratamiento

El modelo de intervención psicoterapia cognitivo conductual, es la más usada para el restablecimiento del comportamiento en menores. Los estudios han demostrado eficacia sobre los problemas de patrones inadecuados del comportamiento, la aplicación de técnicas concretas de modificación de conducta, así como el entrenamiento de los padres y la prevención de recaídas ha obtenido resultados objetivamente superiores a las alternativas psicoterapéuticas existentes, a esto debe añadirse una psicoeducación de la escuela y otros adultos cercanos a los menores (Perez Sucuzhañay, 2018).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Según el propósito

Es aplicada fundamental, según Muñoz (2015) este tipo de investigación se caracteriza por aplicar los conocimientos y resultados de la investigación básica para resolver los problemas de carácter práctico para el avance y beneficio de las familias y el entorno educativo.

3.1.2. Según el diseño de investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalaron “los diseños de tipo no experimental se realizan sin operar deliberadamente las variables de corte transversal, sólo se observan los fenómenos en su entorno natural” (p. 151). El presente trabajo es no experimental, porque se realizará sin la manipulación de las variables. Es del tipo Transversal Correlacional – Causal puesto que describirán las vinculaciones entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento.

3.2. Variables

En este estudio se considerará como variable dependiente a los “déficit de atención” y como variable independiente la “patrones inadecuados del comportamiento”.

3.3. Operacionalización de variable

Tabla 1

Operacionalización de la variable Déficit de atención

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems
Déficit de atención	Anicama (1997) señala que el trastorno por déficit de atención se caracteriza por la falta de atención, exceso de actividad motora e impulsividad, siendo un problema crónico no vinculado a problemas de retardo, deterioro sensorial, problemas de lenguaje o motor, ni a perturbaciones emocionales severas. Si bien es cierto, los trastornos por déficit de atención se pueden desarrollar a cualquier edad, la etapa escolar ha sido en la que mayormente se han	La escala EDDA tiene como objetivo identificar el nivel del desorden de déficit de atención. Establecer las características de las áreas componentes de la escala EDDA.	Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> - Corre y/o sube por los muebles - Le es difícil quedarse quieto - Le es difícil permanecer sentado más de 5 minutos - Tiene movimientos durante el sueño. - Jamás está quieto o actúa como “impulsado por un motor”. - Habla excesivamente.
			Falta de atención y dificultad para organizarse	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se le habla parece no escuchar - Se distrae con facilidad - Presenta dificultad para seguir una actividad de juego - Presenta dificultad para concentrarse en trabajos escolares o tareas que requieren atención - Tiene problemas para organizar su trabajo - Pregunta lo que debe de hacer inmediatamente después que se han dado indicaciones detalladas

centrado los estudios, dada la notoriedad de sus consecuencias, y por una mayor incidencia en dicha población.

Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> - Acostumbra actuar antes de pensar - Cambia demasiado de una actividad a otra sin concluir con la anterior. - Tiene problemas para seguir instrucciones de otros. - Requiere mucha supervisión. - Habitualmente grita en clase. - Tiene dificultades para esperar su turno en juegos o actividades de grupo. - Le gusta participar en situaciones peligrosas incluyendo quebrar algunas normas. - Es muy sensible, cambia de estado de ánimo con frecuencia. - Ejecuta sorpresivamente acciones con mucha intensidad.
Interacción con compañeros	<ul style="list-style-type: none"> - Pelea, golpea, agrede. - Es aceptado por otros niños - Interrumpe las actividades de otros niños - Tiene una actitud dominante siempre le dice a otros qué hacer. - Molesta o insulta a otros compañeros. - Se niega a participar en actividades de grupo. - Le es difícil seguir las normas o reglas en actividades de juego con sus compañeros. - Se encuentra con frecuencia metido en líos con sus compañeros - Tiene dificultad para establecer amistades duraderas

Tabla 2

Operacionalización de la variable Patrones inadecuados del comportamiento

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimen- siones	Sub escalas	Ítems
Patrones inadecuados del comportamiento	Los niños y adolescentes que sufren de estos desórdenes tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Otros niños, los adultos y las instituciones sociales los consideran "malos" o delinquentes en lugar de enfermos mentales. Muchos factores pueden contribuir al desarrollo de los desórdenes de la conducta en el niño, incluyendo un daño al cerebro, el haber sufrido abuso, vulnerabilidad genética, el fracaso escolar y las experiencias traumáticas de la vida.	Brindar una estimación del comportamiento del niño por parte de los padres (una o ambos) en 11 áreas a fin de identificar patrones inadecuados significativos de conducta.	CONDUCTUAL	Conducta agresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Tengo quejas de que fastidia a otros - Le cuesta entender que no debe pelear - Observo que empuja a otros - Se burla de los demás - Quiere dominar con amenazas
				Conducta hiperactiva	<ul style="list-style-type: none"> - Se mueve mucho, le cuesta controlarse - Habla en exceso, no para de hablar - Hay que recordarle para que este quieto(a) - Tiene dificultades para participar en juegos de mesa - Es demasiado activo
				Sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none"> - Se molesta si comete un error - Quiere que todo le salga perfecto - Si falla en algo reacciona mal - Frente a su error, muestra culpabilidad - Se preocupa por todo
				Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Se pone nervioso con facilidad - Tiene muchos temores - Se pone rojo con mucha facilidad - Aparente estar tenso/ansioso - Sus preocupaciones lo llevan a cometer errores
				Desajuste emotivo	<ul style="list-style-type: none"> - Parece estar triste - Sus sentimientos son heridos con facilidad - Da la imagen de "pobrecito yo" - Se enfurece pronto - Sus reacciones emotivas son inadecuadas
				EMOCIONAL	

SOCIABILIZACIÓN	Retraimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Se aísla de otros niños - Es difícil hacerlo participar - Desinteresado en los juegos de los demás - Es tímido(a) - Pegado a las faldas de mamá en reuniones
	Difícil adaptación social	<ul style="list-style-type: none"> - Desobedece las ordenes que se le dan - Reta o contesta a los padres - Hace berrinches sino se cumple lo que quiere - Hace demasiadas travesuras - No le importa cuando lo llaman al orden
	Atención pobre	<ul style="list-style-type: none"> - Se distrae con facilidad - Olvida pronto lo que aprendió - Salta de una actividad a otra dejando a medias todo - Le molesta prestar atención a una orden - Parece estar ‘‘como en la luna’’

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Hernández et al. (2014) definieron población como “la totalidad de elementos que tiene una misma característica en común” (p. 97).

Teniendo en cuenta el número de niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima, la población estuvo conformada por 144 niños usuarios entre 6 a 10 años, de un hospital del Cercado de Lima.

3.4.2. Muestra

Hernández, et al. (2014) señalaron “la muestra es una parte de toda la población, que cumple con ciertas especificaciones” (p. 150)

Se aplicó una fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 5%, para calcular el tamaño de la muestra.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Datos asumidos:

Z (1,96): Valor de la distribución normal, para un nivel de confianza de $(1 - \alpha)$

P (0,5): Proporción de éxito.

Q (0,5): Proporción de fracaso ($Q = 1 - P$)

ε (0,05): Tolerancia al error.

N (144): Tamaño de la población.

n: Tamaño de la muestra.

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5) \times 144}{0,05^2 (144 - 1) + 1,96^2 \cdot (0,5)(0,5)} = 104$$

La muestra requerida para la investigación estuvo constituida por 104 niños usuarios; según el muestreo probabilístico de tipo estratificado, la selección de la muestra se basó en el principio de equiprobabilidad, a fin de elegir una muestra proporcional y así lograr asegurar su representatividad.

Tabla 3

Afijación proporcional de la muestra

Estratos	n	%	n₁
Hombre	89	0.168	64
Mujer	55	0.381	40

3.4.3. Muestreo

Vara (2015) señaló “estos métodos de muestreo probabilísticos aseguran la representatividad de la muestra determinada” (p. 189)

En la investigación se utilizó el muestreo probabilístico de tipo estratificado, a fin de seleccionar a los niños usuarios entre los 6 a 10 años de un hospital del Cercado de Lima, siendo elegidos mediante el estrato de género para formar parte de la muestra, con el fin de considerar la proporción entre hombres y mujeres. Por tanto, el muestreo es probabilístico de tipo aleatorio estratificado.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

3.5.1. Técnica de la entrevista

La entrevista psicológica es una técnica muy utilizada gracias a su eficacia para sacar a la luz contenidos no observables que deben ser evaluados. La finalidad de la entrevista es realizar una evaluación del paciente a través de una conversación. Toda entrevista recoge la demanda del entrevistado. El lugar de la entrevista queda acordado de manera previa (Morocho, 2003).

El primer contacto con la población fue mediante una entrevista psicológica, con el fin de establecer el rapport y conocer si cumplían los requisitos para

formar parte de la muestra. Además, se utilizó una hoja sociodemográfica como parte de la entrevista.

3.5.2. Instrumentos de recolección de datos: Test psicométricos

Una prueba psicométrica, por lo tanto, apunta a evaluar la psiquis de un individuo y a plasmar esos resultados mediante valores numéricos. Los tests psicométricos deben ser elaborados e interpretados bajo ciertos parámetros para que sus conclusiones sean acertadas. Suele decirse, en este sentido, que las pruebas psicométricas deben ser confiables (tienen que permitir realizar las mediciones siempre de la misma manera) y válidas (es decir, que consigan medir la facultad que efectivamente planean medir).

Para medir la variable déficit de atención se utilizó como instrumento una escala de evaluación de desórdenes de déficit de atención (EDDA) y para la segunda variable patrones inadecuados de conducta se utilizó una escala de observación de la conducta del niño (BRS).

3.5.2.1. Escala de evaluación de desórdenes por déficit de atención EDDA

El instrumento que se utilizó fue una prueba psicométrica Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención (EDDA), elaborado por José Anicama. La escala EDDA tiene por objetivos identificar el nivel del desorden de déficit de atención y establecer las características de las áreas componentes de la escala EDDA. Los ítems contribuyeron de manera significativa a la validez y confiabilidad de la Escala. Para la validez se realizó la prueba del análisis de Pearson ítem-test donde los ítems obtuvieron correlaciones significativas al nivel de $p < .001$. En cuanto a la confiabilidad, la escala es bastante homogénea y confiable, se realizó el coeficiente de Confiabilidad Spearman-Brown, obteniéndose una “ r ”= 0.8413 y el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, de consistencia interna, obteniéndose un alfa total: “ r ”= 0.8916 (Anicama, 2016).

Estructura de la Escala

La Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención se compone de 30 ítems distribuidos en 4 dimensiones que caracterizan clínicamente al DDA, teniendo en cuenta las normas del DSM V (hiperactividad, 6 ítems; falta de atención y dificultad para organizarse, 9 ítems; impulsividad, 9 ítems; interacción con compañeros, 6 ítems).

Administración de la Escala

La Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención es aplicada a los padres en el formato de una entrevista quienes reportan acerca del comportamiento de sus hijos mediante la respuesta de los ítems, se usa la escala impresa y un bolígrafo para su administración.

Calificación de la Escala

A cada ítem se le asigna un valor que va de 0 a 3. La suma de los puntos de todas las preguntas que contribuyen a medir la presencia de un componente constituye las puntuaciones directas de cada uno de los 4 componentes de la dimensión. Siendo los puntajes altos indicadores de la presencia del problema, para lo cual se debe usar las normas percentilares establecidas para esta población de condición socioeconómica baja compuesta por niños del primero a sexto año de primaria entre los 6 a 11 años.

Tabla 4

Valor de alternativas

Valor	Alternativa
0	Nunca
1	A veces
2	Bastante
3	Demasiado

Tabla 5

Escala de percentiles por puntuaciones

Pc	Hiperact.	Falta At.	Implusiv.	Inter. Co	PT
5	2	2	4	3	18
10	4	3	5	3	19
15	4	4	6	4	20
20	5	4	6	5	21
25	5	4	6	6	23
30	5	5	7	6	24
35	5	5	7	7	26
40	6	5	8	8	27
45	6	6	8	8	29
50	7	6	9	8	30
55	7	6	10	9	31
60	7	7	10	9	34
65	8	8	11	10	35
70	8	8	11	11	38
75	9	8	11	11	39
80	9	9	12	13	40
85	9	10	12	13	41
90	10	10	14	16	44
95	11	12	15	16	49

Tabla 6

Escala de categoría por percentiles

Percentiles	Categoría
5 – 25	No significativo
30 – 70	Significativo
75 – 95	Muy significativo

3.5.2.2. Escala para padres de observación del comportamiento del niño

El instrumento que se utilizó fue una prueba psicométrica Escala de observación de la conducta del niño de Ph. D. Harold Burks, adaptado por Cesar Ruiz Alva. El objetivo de la escala es brindar una estimación del comportamiento del niño por parte de los padres (una o ambos) en 11 áreas a fin de identificar patrones inadecuados significativos de conducta. Validez Confiabilidad.

Estructura de la Escala

La Escala de observación de la conducta del niño está compuesta por 11 dimensiones que son: sentimientos de culpa, retraimiento, ansiedad, dependencia, atención pobre, problema cognitivo, difícil adaptación social, conducta agresiva, conducta hiperactiva, poca madurez general y desajuste emotivo. Cada 5 ítems conformarán una dimensión.

Calificación de la Escala

A cada ítem se le asigna un valor que va de 1 a 5. La suma de los puntos de todas las preguntas que conforman una dimensión, constituye el valor total para lo cual se elaboró una distribución de los puntajes según un nivel de conducta que va desde no significativo hasta muy significativo.

Tabla 7

Valor de alternativas

Valor	Alternativa
1	Nunca
2	Casi nunca
3	Algunas veces
4	Casi siempre
5	Siempre

Tabla 8

Escala de categoría

Percentiles	Categoría
5 – 10	No significativo
11 – 17	Significativo
18 – 25	Muy significativo

3.5.3. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 24, el cual brindó un análisis descriptivo en tablas de frecuencia y de contingencia, asimismo se realizó un análisis inferencial con los datos numéricos según las dimensiones establecidas en la matriz de operacionalización de los instrumentos propuestos, para ello se utilizó el estadístico de correlación de Spearman. Además, se realizó el análisis factorial de Cronbach para verificar la validez de nuestra investigación.

3.6. Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación es necesario reformular la problemática actual, para un planteamiento de objetivos alcanzables. Luego, debemos integrar a la investigación las adecuadas pruebas psicométricas para la recolección de datos, las cuales deben estar adaptadas en el medio y contar con validez y confiabilidad esperada. Después, se procederá a aplicar los test a la muestra seleccionada, para más adelante realizar el análisis factorial necesario mediante el uso del software estadístico SPSS. Finalmente, a luz de los resultados, se concluirá si los objetivos planteados se cumplieron o deberían ser modificados.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de los participantes

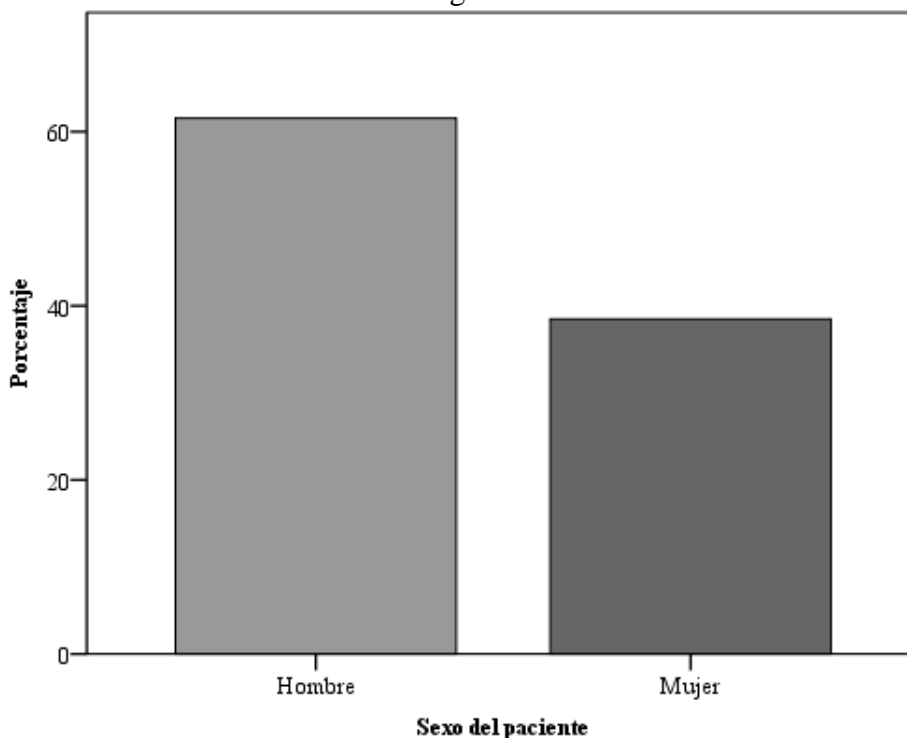
Tabla 9

Distribución de la muestra de niños usuarios, según sexo del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hombre	64	61,5	61,5	61,5
Mujer	40	38,5	38,5	100,0
Total	104	100,0	100,0	

En la tabla 9 y figura 1 se muestra la distribución de frecuencias según sexo de la muestra de niños usuarios de entre 6 a 10 años, se observa que los hombres conforman la mayoría con 61,5% a diferencia de las participantes mujeres, 38,5%.

Figura 1. Distribución de frecuencias según sexo en la muestra de niños usuarios.



Fuente: elaboración propia.

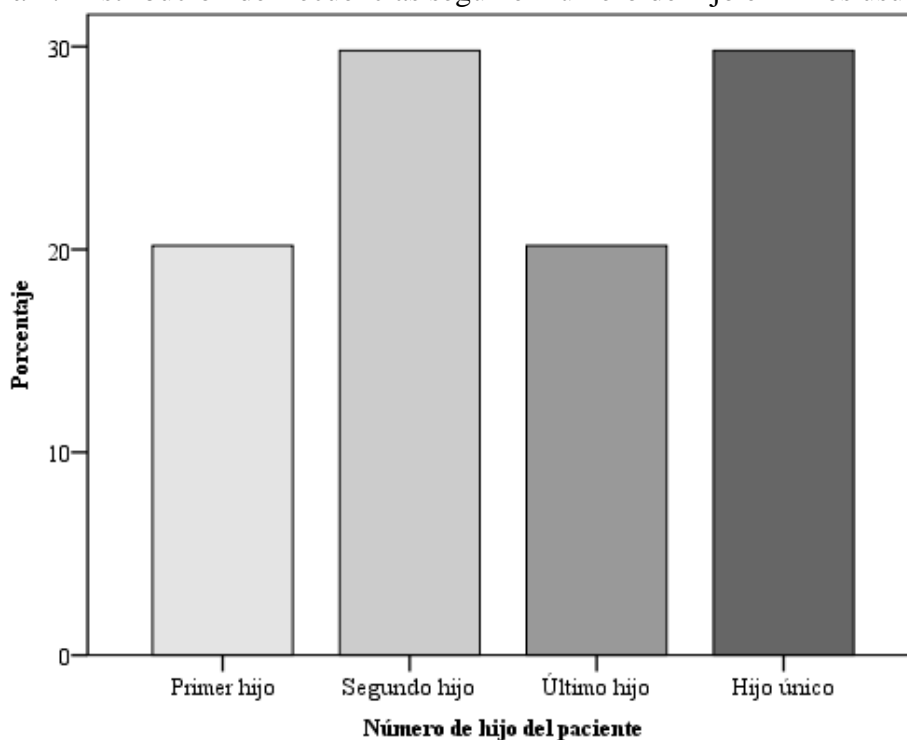
Tabla 10

Distribución de la muestra de niños usuarios, según qué número de hijo es el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primer hijo	21	20,2	20,2	20,2
	Segundo hijo	31	29,8	29,8	50,0
	Último hijo	21	20,2	20,2	70,2
	Hijo único	31	29,8	29,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la tabla 10 y figura 2 se muestra la distribución de frecuencias según el número de hijo que ocupa en la muestra de niños usuarios de entre 6 a 10 años, se observa que 29.8% son segundo hijo e hijo único; mientras que 20,2% son primer hijo y último hijo.

Figura 2. Distribución de frecuencias según el número de hijo en niños usuarios.



Fuente: elaboración propia.

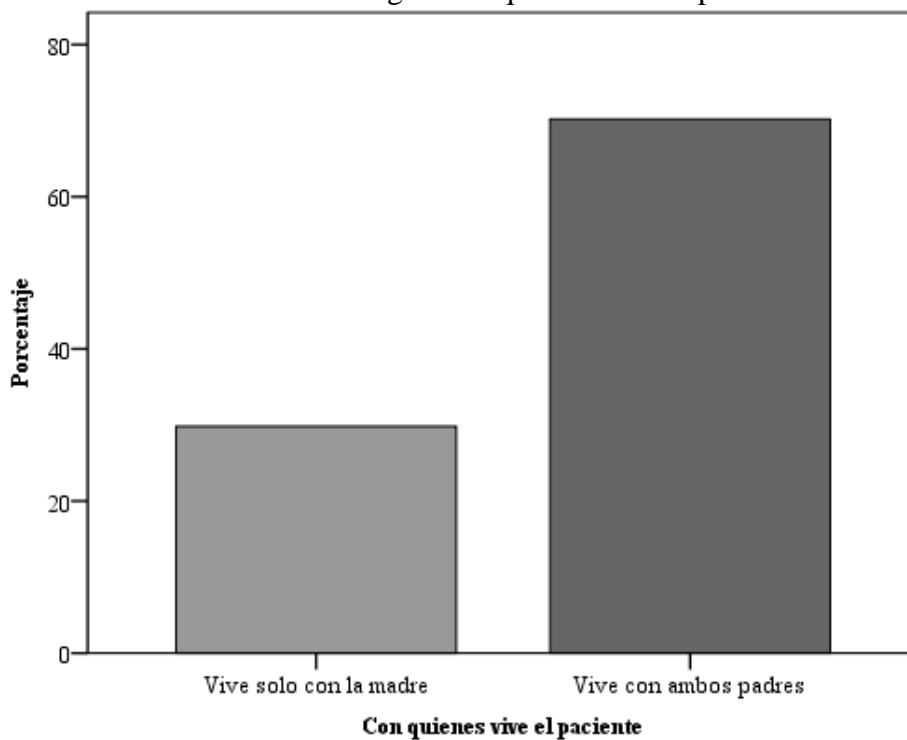
Tabla 11

Distribución de la muestra de niños usuarios, según con quienes vive el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vive solo con la madre	31	29,8	29,8	29,8
	Vive con ambos padres	73	70,2	70,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la tabla 11 y figura 3 se muestra la distribución de frecuencias según con quienes vive el paciente de la muestra de niños usuarios de entre 6 a 10 años, se observa que la mayoría vive con ambos padres, 70,2%; y los que viven solo con la madre son 29,8%.

Figura 3. Distribución de frecuencias según con quienes vive el paciente en niños usuarios.



Fuente: elaboración propia.

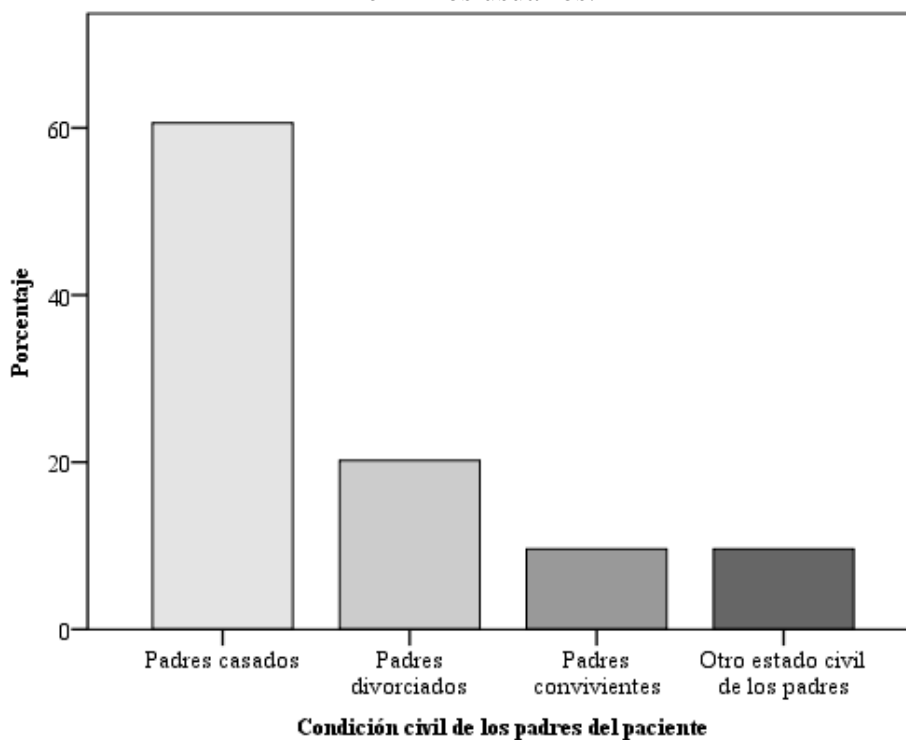
Tabla 12

Distribución de la muestra de niños usuarios, según condición civil de los padres del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Padres casados	63	60,6	60,6	60,6
	Padres divorciados	21	20,2	20,2	80,8
	Padres convivientes	10	9,6	9,6	90,4
	Otro estado civil de los padres	10	9,6	9,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la tabla 12 y figura 4 se muestra la distribución de frecuencias según la condición civil de los padres de la muestra de niños usuarios de entre 6 a 10 años, se observa que la mayoría proviene de padres casados, 60,6%; mientras que los que provienen de padres convivientes y otro estado civil son 9,6%.

Figura 4. Distribución de frecuencias según condición civil de los padres del paciente en niños usuarios.



Fuente: elaboración propia.

4.2. Análisis de confiabilidad de los test psicológicos EDDA y BBRs

A continuación, se analizaron la confiabilidad de los test psicológicos mediante el Alfa de Cronbach para la validación.

Tabla 13

Estadísticas de fiabilidad de la Escala de desórdenes de déficit de atención

Alfa de Cronbach	N de elementos
,973	30

Tabla 14

Estadísticas de fiabilidad de Escala para padres de observación de conducta

Alfa de Cronbach	N de elementos
,935	55

El resultado del análisis del Alfa de Cronbach para la escala de desórdenes de déficit de atención es 0,973 según la tabla 13, lo que nos indica que el instrumento tiene alta confiabilidad; para la escala para padres de observación de conducta el resultado del análisis del Alfa de Cronbach es 0,935 según la tabla 14, lo que nos indica que el instrumento tiene alta confiabilidad.

4.3. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las variables déficit de atención y patrones inadecuados de conducta

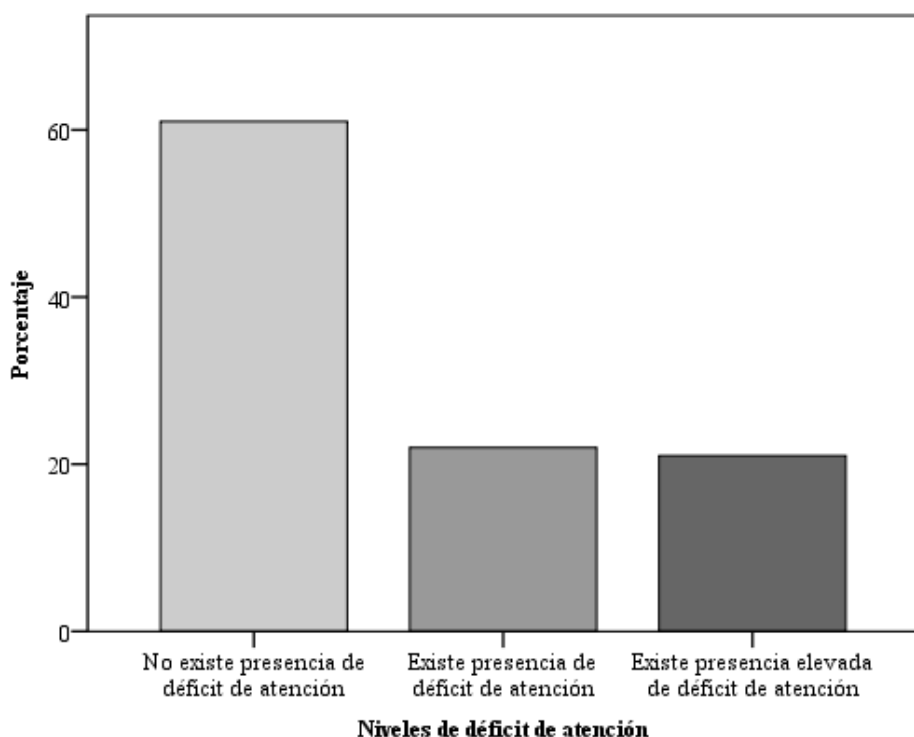
Tabla 15

Déficit de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No existe presencia de déficit de atención	61	58,7	58,7	58,7
Existe presencia de déficit de atención	22	21,2	21,2	79,8
Existe presencia elevada de déficit de atención	21	20,2	20,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 15 y figura 5, se muestra el análisis sobre los niveles de la variable déficit de atención, se observa un 58,7% evidencia no tener presencia del trastorno, mientras que un 21,2% muestra existencia de la presencia del trastorno y un 20,2% presenta elevada presencia del trastorno.

Figura 5. Déficit de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

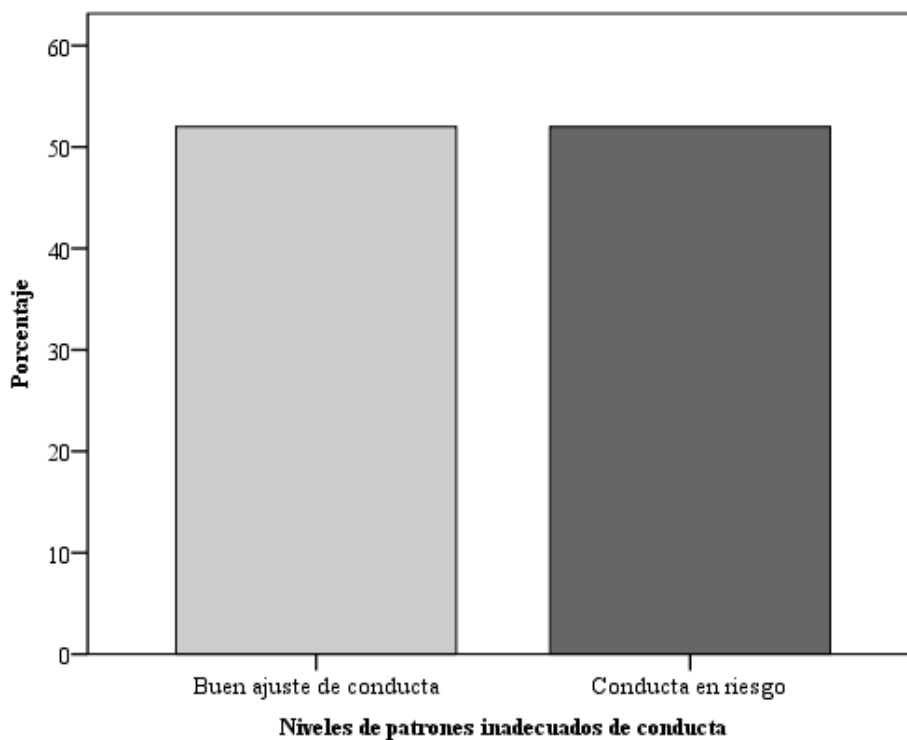
Tabla 16

Niveles de patrones inadecuados del comportamiento en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buen ajuste de conducta	52	50,0	50,0	50,0
Conducta en riesgo	52	50,0	50,0	100,0
Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 16 y figura 6, se muestra el análisis sobre los niveles de la variable patrones inadecuados de conducta, se observa un 50% evidencia buen ajuste de conducta, asimismo el otro 50% presenta conducta en riesgo.

Figura 6. Patrones inadecuados de conducta en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

4.4. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las dimensiones del déficit de atención

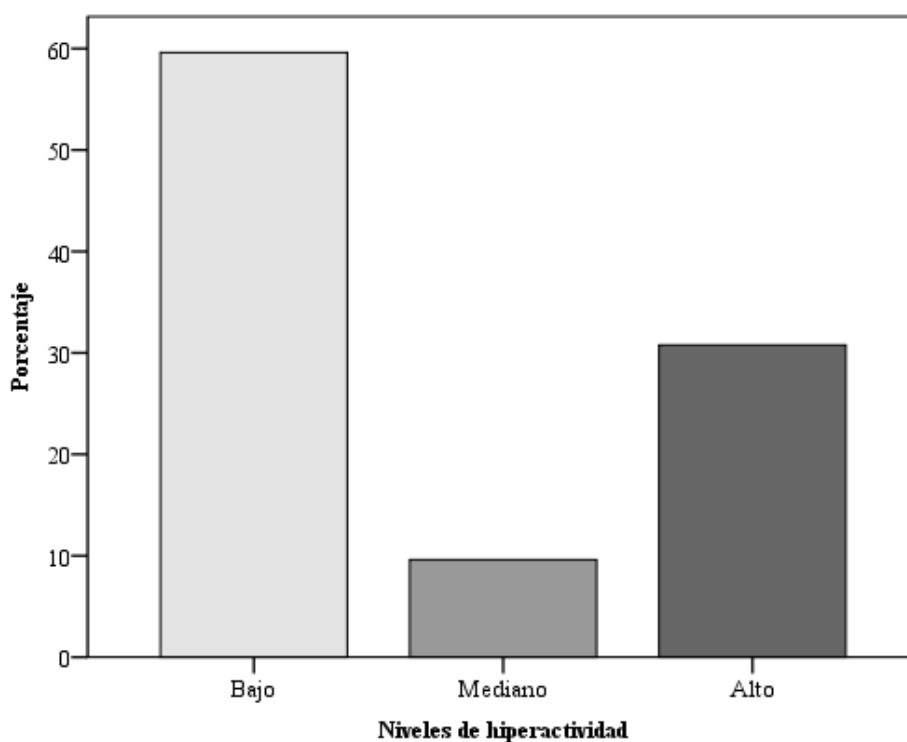
Tabla 17

Niveles de hiperactividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	62	59,6	59,6	59,6
	Mediano	10	9,6	9,6	69,2
	Alto	32	30,8	30,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 17 y figura 7, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión hiperactividad, se observa que un 30,8% de la muestra de pacientes niños usuarios evidencia un resultado alto de hiperactividad, mientras que la mayoría evidencia un resultado bajo de hiperactividad, 59,6%.

Figura 7. Hiperactividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

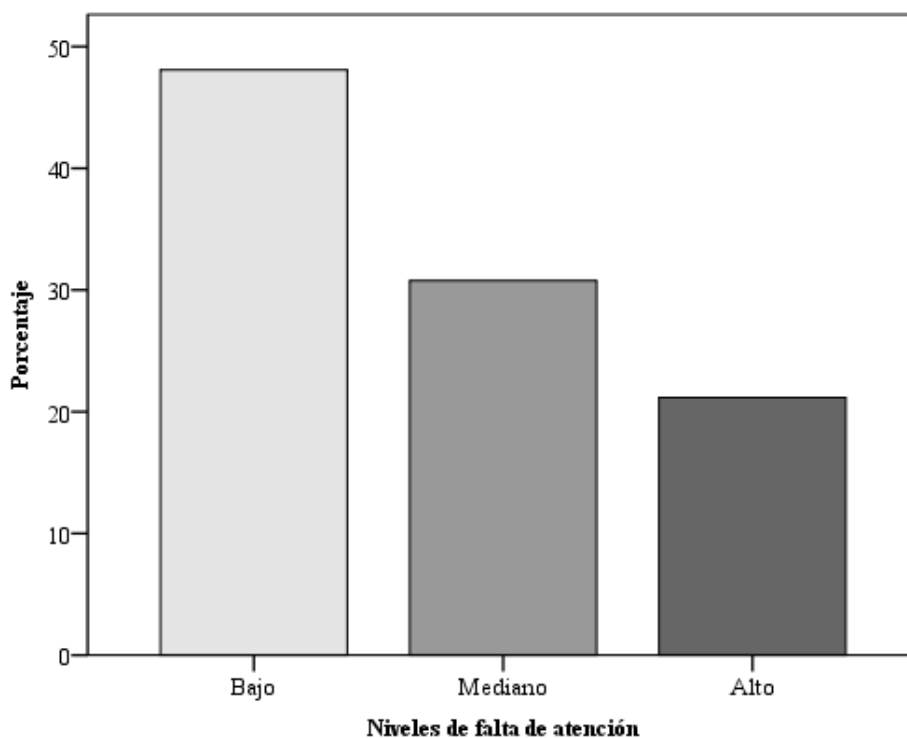
Tabla 18

Niveles de falta de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Bajo	50	48,1	48,1	48,1
Mediano	32	30,8	30,8	78,8
Alto	22	21,2	21,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 18 y figura 8, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión falta de atención, se observa que solo un 21,2% muestran nivel alto de falta de atención; la mayoría evidencia un bajo nivel de falta de atención, 48,1%.

Figura 8. Falta de atención en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

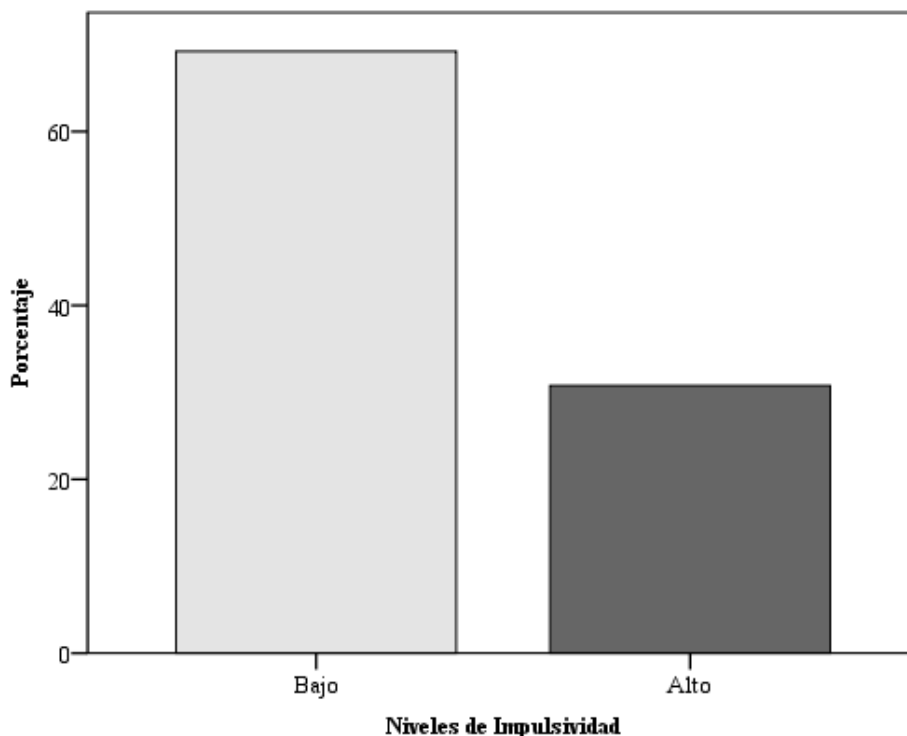
Tabla 19

Niveles de impulsividad en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	72	69,2	69,2	69,2
	Alto	32	30,8	30,8	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 19 y figura 9, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión impulsividad, se observa que un 69,2% evidencia un nivel bajo de impulsividad, mientras que un 30,8% resultó poseer un nivel alto de impulsividad.

Figura 9. Impulsividad en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

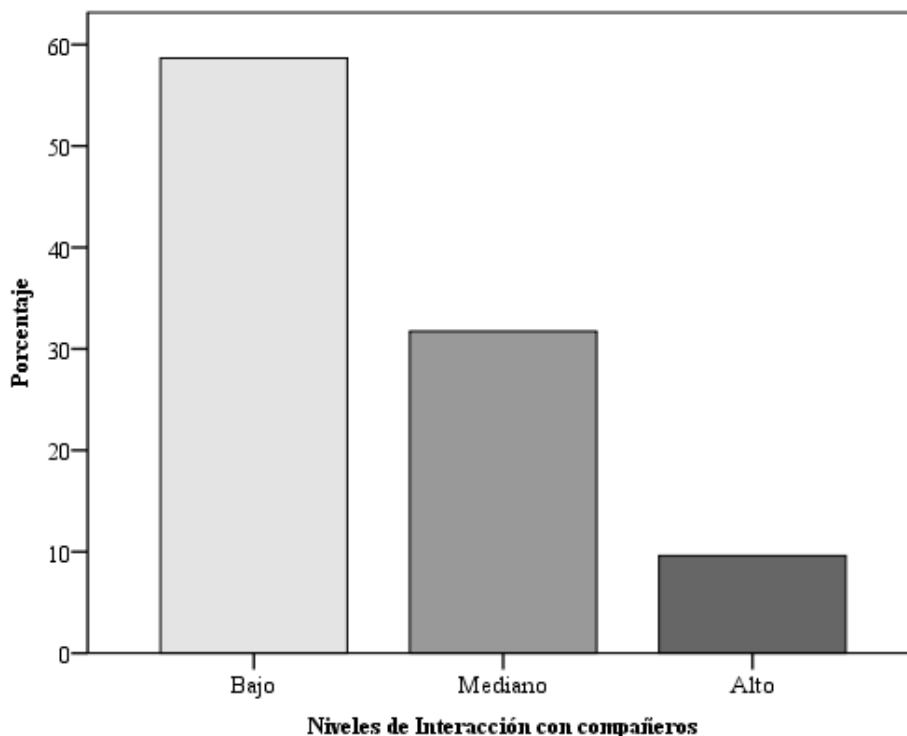
Tabla 20

Niveles de interacción con compañeros en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	61	58,7	58,7	58,7
	Mediano	33	31,7	31,7	90,4
	Alto	10	9,6	9,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 20 y figura 10, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión interacción con compañeros, se observa que un 58,7% evidencia un resultado de nivel bajo de dificultad en la interacción con compañeros, solo un 9,6% evidencia un nivel alto en dificultad en la interacción con compañeros.

Figura 10. Interacción en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

4.5. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las dimensiones de los patrones inadecuados del comportamiento

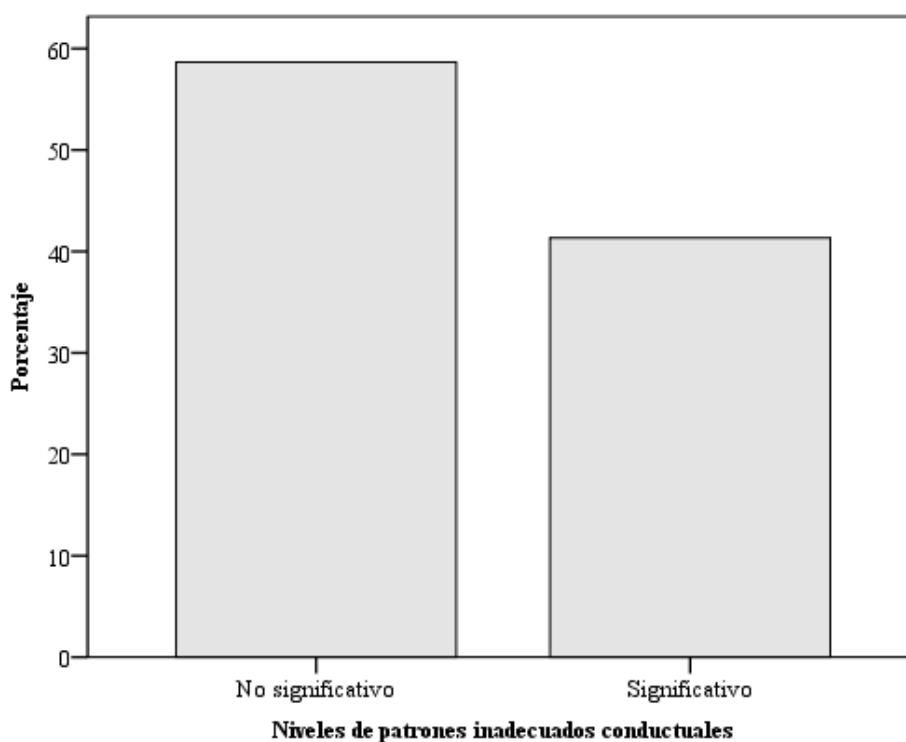
Tabla 21

Nivel de patrones inadecuados conductuales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No significativo	61	58,7	58,7	58,7
	Significativo	43	41,3	41,3	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 21 y figura 11, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión patrones inadecuados conductuales, donde un 58,7% resultó no significativo y un 41,3% resultó significativo.

Figura 11. Niveles de patrones inadecuados conductuales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

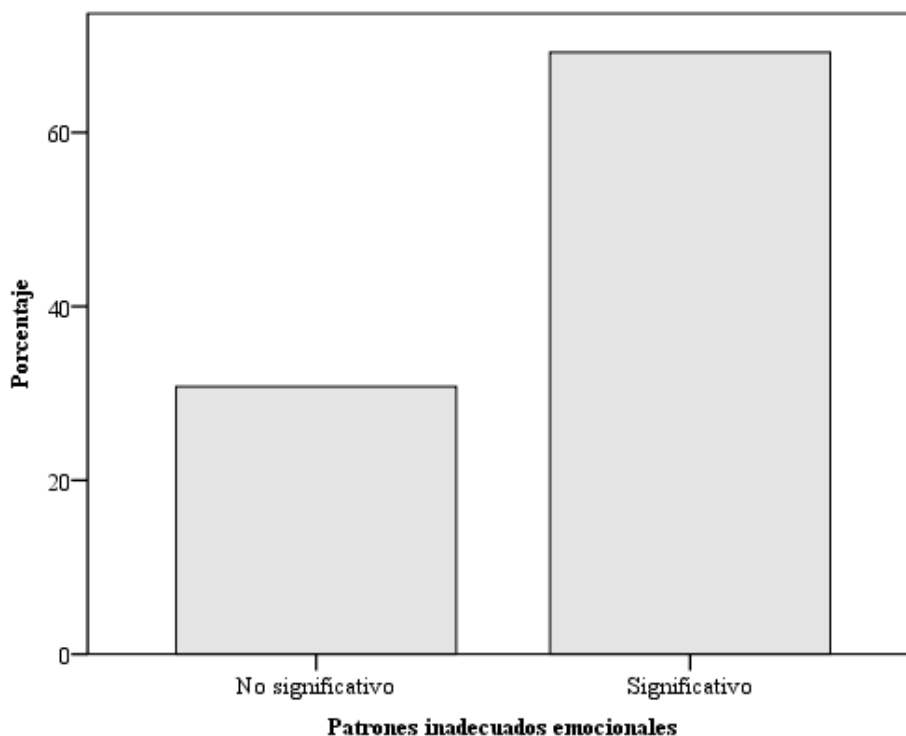
Tabla 22

Nivel de patrones inadecuados emocionales en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No significativo	32	30,8	30,8	30,8
Significativo	72	69,2	69,2	100,0
Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 22 y figura 12, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión patrones inadecuados emocionales, se observa que un 30,8% evidencia un resultado no significativo, mientras que el 69,2% muestra resultados significativos.

Figura 12. Patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

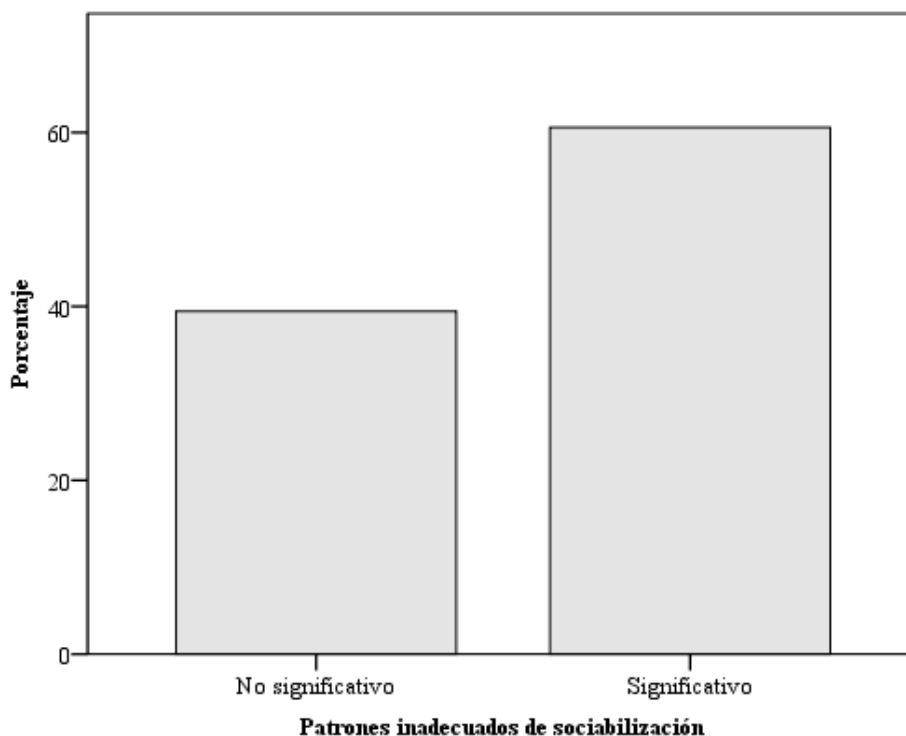
Tabla 23

Nivel de patrones inadecuados de sociabilización en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No significativo	41	39,4	39,4	39,4
	Significativo	63	60,6	60,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

En la Tabla 23 y figura 13, se muestra el análisis sobre los niveles de la dimensión patrones inadecuados de sociabilización, se observa que un 39,4% evidencia un resultado no significativo y el 60,6% muestra un resultado significativo.

Figura 13. Patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.



Fuente: elaboración propia.

4.6. Análisis de correlación entre las variables: déficit de atención y patrones inadecuados de conducta

HG0: No existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

HG1: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en pacientes niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

Regla de decisión:

$p < 0.05$, se rechaza la HG0.

$p > 0.05$, no se rechaza la HG0.

Tabla 24

Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis general

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,230 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	36,492	2	,000
Asociación lineal por lineal	26,226	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.50.

Tabla 25

Prueba de correlación para hipótesis general

		Error estándar		Significación
		Valor	asintótico ^a	T aproximada ^b
		aproximada		
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,480	,079	5,520
N de casos válidos		104		,000 ^c

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Se analizó inferencialmente las variables, para ello se utilizó la prueba de hipótesis Chi-cuadrada cuantificando la distribución observada de los conteos respecto a la distribución hipotética y como la sig. bilateral es 0.00 como se muestra en la tabla 24, entonces se afirma que las variables no son independientes, es decir, son dependientes. Por ser variables cualitativas y ordinales entonces se tomará en cuenta el valor de correlación de Spearman. Por ello, se observa en la tabla 25 que el déficit de atención y los patrones inadecuado de conducta tienen una relación directa de 0,480 con una correlación moderada y significativa <0,005. Se concluye que, a mayor nivel de presencia del déficit de atención, mayor nivel de presencia de los patrones inadecuados de conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

4.7. Análisis correlacional entre las dimensiones del déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta

Déficit de atención y patrones inadecuados conductuales

H0: No existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

H1: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

Regla de decisión:

$p < 0.05$, se rechaza la H0.

$p > 0.05$, no se rechaza la H0.

Tabla 26

Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados conductuales

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	104,000 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	141,043	2	,000
Asociación lineal por lineal	86,387	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,68.

Tabla 27

Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados conductuales

		Error estándar		Significación aproximada	
		Valor	asintótico ^a		T aproximada ^b
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,916	,009	23,031	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,965	,010	37,425	,000 ^c
N de casos válidos		104			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Se analizó inferencialmente, se utilizó la prueba de hipótesis Chi-cuadrada cuantificando la distribución observada de los conteos respecto a la distribución hipotética y como la

sig. bilateral es 0.00 como se muestra en la tabla 26, entonces se afirma que las variables no son independientes es decir son dependientes. Por ser variables cualitativas y ordinales entonces se tomará en cuenta el valor de correlación de Spearman. Por ello, se observa en la tabla 27 que el déficit de atención y patrones inadecuados conductuales tienen una relación directa de 0,965 que es positiva muy alta y significativa $<0,005$. Se concluye que, a mayor nivel de presencia del déficit de atención, mayor nivel de presencia de patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

Déficit de atención y patrones inadecuados emocionales

H0: No existe relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

H2: Sí existe relación entre el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

Regla de decisión:

$p < 0.05$, se rechaza la H0.

$p > 0.05$, no se rechaza la H0.

Tabla 28

Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados emocionales

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,536 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	19,341	2	,000
Asociación lineal por lineal	5,273	1	,022
N de casos válidos	104		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,46.

Tabla 29

Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados emocionales

		Error estándar		Significación	
		Valor	asintótico ^a	T aproximada ^b	aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,226	,071	2,346	,021 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,182	,084	1,868	,065 ^c
N de casos válidos		104			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Se analizó inferencialmente las variables, para ello se utilizó la prueba de hipótesis Chi-cuadrada cuantificando la distribución observada de los conteos respecto a la distribución hipotética y como la sig. bilateral es 0.00 como se muestra en la tabla 28, entonces se afirma que las variables no son independientes es decir son dependientes. Por ser variables cualitativas y ordinales entonces se tomará en cuenta el valor de correlación de Spearman. Por ello, se observa en la tabla 29 que el déficit de atención y patrones inadecuados emocionales tienen una relación directa de 0,182 que es positiva prácticamente nula y significativa $<0,005$. Se concluye que, a mayor nivel de presencia del déficit de atención, mayor nivel de presencia de patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Sin embargo, esta relación puede presentar interferencias de otras variables no contempladas como por ejemplo el sesgo de confirmación de los padres al responder las preguntas para no evidenciar alguna deficiencia en la educación familiar.

Déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización

H0: No existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

H3: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

Regla de decisión:

$p < 0.05$, se rechaza la H_0 .

$p > 0.05$, no se rechaza la H_0 .

Tabla 30

Prueba estadística de asociación Chi-cuadrado para hipótesis específica: Déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,711 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	62,301	2	,000
Asociación lineal por lineal	39,631	1	,000
N de casos válidos	104		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,28.

Tabla 31

Prueba de correlación para hipótesis: Déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización

		Error estándar			Significación
		Valor	asintótico ^a	T aproximada ^b	aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,620	,049	7,987	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,654	,050	8,729	,000 ^c
N de casos válidos		104			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Se analizó inferencialmente las variables, para ello se utilizó la prueba de hipótesis Chi-cuadrada cuantificando la distribución observada de los conteos respecto a la distribución hipotética y como la sig. bilateral es 0.00 como se muestra en la tabla 30, entonces se afirma que las variables no son independientes es decir son dependientes. Por ser variables cualitativas y ordinales entonces se tomará en cuenta el valor de correlación de Spearman. Por ello, se observa en la tabla 31 que el déficit de atención y patrones inadecuados de sociabilización tienen una relación directa de 0,654 que es positiva moderada y significativa $< 0,005$. Se concluye que, a mayor nivel de presencia del déficit de atención, mayor nivel de presencia de patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

El constructo déficit de atención se ve reflejado en los pacientes niños usuarios de un hospital. En este contexto muchos pacientes niños usuarios experimentan patrones inadecuados del comportamiento, en dimensiones conductuales, emocionales y sociales. Tal como lo define Kazdin (2014) es “un patrón de comportamiento, persistente a lo largo del tiempo, que afecta a los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de la edad. Implica la presencia de conductas inadecuadas para la edad, dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito familiar, escolar y social, llegando a ser vistos con frecuencia como “inmanejables” por las personas de su entorno”.

Por lo tanto, luego del análisis estadístico en la hipótesis general, se ha demostrado que existe una relación directa entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento en los niños usuarios de un hospital del Centro de Lima. Con un valor de correlación moderada de 0,480 y una significancia $<0,005$. Este resultado se asemeja en lo encontrado por López y Romero (2014) concluyendo que existe asociación estadísticamente significativa entre los niveles de baja y alta presencia de déficit de atención con el grado de significancia de los patrones inadecuados del comportamiento. (0.005). Asimismo, se encontraron similitudes significativas según sexo, existiendo presencia elevada de déficit de atención en niños, lo que hace que estos menores con cualquier estímulo o situación que se les cruce por el camino haga que pierdan el objetivo y olviden lo que estaban haciendo; sus padres refieren que continuamente cambian su foco de atención sin alcanzar nunca el objetivo final, esto conlleva un rendimiento escolar y en los juegos muy por debajo de su capacidad y de lo normal para su edad, lo que produce impopularidad por parte de otros compañeros. En cuanto a las niñas, no se halló presencia de déficit de atención, lo que no necesariamente signifique que las mujeres no presentan déficit de atención, esta diferencia puede deberse a las características propias de la población, como un mayor cuidado y atención a la figura femenina, sesgo de un clima familiar autoritario.

En cuanto a la propuesta de la hipótesis específica 1, se concluye que existe una relación directa muy alta entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en los niños usuarios de un hospital, Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,965 y una significancia $<0,005$. Los resultados obtenidos se asemejan a lo descrito por Soutullo (2007) concluyendo que el déficit de atención se correlaciona significativamente de manera muy alta con los patrones inadecuados conductuales como son la agresividad y la hiperactividad. También, se encontraron similitudes significativas en la variable patrones inadecuados de conductuales según sexo y número de hijo; los hombres presentaron un nivel muy significativo de patrones inadecuados conductuales (61,5%) a diferencia de las mujeres (38,5%); se evidenció que en los hijos únicos la presencia de patrones inadecuados conductuales es muy significativo y que los primeros hijos casi no tienen alguna dificultad.

En cuanto a la propuesta de hipótesis específica 2, se concluye que no existe relación directa ni significativa entre el déficit de atención y los patrones inadecuados emocionales en los niños usuarios de un hospital, Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,182 y una significancia mayor a 0,005. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula. Los resultados obtenidos se asemejan a lo encontrado por Vilcahuamán (2017) donde se concluyó que no existe relación entre el déficit de atención y la autoestima, un componente esencial de un patrón emocional adecuado. Por otro lado, Camaní (2018) encontró una relación significativa directa entre el déficit de atención y el apoyo moral, un componente de los sentimientos de culpa.

En cuanto a la propuesta de hipótesis específica 3, se concluye que existe una relación directa moderada entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en los niños usuarios de un hospital, Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,654 y una significancia $<0,005$. Los resultados obtenidos se asemejan a lo encontrado por Puentes y otros (2014) donde se concluyó que el déficit de atención se correlacionó significativamente con los patrones inadecuados de sociabilización, como las habilidades sociales. Asimismo, Cuadros (2016) encontró una relación significativa donde se incluye el clima social, tanto en la escuela como en el hogar.

4.2 Conclusiones

Primera: Se ha demostrado que existe una relación directa moderada entre el déficit de atención y los patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,480 y una significancia $<0,005$.

Segunda: Se ha demostrado que existe una relación directa muy alta entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,965 y una significancia $<0,005$.

Tercera: Se ha demostrado que no existe relación significativa entre el déficit de atención y los patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,182 y una significancia $<0,005$.

Cuarta: Se ha demostrado que existe una relación directa moderada entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Con un valor de correlación de 0,654 y una significancia $<0,005$.

4.3 Recomendaciones

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos se formulan algunas sugerencias tanto para el personal profesional como a los padres de familia, esto con la finalidad de lograr un entendimiento del déficit de atención y su repercusión sobre el comportamiento; para ello se hace llegar las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda que el problema de tratamiento de déficit de atención debe ser considerado en futuros estudios, pues su modificación contribuiría al manejo de este trastorno, además el tratamiento es multidisciplinario.
- Identificar, comprender e intervenir especializado al niño que padece este trastorno, para que así el individuo pueda superar esta dificultad y a su vez pueda mejorar su conducta, mediante refuerzos positivos y constructivos.
- Mediante las características dadas sobre el déficit de atención y los problemas emocionales, es necesario reevaluar y concientizar a los padres, para realizar una correcta medición correlacional del problema y así realizar una intervención oportuna.
- Brindarle un ambiente de confianza en la familia, en donde pueda desenvolverse con toda seguridad y normalidad, de esa manera dicho comportamiento social se trasladará a la escuela.

REFERENCIAS

- Alemaný Panadero, C. (2019). *Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Alvárez Menéndez, S., & Pinel González, A. (2015). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula de infantil*. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26 (3), 141-152 .
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Quinta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamerica.
- Anicama, J. (2016). *Manual de la Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención: EDDA*. Lima: Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del Comportamiento: CIPMOC.
- Arque Cotrado, E. L. (2016). *Frecuencia y factores sociodemográficos asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes de Albergues de Menores de la Ciudad de Arequipa*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Asociación Peruana de Déficit de Atención [APDA]. (1 de Julio de 2014). *APDA*. Obtenido de APDA: <http://deficitdeatencionperu.com/que-es-tdah/>
- Baldárrago Gómez, E. (2015). *Perfil neuropsicológico en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad con y sin medicación en la ciudad de Arequipa – 2015*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Barkley, R. A. (1997). *TDAH y la naturaleza del autocontrol*. Nueva York: Guilford Press.
- Barrios Oneto, G. (2015). *La importancia del diagnóstico del TDAH: un estudio de caso*. Lima: Universidad de Lima.

- Burgos Herrera, S. d. (2018). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO.
- Calderón, F. J. (2015). *Bienestar psicológico en adultos jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Camaní Lobatón, N. G. (2018). *Clima familiar y déficit de atención en la memoria auditiva en los alumnos del 5to grado de Educación Primaria de la Institución Educativa N° 1228 Leoncio Prado – Ate*. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Escuela de Posgrado.
- Carranza Loaiza, A. C. (2017). *Intervención en la autoestima en niños que presentan déficit de atención con hiperactividad en Aguascalientes*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, V. (2014). *Factores del desarrollo de la conducta humana*. Lima: Universidad Arzobispo Loayza.
- Cuadros Huamán, L. M. (2016). *Clima social escolar y déficit de atención en estudiantes de primer grado de secundaria de una I.E. de la Victoria, Lima*. Universidad César Vallejo.
- DuPaul, G., T., P., Anastopoulos, A., & Reid, R. (2018). *Escala de evaluación TDAH-5 para niños y adolescentes*. D. F. México: Editorial El Manual Moderno.
- Echegaray Ugarte, I. A., & Urquieta Rodríguez, L. (2013). *Programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir los rasgos del TDAH en niños de la IEP Claret*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Espinoza Cervantes, G. J. (2016). *Déficit de atención y comprensión de textos en estudiantes del tercer grado de primaria del distrito de San Martín de Porres*. Universidad César Vallejo.

- Fernández, M., & Parra, A. F. (2017). *Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial*. *Psychologia*, 11(1), 57-70.
- García Ccahuana, H., & Salguero Alarta, M. (2018). *Programa de habilidades sociales para niños con indicadores del trastorno de déficit de atención e hiperactividad con prestación combinada*. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín.
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). *Estilos parentales en niños y niñas con TDAH*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.
- Gratch, L. O. (2009). *El trastorno por déficit por atención (ADD-ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez* (Segunda ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández Castrejón, A. (2018). *Relación entre prácticas parentales y habilidades de cognición social en niños de 9 a 11 años con diagnóstico por déficit de atención e hiperactividad*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación científica*. México D. F: Mc Graw-Hill.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., & Afonso, M. A. (2015). *Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias*. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1).
- López Soler, C., & Romero Medina, A. (2014). *TDAH y los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, C., & Romero, M. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Lopez-Rubio Martinez, S. (2012). *Prácticas de crianza y problemas de conducta en preescolares: un estudio transcultural*. Granada: Universidad de Granada.
- Marcia, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide (.
- Moreno Fontiveros, M. M. (2015). *Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria*. Málaga: REV CLÍN MED FAM.
- Muñoz Razo, C. (2015). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis. 3 edición*. México D. F.: Pearson Education.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (15 de Enero de 2017). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.emro.who.int/pdf/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-7/prevalence-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-among-school-aged-children-in-jordan.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1 de Octubre de 2017). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Perez Sucuzhañay, L. A. (2018). *Causas que influyen el desarrollo de patrones de conducta inadecuada en los estudiantes de tercer grado de EGB de la unidad educativa particular San Diego de Alcalá*. Cuenca: Universidad Politecnica Salesiana.
- Puentes Rozo, P., Jiménez Figueroa, G., Pineda Alhucema, W., Pimienta Montoya, D., Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., & Sánchez Rojas, M. (2014). *Déficit en habilidades sociales en niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, evaluados con la escala BASC*. Revista Colombiana de Psicología, 23(1), 95-106.

- Rabadán Rubio, J. A., Hernández Pérez, E., & Parra Martínez, J. (2017). *Implementación y valoración de medidas educativas ordinarias adoptadas con el alumnado diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la comunidad autónoma de la región de Murcia*. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 20 (1), 363-382.
- Rubiales, J. B. (2016). *Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Mar de la Plata: Universidad Mar de la Plata.
- Ruiz Alva, C. (2002). *Escala para padres de observación de la conducta del niño*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- Soutullo Esperón, C. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vara, A. (2015). *7 pasos para elaborar una tesis*. Lima: Macro.
- Vilcahuamán Medina, E. L. (2017). *Relación entre déficit de atención y autoestima en niños de segundo de primaria de I.E.P. San Juan de Lurigancho-Lima*. Universidad César Vallejo.

ANEXO N.º 1.

Matriz de consistencia

Título: Déficit de atención y patrones inadecuados del comportamiento en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima

Autor: Bachiller Elvis A. Abarca Ccorimanya

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en niños, usuarios de un hospital del Cercado de Lima.</p>	<p>Hipótesis General HG: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de conducta en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.</p>	<p>Variable 1: Déficit de atención Variable 2: Patrones inadecuados del comportamiento Tipo: Básica Nivel: Correlacional Diseño: No experimental de corte transversal.</p>
<p>Problema Específico ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima? ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima? ¿Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima?</p>	<p>Objetivos Específicos Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. Qué relación existe entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.</p>	<p>Hipótesis Específica H1: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados conductuales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. H2: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados emocionales en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima. H3: Sí existe relación entre el déficit de atención y los patrones inadecuados de sociabilización en niños usuarios de un hospital del Cercado de Lima.</p>	<p>Población La población estuvo conformada por 220 niños usuarios entre 6 a 10 años, de un hospital del Cercado de Lima. Muestra La muestra fue probabilística de tipo estratificado. La selección de la muestra se basó en el principio de equiprobabilidad, resultando 104 niños.</p>

ANEXO N.º 2.

Ficha Sociodemográfica

DATOS GENERALES

	SEXO	hombre <input type="checkbox"/>	mujer <input type="checkbox"/>
EDAD	6 años <input type="checkbox"/>	7 años <input type="checkbox"/>	8 años <input type="checkbox"/>
		9 años <input type="checkbox"/>	10 años <input type="checkbox"/>
LUGAR DE NACIMIENTO	Lima <input type="checkbox"/>	Callao <input type="checkbox"/>	otros <input type="checkbox"/>
LUGAR DE PROCEDENCIA	Comas <input type="checkbox"/> El Agustino <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> Jesús María <input type="checkbox"/> La Molina <input type="checkbox"/> La Victoria <input type="checkbox"/> Lima <input type="checkbox"/> Lince <input type="checkbox"/> Los Olivos <input type="checkbox"/> Lurigancho <input type="checkbox"/> Lurin <input type="checkbox"/> Magdalena del Mar <input type="checkbox"/>	Miraflores <input type="checkbox"/> Pachacamac <input type="checkbox"/> Pucusana <input type="checkbox"/> Pueblo Libre <input type="checkbox"/> Puente Piedra <input type="checkbox"/> Punta Hermosa <input type="checkbox"/> Punta Negra <input type="checkbox"/> Elmar <input type="checkbox"/> San Bartolo <input type="checkbox"/> San Borja <input type="checkbox"/> San Isidro <input type="checkbox"/> San Juan de Lurigancho <input type="checkbox"/>	San Juan de Miraflores <input type="checkbox"/> San Luis <input type="checkbox"/> San Martín de Porres <input type="checkbox"/> San Miguel <input type="checkbox"/> Santa Anita <input type="checkbox"/> Santa María del Mar <input type="checkbox"/> Santa Rosa <input type="checkbox"/> Santiago de Surco <input type="checkbox"/> Surquillo <input type="checkbox"/> Villa El Salvador <input type="checkbox"/> Villa María del Triunfo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
Ancón <input type="checkbox"/> Ate <input type="checkbox"/> Barranco <input type="checkbox"/> Breña <input type="checkbox"/> Caballito <input type="checkbox"/> Chacarilla <input type="checkbox"/> Chorrillos <input type="checkbox"/> Oseguilla <input type="checkbox"/>			

COMPOSICIÓN FAMILIAR

CON QUIENES VIVE	solo madre <input type="checkbox"/> solo padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE HIJO	primero <input type="checkbox"/> segundo <input type="checkbox"/> último <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LOS PADRES	casados <input type="checkbox"/> divorciados <input type="checkbox"/> convivientes <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>

ESCOLARIDAD

AÑO ESCOLAR CURSANDO	1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º <input type="checkbox"/>
TIPO DE COLEGIO	Estatal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>

ANEXO N.º 3.

Instrumentos

ESCALA DE EVALUACIÓN DE DESÓRDENES POR DÉFICIT DE ATENCIÓN José Anicama et. al.

Instrucciones:

A continuación, se presentarán algunas frases acerca del comportamiento del menos evaluado. Después de leerlas atentamente, deberá marcar con una X en el número que corresponde a la alternativa que mejor representa la frecuencia del comportamiento. Estas pueden ser:

Nunca = 0	A veces = 1	Bastante = 2	Demasiado = 3
-----------	-------------	--------------	---------------

Recuerde que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Asegúrese de no dejar de responder ninguna de ellas. Ahora puede comenzar.

I. HIPERACTIVIDAD:

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Corre y/o sube por los muebles	0	1	2	3
2. Le es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
3. Le es difícil permanecer sentado más de 5 minutos	0	1	2	3
4. Tiene movimientos durante el sueño.	0	1	2	3
5. Jamás está quieto o actúa como "impulsado por un motor".	0	1	2	3
6. Habla excesivamente.	0	1	2	3

II. FALTA DE ATENCIÓN Y DIFICULTAD PARA ORGANIZARSE:

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Cuando se le habla parece no escuchar	0	1	2	3
2. Se distrae con facilidad	0	1	2	3
3. Presenta dificultad para seguir una actividad de juego	0	1	2	3
5. Presenta dificultad para concentrarse en trabajos escolares o tareas que requieren atención	0	1	2	3
6. Tiene problemas para organizar su trabajo	0	1	2	3
7. Pregunta lo que debe de hacer inmediatamente después que se han dado indicaciones detalladas	0	1	2	3

III. IMPULSIVIDAD:

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Acostumbra actuar antes de pensar	0	1	2	3
2. Cambia demasiado de una actividad a otra sin concluir con la anterior.	0	1	2	3
3. Tiene problemas para seguir instrucciones de otros.	0	1	2	3
4. Requiere mucha supervisión.	0	1	2	3
5. Habitualmente grita en clase.	0	1	2	3
6. Tiene dificultades para esperar su turno en juegos o actividades de grupo.	0	1	2	3
7. Le gusta participar en situaciones peligrosas incluyendo quebrar algunas normas.	0	1	2	3
8. Es muy sensible, cambia de estado de ánimo con frecuencia.	0	1	2	3
9. Ejecuta sorpresivamente acciones con mucha intensidad.	0	1	2	3

IV. INTERACCIÓN CON COMPAÑEROS:

	No nunca	A veces	Bastante	Demasiado
1. Pelea, golpea, agrede.	0	1	2	3
2. Es aceptado por otros niños	0	1	2	3
3. Interrumpe las actividades de otros niños	0	1	2	3
4. Tiene una actitud dominante, siempre le dice a otros qué hacer.	0	1	2	3
5. Molesta o insulta a otros compañeros.	0	1	2	3
6. Se niega a participar en actividades de grupo.	0	1	2	3
7. Le es difícil seguir las normas o reglas en actividades de juego con sus compañeros.	0	1	2	3
8. Se encuentra con frecuencia metido en líos con sus compañeros	0	1	2	3
9. Tiene dificultad para establecer amistades duraderas	0	1	2	3

ESCALA PARA PADRES DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Adaptado por Cesar Ruiz Alva del BURK'S Behavior Rating Scale

Instrucciones

Lea con atención cada frase y marque el número que mejor describa la conducta del niño.
Conteste cada pregunta de acuerdo a la siguiente escala.

5 = Siempre 4 = Casi siempre 3 = Algunas veces 2 = Casi nunca 1 = Nunca

Sea objetivo. Estos datos nos ayudarán a conocer mejor a su hijo y a atenderlo adecuadamente.

Puede usted encerrar en un círculo el número que mejor describe la conducta del niño(a).

CONDUCTA A EVALUAR		CALIFICATIVO / PADRES				
01	Se molesta si comete un error	5	4	3	2	1
02	Quiere que todo le salga perfecto	5	4	3	2	1
03	Si falla en algo reacciona mal	5	4	3	2	1
04	Frente a su error, muestra culpabilidad	5	4	3	2	1
05	Se preocupa por todo	5	4	3	2	1
06	Se aísla de otros niños	5	4	3	2	1
07	Es difícil hacerlo participar	5	4	3	2	1
08	Desinteresado en los juegos de los demás	5	4	3	2	1
09	Es tímido(a)	5	4	3	2	1
10	Pegado a las faldas de mamá en reuniones	5	4	3	2	1
11	Se pone nervioso con facilidad	5	4	3	2	1
12	Tiene muchos temores	5	4	3	2	1
13	Se pone rojo con mucha facilidad	5	4	3	2	1
14	Aparente estar tenso/ansioso	5	4	3	2	1
15	Sus preocupaciones lo llevan a cometer errores	5	4	3	2	1
16	Desea que otros le hagan las cosas que haría solo(a)	5	4	3	2	1
17	Depende de los otros, busca que lo dirijan	5	4	3	2	1
18	Busca la alabanza de los adultos para hacer las cosas	5	4	3	2	1
19	Se deja llevar fácilmente de los demás	5	4	3	2	1
20	Pienso que es demasiado obediente	5	4	3	2	1
21	Se distrae con facilidad	5	4	3	2	1
22	Olvida pronto lo que aprendió	5	4	3	2	1

23	Salta de una actividad a otra dejando a medias todo	5	4	3	2	1
24	Le molesta prestar atención a una orden	5	4	3	2	1
25	Parece estar “como en la luna”	5	4	3	2	1
26	Casi no habla, tiene poco vocabulario para expresarse	5	4	3	2	1
27	Responde cosas diferentes a lo que se le pregunta	5	4	3	2	1
28	Tiene dificultades para recordar las cosas	5	4	3	2	1
29	Le resulta difícil solucionar un problema por si solo(a)	5	4	3	2	1
30	Actua como un niño(a) de menos edad	5	4	3	2	1
31	Desobedece las ordenes que se le dan	5	4	3	2	1
32	Reta o contesta a los padres	5	4	3	2	1
33	Hace berrinches sino se cumple lo que quiere	5	4	3	2	1
34	Hace demasiadas travesuras	5	4	3	2	1
35	No le importa cuando lo llaman al orden	5	4	3	2	1
36	Tengo quejas de que fastidia a otros	5	4	3	2	1
37	Le cuesta entender que no debe pelear	5	4	3	2	1
38	Observo que empuja a otros	5	4	3	2	1
39	Se burla de los demás	5	4	3	2	1
40	Quiere dominar con amenazas	5	4	3	2	1
41	Se mueve mucho, le cuesta controlarse	5	4	3	2	1
42	Habla en exceso, no para de hablar	5	4	3	2	1
43	Hay que recordarle para que este quieto(a)	5	4	3	2	1
44	Tiene dificultades para participar en juegos de mesa	5	4	3	2	1
45	Es demasiado activo	5	4	3	2	1
46	Habla como bebe	5	4	3	2	1
47	Todavía moja la cama por las noches	5	4	3	2	1
48	Llora por todo cuando quiere las cosas	5	4	3	2	1
49	Duerme en el mismo cuarto de los padres	5	4	3	2	1
50	Hay que darle de comer en la boca para que acabe	5	4	3	2	1
51	Parece estar triste	5	4	3	2	1
52	Sus sentimientos son heridos con facilidad	5	4	3	2	1
53	Da la imagen de “pobrecito yo”	5	4	3	2	1
54	Se enfurece pronto	5	4	3	2	1
55	Sus reacciones emotivas son inadecuadas	5	4	3	2	1

ANEXO N.º 4.

Consentimiento Informado

Yo, _____ identificado con el DNI N.º _____, acepto de manera voluntaria participar en la aplicación de instrumentos de evaluación que será realizada por el estudiante-investigador ABARCA CCORIMANYA, ELVIS ANATOL con código 355992 de la Carrera de Psicología de la Universidad Privada del Norte. La evaluación se realizó como parte de la elaboración de su tesis de licenciatura en psicología.

- Se considerará una sesión de aproximadamente treinta minutos de duración.
- La aplicación del instrumento de evaluación no resultará perjudicial a la integridad del participante.
- El investigador se compromete a no revelar la identidad del participante en ningún momento del proceso, ni después de este.
- El investigador se compromete a dar una información oral de los resultados al participante, una vez terminado el proceso de evaluación.
- El participante puede optar por retirarse de evaluación, si cree que no se está respetando su confidencialidad.

Lima, _____ de _____ de 2018

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del asesor

ANEXO N.º 5.

Criterios para evaluación del coeficiente de correlación

Valor	Significado
[-1.00]	Correlación negativa perfecta
<-1.00 — -0.90]	Correlación negativa muy alta
<-0.90 — -0.70]	Correlación negativa alta
<-0.70 — -0.40]	Correlación negativa moderada
<-0.40 — -0.20]	Correlación negativa baja
<-0.20 — -0.00>	Correlación negativa muy baja
[0.00]	Correlación nula
<0.00 — 0.20>	Correlación positiva muy baja
[0.20 — 0.40>	Correlación positiva baja
[0.40 — 0.70>	Correlación positiva moderada
[0.70 — 0.90>	Correlación positiva alta
[0.90 — 1.00>	Correlación positiva muy alta
[1.00]	Correlación positiva perfecta