



**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación**

Acercamiento a la realidad educativa
y social que rodea a los niños/as con
TDA o TDAH en la Comunidad Foral
de Navarra

Trabajo fin de grado presentado por:	Leire Abendaño Cabaleiro
Titulación:	Grado de Maestro en Educación Primaria
Línea de investigación:	Iniciación a la investigación educativa en sus diferentes modalidades
Director/a:	Silvia Martínez Cano

Ciudad: PAMPLONA

Fecha: 10-09-2012

Firmado por:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leire', is written over a horizontal line.

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.6. Pedagogía experimental

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H) es un trastorno neurobiológico que afecta tanto a niños/as como a adultos y un problema real en las aulas que, cada vez, va más en aumento. Sin embargo, a pesar de ser un trastorno muy común en los centros educativos, su conocimiento tanto social como por parte de la comunidad educativa, no es el deseado para una correcta intervención pedagógica y un adecuado trato por parte del entorno social que rodea a estos niños/as. Se ha querido comprobar a través de una investigación y un estudio teórico, el grado de conocimiento sobre el TDA-H de los maestros y maestras navarras pertenecientes a la etapa educativa de Educación Primaria, así como la atención que se brinda a estos alumnos/as en dicha etapa. Al mismo tiempo, se ha querido conocer y presentar algunas de las necesidades de estos alumnos/as y de sus familias desde el ámbito educativo

Todo ello, ha permitido concluir que hay necesidad de abordar esta problemática debidamente, y proponer intervenciones educativas que abarquen respuestas educativas para las necesidades de este colectivo.

Palabras clave: déficit de atención, necesidades educativas, formación docente, apoyo familiar y proyecto educativo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ÍNDICE.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. JUSTIFICACIÓN	3
1.2. OBJETIVOS	5
2. MARCO METODOLÓGICO.....	6
2.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	6
2.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	6
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	10
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1. ANTECEDENTES	14
3.2. BASES TEÓRICAS	16
3.3. SISTEMA DE VARIABLES.....	28
4. MARCO EMPÍRICO.....	29
4.1. PROCEDIMIENTO	29
4.2. CRONOGRAMA.....	30
4.3. ANÁLISIS DE DATOS.....	32
4.4. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS.....	42
5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS	42
5.1. CONCLUSIONES.....	45
5.2. PROSPECTIVAS	47
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50
8. ANEXOS.....	51

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación concierne a niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad, es decir, estudiantes de Educación Primaria, de la Comunidad Foral de Navarra. Estos alumnos padecen un trastorno por déficit de atención (TDA) en diferentes grados, algunos más agudos que otros, y con diferentes trastornos asociados como la impulsividad e hiperactividad (TDA-H). Estos trastornos neurobiológicos con base genética y naturaleza crónica, interfieren en su vida escolar de manera negativa, dificultándoles la atención, el respeto en la escucha, la organización en las tareas y el estudio tranquilo y continuado, así como interrumpiendo e importunando a compañeros y profesores.

Antes solo se trataba de alumnos movidos, traviosos, vagos y que molestaban constantemente. Pero esa visión ha cambiado al tratarse el problema como un trastorno real que aqueja tanto a niños como a adultos, afectando a entre un 5 y un 8 por ciento de niños en edad escolar. Todavía no se es consciente del gran porcentaje de alumnos con esta afección en las aulas, ni tampoco de qué es y en qué consiste este trastorno. De ahí la falta de recursos, profesores formados, especialistas a disposición de los centros escolares, en definitiva, falta de comprensión y correcta atención y educación de esos alumnos.

Existe una dificultad añadida, y es que, según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), solo las comunidades de Murcia y Baleares poseen protocolos específicos para el tratamiento de niños/as que padecen estos trastornos. Además, el presidente de la FEAADAH, destacó en la III Semana europea de la Sensibilización sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad el 8 de Octubre en Madrid, que otras comunidades, como Navarra y Canarias, "tienen protocolos de derivación del sistema educativo al sanitario", mientras que el resto "no reconoce el TDAH como un trastorno que requiere un apoyo específico"¹.

¹ <http://www.amanda.org.es/index.php/ique-es-el-tDAH/articulos/213-reclaman-al-gobierno-que-se-comprometa-con-los-afectados.html>

Determinar si un niño padece o no de estos trastornos es un proceso muy complicado y susceptible de ser erróneo, ya que puede ser confundido con otros problemas biológicos y psicológicos como la ansiedad, la depresión y otros trastornos del aprendizaje.

Estos niños están en riesgo de dificultades en la adolescencia: fracaso escolar, problemas en las relaciones sociales, etc.; e incluso en más del 50% de los casos los síntomas persisten en la adultez. Por ello la identificación y tratamiento tempranos y adecuados son la clave de unos resultados exitosos.

Actualmente, creo que es una de las necesidades más relevantes en educación debido a la frecuencia de alumnos con TDA en las aulas (de 1 a 3 alumnos por clase aproximadamente), pues no se dispone de los medios precisos para realizar esa identificación y tratamiento temprano y propicio al progresivo número de alumnos con estos trastornos. A lo que habría que añadir la falta de formación en el profesorado tanto en la detección de estos trastornos en los alumnos, como en las posibles estrategias pedagógicas a poner en práctica para su óptimo tratamiento.

Mi formación en este campo ha sido muy escasa, y quiero ampliar mis conocimientos a través de esta investigación. Bajo mi punto de vista y por todo lo que he reflejado anteriormente, veo una gran necesidad de conocimiento y diferenciación de ambos tipos de TDA para mi futuro como docente. En consecuencia, creo precisa esta investigación para lograr ser más competente en el tratamiento tanto de alumnos con TDA, como de alumnos con TDAH, pues las discrepancias que se crean entre ambos exigen la aplicación de diferentes estrategias pedagógicas.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer y describir las características y la realidad educativa y familiar que concierne a los alumnos con TDA y con TDA-H, referentes a sus necesidades, identificación y tratamiento educativo.

Objetivos específicos

- Conceptualizar y analizar los diferentes tipos de trastornos.
- Describir las diferentes manifestaciones conductuales que presentan los niños/as con TDA y los niños/as con TDAH.
- Determinar el nivel de conocimientos de los maestros/as sobre del TDA y el TDAH, acerca de su detección y tratamiento desde el ámbito escolar, así como sus opiniones sobre la atención que se les brinda y la que se les debería brindar desde el ámbito educativo.
- Conocer las necesidades de las familias con hijos/as que padezcan alguno de los trastornos y sus opiniones sobre la atención que se les brinda y la que se les debería brindar desde el ámbito educativo.
- Establecer algunas necesidades actuales de los alumnos/as con TDA y TDAH en el entorno educativo.

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se desarrolla como investigación cualitativa en la modalidad de investigación de campo, ya que "en la investigación de campo se recolectan datos en forma directa de la realidad", Arias (1992), se observan y analizan los hechos tal y como ocurren en la realidad, desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas. Todo esto justifica la práctica de los cuestionarios.

No obstante, se inicia con un análisis teórico del tema a través de una amplia bibliografía. De este modo, se contrastan los niños/as que padecen TDA y los que padecen TDA-H, su sintomatología, sus conductas, sus dificultades, sus consecuencias a corto y largo plazo, sus posibles tratamientos, etc.

Este estudio teórico, apoya la preparación de los cuestionarios que se realizan más adelante en el trabajo de campo. Y a su vez, la investigación a través del trabajo de campo ayudará a la consecución de los objetivos relativos al conocimiento de la realidad y necesidades presentes en el contexto educativo y familiar de estos niños/as.

2.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para realizar la recolección de los datos requeridos en el estudio, se selecciona como técnica la encuesta, por considerar que responde a los intereses y objetivos planteados para esta investigación.

Los instrumentos que reflejarán los datos obtenidos y consecuentemente las estadísticas serán:

- Cuestionarios para maestros/as de Educación Primaria de diferentes colegios de la Comunidad Foral de Navarra con el fin de conocer su nivel de conocimientos teóricos y prácticos sobre estos trastornos y su aplicación en el aula, así como su opinión sobre el trato que la escuela debe ofrecer.

- Cuestionarios para padres y personas a cargo de niños que padezcan alguno de los trastornos para conocer su experiencia en el cuidado y educación de los niños, sus necesidades desde el ámbito escolar y social, y sus opiniones sobre el tratamiento e información que la institución escolar les brinda.

Mediante una serie de tablas comparativas se han recogido los datos obtenidos de dichos cuestionarios para ayudar al posterior análisis de los resultados, los cuales quedan reflejados en diferentes gráficas, respondiendo así a los objetivos concretados.

A continuación, se presentan dos tablas donde quedan reflejadas las preguntas de dichos cuestionarios, ordenadas según un descriptor que las agrupa en diferentes categorías. También se hacen constar los objetivos específicos que se pretenden conseguir con cada uno de los cuestionarios.

1. Cuestionario sobre el TDA y el TDAH para maestros de Educación Primaria.

Objetivos

- Determinar el grado de conocimientos de los maestros/as navarros/as respecto al TDA y el TDAH.
- Conocer la experiencia propia de los maestros/as navarros/as ante alumnos/as con estos trastornos.
- Determinar la formación sobre el TDA y el TDAH que los maestros/as navarros/as han recibido por parte del centro y/o formación externa.
- Conocer la actuación de los centros navarros ante la presencia de alumnos/as con TDA o TDAH.
- Conocer las opiniones de los maestros/as navarros/as sobre la atención que se brinda y la que se debería brindar a estos alumnos/as desde los centros educativos.

Tabla I Descriptores

DESCRIPTORES	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO
Conocimientos de las causas	Una de las causas del TDA-H son los problemas ambientales que se dan en su entorno más cercano.
	Una de las causas del TDA-H, en un bajo porcentaje (25%), es la genética.
	El TDA-H es un trastorno neurobiológico provocado por un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina.
	¿Qué factores no son suficientes para que surja el trastorno, pero influyen en su gravedad, su pronóstico, y en la aparición de trastornos comórbidos?
Conocimientos del diagnóstico	Clínicamente, el TDA-H está considerado como trastorno mental.

	<p>Para ser diagnosticado, es suficiente con que los síntomas estén presentes en el ámbito educativo de manera continuada.</p> <p>El TDA-H también puede ser detectado con una serie de pruebas de laboratorio.</p> <p>El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de impulsividad.</p> <p>Para ser diagnosticado, los síntomas deben haber aparecido antes de los:</p> <p>¿Quién se encarga del diagnóstico y tratamiento del TDA-H?</p> <p>¿Cuáles son los subtipos de este déficit en función de los síntomas predominantes?</p>
Conocimientos del tratamiento	<p>En cualquier tipo de tratamiento para el TDA-H, deberá estar presente la psicoeducación a padres y profesores.</p> <p>Siempre es necesario el uso de algún medicamento en el tratamiento del TDA-H.</p> <p>La psicoterapia como tratamiento no farmacológico, deberá ser intensa:</p>
Conocimientos de las consecuencias y comorbilidad	<p>El rendimiento en clase de un niño/a que padece TDA-H, es menor de lo esperado con respecto a su capacidad intelectual.</p> <p>Con la edad, suele disminuir:</p> <p>Actualmente, el TDA-H afecta más o menos a entre un:</p> <p>¿Hasta cuando pueden durar los síntomas del TDA-H?</p> <p>Existen otros trastornos que pueden ir asociados al TDA-H (trastornos comórbidos). De los que encuentra a continuación, ¿cuáles pueden ser trastornos comórbidos al TDA-H?</p> <p>Cuando existen trastornos comórbidos al TDA-H, es decir, la aparición de otros trastornos asociados, es más recomendable el tratamiento farmacológico con:</p>
Formación y experiencia personal	<p>¿Ha recibido formación por parte del centro?</p> <p>¿Ha realizado algún curso formativo sobre el TDA-H? ¿De cuánta duración?</p> <p>¿En alguna ocasión ha tenido en su clase algún niño/a con TDA o TDAH?</p>
Actuación en el centro educativo	<p>¿Recibiste algún tipo de apoyo por parte del centro?</p> <p>En su centro, ¿quién se encarga de detectar el TDA-H?</p> <p>En su centro, ¿quién se encarga de hacerle un seguimiento?</p>
Opiniones	<p>¿Cree suficiente la atención que se dedica actualmente a los niños/as con TDA-H en su centro educativo?</p> <p>En la actualidad ¿cree que sus conocimientos son suficientes para un correcto enfrentamiento del problema en el aula?</p> <p>¿Le gustaría formarse más en este tema?</p> <p>¿Cree que sería capaz de detectarlo correctamente sin la ayuda de un profesional?</p> <p>¿Cree necesario que los maestros/as se formen en este tema?</p> <p>¿Cree que la educación, desde el ámbito educativo, debería preocuparse más por estos niños/as?</p>

2. Cuestionario para familias con hijos/as que padezcan TDA o TDAH.

Objetivos

- Conocer la situación actual sobre la atención y tratamiento de su/s hijos/as.
- Determinar las limitaciones y necesidades que tienen desde el ámbito educativo tanto las familias como sus hijos/as.
- Conocer el grado de apoyo e información del centro educativo a las familias en el momento en el que se detectó el déficit y actualmente.
- Conocer las opiniones de las familias acerca de la formación del profesorado de sus hijos/as y de la atención que reciben éstos en el centro educativo.

Tabla II Descriptores

DESCRIPTORES	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO
Caso real del hijo/a con TDA-H	¿A qué edad fue diagnosticado el déficit a su/s hijos/as?
	¿Quién detectó en primer lugar los síntomas?
	¿Qué subtipo del trastorno por déficit de atención le fue diagnosticado?
	Actualmente, ¿recibe su hijo/a algún tratamiento médico? ¿Es farmacológico o no farmacológico?
	¿Su hijo/a recibe algún tipo de ayuda extraescolar como por ejemplo, un entrenador cognitivo?
Actuación por parte del centro educativo	En el momento de la detección y diagnóstico, ¿recibieron ayuda/información por parte del colegio?
	Su hijo/a recibe ayuda/apoyo en la escuela ¿Qué clase de ayuda? ¿Cuántas horas semanales?
	¿De quién reciben información acerca del TDA-H?
	¿Su colegio tiene un proyecto para la atención de niños con estos déficits? ¿Cree que debería tenerlo?
Limitaciones y necesidades	¿Qué limitaciones tiene su hijo en el colegio?
	¿A qué son debidas?
	¿Qué necesidades tiene su hijo/a desde el ámbito educativo?
Opiniones	¿Qué necesidades tienen ustedes como familia desde el ámbito educativo?
	En general, ¿creen que su hijo/a recibe suficiente atención y de calidad desde el colegio?
	¿Creen que la formación de los profesores de su hijo/a con respecto al TDA-H es suficiente?
	¿Creen que se deberían formar más, o que es tarea solo del orientador/psicólogo del centro y de los especialistas externos al colegio?
	¿Creen que su hijo/a es rechazado a causa del déficit que padece, por parte de sus compañeros, de los profesores y/o por parte del resto de la sociedad?

En un principio se pensó ampliar la investigación a un tercer ámbito, el social, bajo la realización de otro cuestionario dirigido al entorno social navarro. No obstante, se descartó esa posibilidad por falta de tiempo y por la gran cantidad de datos que iban a formar parte de la realización del Trabajo Fin de Grado. Con la realización de este cuestionario se pretendía conocer el grado de conocimiento general del TDA-H de personas de diferentes edades y diferentes contextos, seleccionados de forma aleatoria en espacios públicos. La intención era conocer si tenían o habían tenido en su entorno a niños/as con este déficit y sus opiniones acerca del tratamiento que se debería seguir desde los centros educativos.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

En esta investigación han participado habitantes de toda la Comunidad Foral de Navarra, y principalmente de su capital, la ciudad de Pamplona. Está situada en el Norte de España y tiene una cifra de habitantes superior a los 641.000. Navarra se integra en el grupo de comunidades autónomas españolas con mejores indicadores de bienestar social: atención sanitaria, equipamiento del hogar, promoción cultural, etc.

En los últimos años, Navarra se ha convertido en una región receptora de población inmigrante, de ahí que en todos los centros navarros haya una gran interculturalidad. Según los datos publicados por el gobierno de Navarra en su página web, a día 1 de Enero de 2011, el número de personas extranjeras asentadas en Navarra era de 71.600, el 11,2% de la población total².

En este estudio, a través de la cumplimentación de los cuestionarios por un total de 49 maestros/as de educación primaria, han participado 8 centros educativos, contextualizados a continuación.

1. El Colegio El Redín es un centro educativo concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a Fomento de Enseñanza S.A., impartiendo una enseñanza diferenciada bajo la tarea pastoral del Opus Dei. Se sitúa junto al barrio de Rochapea, que alcanza los 25.900 habitantes, acomodado bajo las murallas de Pamplona y entre un meandro del río Arga. Extiende su labor educativa a unos 700 alumnos, teniendo dos líneas por curso

² http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Relaciones+Institucionales+y+Portavoz+del+Gobierno/Organigrama/El+departamento/Oficina+Atencion+a+la+Inmigracion/

desde la etapa de educación infantil hasta la etapa de bachillerato, ofreciendo el modelo G, enseñanza en castellano. También está presente la introducción del bilingüismo, teniendo un 45 % de las clases en inglés.

Desde este colegio han participado un total de 6 maestros, comprendidos entre los 24 y los 46 años de edad.

2. El Colegio Eulza es un colegio público cuya titularidad la ostenta la consejería de Educación del Gobierno de Navarra. Es aconfesional, pluralista, gratuito y gestionado participativa y democráticamente. Se encuentra en el extremo más occidental de la localidad de Barañáin, municipio navarro ubicado en la comarca de Pamplona, con unas 22.000 personas empadronadas. El alumnado del centro oscila alrededor de 420 niños/as, agrupados en 18 unidades (6 de Educación Infantil y 12 de Primaria). Ofrecen el modelo G, castellano, y también el modelo A, en el cual se elige el Euskera como asignatura. También está presente la introducción del bilingüismo, introduciendo el inglés desde 1º de infantil.

Desde este colegio han participado un total de 2 maestros y 2 maestras, comprendidos entre los 31 y los 48 años de edad.

3. El Colegio Regina Pacis es un centro educativo concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a la congregación de las Hermanas Terciarias Capuchinas. Se encuentra en la localidad de Burlada, municipio navarro ubicado en la comarca de Pamplona, con algo más de 18.000 habitantes. Extiende su labor educativa a unos 390 alumnos/as, teniendo 1 línea por curso en cada etapa escolar: educación infantil, educación primaria (160 alumnos) y ESO. Ofrecen el modelo A (Euskera). Introducen el inglés desde 1º de educación infantil en un 30% de la totalidad de las clases.

Desde este colegio han participado un total de 1 maestro y 8 maestras, comprendidos entre los 28 y los 58 años de edad.

4. El Colegio Amor de Dios es un centro educativo concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a la congregación de las Hermanas del Amor de Dios. Se encuentra en la entrada a la localidad de Burlada desde Pamplona. Extiende su labor educativa a 280 alumnos/as, teniendo una sola línea por curso en cada etapa escolar, educación infantil y primaria. Ofrecen el modelo G, castellano, y también el modelo A (Euskera). También introducen el bilingüismo, estando presente el inglés en infantil al 50% de las clases, y en educación primaria a un 30 % de las clases.

Desde este colegio han participado un total de 5 maestros y 5 maestras, comprendidos entre los 23 y los 52 años de edad.

5. El Colegio Mater Dei es un centro educativo concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a partir del año 2000 al consorcio escolar Materdei-Puy-Anderaz. Se encuentra en Ayegui, un pequeño municipio de unos 2000 habitantes colindante a la localidad de Estella, localidad Navarra con unos 14200 habitantes, de donde acuden la mayoría de sus alumnos. En el 2004 el arzobispado toma como propiedad este centro que acoge las etapas de educación infantil y primaria, mientras que el colegio Nuestra Señora del Puy, en Estella, imparte la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.

Extiende su labor educativa a 450 alumnos/as, teniendo dos líneas por curso en cada etapa escolar: 200 en educación infantil y 250 en primaria. Ofrecen el modelo G, castellano, y también el modelo A (Euskera). Introducen el bilingüismo, estando presente el inglés en infantil y primaria en el 33% de las clases.

Desde este colegio han participado un total de 1 maestro y 6 maestras, comprendidos entre los 23 y los 53 años de edad.

6. El Colegio Santísimo Sacramento es un centro concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a la congregación de las Misioneras del Santísimo Sacramento y M^a Inmaculada, fundamentando su tarea educativa en los principios pedagógicos de su fundadora M^a Emilia Riquelme y Zayas. Se encuentra en Iturrama, uno de los barrios de Pamplona que más población tiene con unos 25.000 habitantes. Las familias que acuden a este colegio proceden también de barrios contiguos y son de un nivel socio-económico medio y de mucha variedad cultural, encontrando familias de diferentes nacionalidades.

Extiende su labor educativa a unos 320 alumnos/as, teniendo una sola línea por curso en cada etapa escolar: 80 alumnos/as en infantil, 140 en educación primaria y unos 100 en educación secundaria. Apuestan por una formación de ciudadanos europeos, teniendo un 35% de las clases de educación primaria en inglés y fomentando el alemán en el tercer ciclo de esta etapa.

Desde este colegio han participado un total de 2 maestras, comprendidas entre los 34 y los 42 años de edad.

7. El Colegio Santa Catalina Labouré es un centro educativo concertado por el Gobierno de Navarra perteneciente a la congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Se sitúa en el barrio de Iturrama, cerca del colegio Santísimo

Sacramento. Extiende su labor educativa a unos 250 alumnos/as, teniendo una línea por curso en cada etapa escolar, educación infantil y primaria. Ofrecen el modelo G, castellano, y también el modelo A (Euskera). Introducen el bilingüismo, estando presente el inglés en infantil en un 30% de las clases, y en educación primaria a un 35 % de las clases. Desde 1995 se fusiona con el colegio Santísimo Sacramento (situado en la misma calle) para impartir el nivel de Educación Secundaria Obligatoria funcionando como un único centro.

Desde este colegio han participado un total de 3 maestras, comprendidas entre los 33 y los 48 años de edad.

8. El Colegio Nuestra Señora de Ujué es un colegio público cuya titularidad la ostenta la consejería de Educación del Gobierno de Navarra. Se encuentra en el municipio de Carcastillo, pueblo de la ribera Navarra de unos 2600 habitantes. Extiende su labor educativa a 204 alumnos/as (66 en infantil y 138 en primaria), teniendo una línea por curso en cada etapa escolar, excepto en 1º de infantil y 2º y 5º de primaria, que tienen dos líneas. Ofrecen el modelo G, castellano, y también el modelo A, en el cual se elige el Euskera como asignatura. El inglés está presente en infantil en un 14,3 % de las clases, y en educación primaria en un 18 % de las clases. Los alumnos, procedentes también de pueblos de alrededores, acuden a los institutos de Tafalla o de Marcilla para estudiar cursos superiores.

Desde este colegio han participado un total de 3 maestros y 5 maestras, comprendidos entre los 31 y los 52 años de edad.

La asociación que ha hecho posible la participación de las familias es “La Asociación Navarra para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad” (ADHI), nacida en 1999 por la iniciativa de una madre en busca de más familias con el mismo problema y situada en el barrio pamplonés de Iturrama. No obstante, también se solicitó ayuda de la asociación “TDAH Sarasate”, nacida en 2008., aunque finalmente no pudo prestarnos ayuda.

Han participado un total de 26 familias que, tal y como ha informado la asociación, provienen de diferentes poblaciones navarras.

Los padres de dichas familias varían entre las edades de 28 y 50 años, y sus profesiones varían desde ama de casa, médicos, funcionarios o parados.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, no ha recibido siempre la misma denominación. A lo largo de la historia ha recorrido un largo camino, desde su identificación hasta su categorización. El desconocimiento del mecanismo cerebral hizo que este trastorno se atribuyera en un principio a diversos factores no relacionados con la medicina.

En 1845 el psiquiatra y escritor Dr. Heinrich Hoffmann describió dos casos de TDAH en uno de sus libros, tanto de predominio inatento como de predominio hiperactivo-impulsivo.

El Doctor Bourneville organizó un Servicio para “niños inestables” en 1887, describiéndolos como físicamente inquietos y psíquicamente exagerados, con actitud destructiva y un leve retraso mental.

J. Demoor también habló, en 1901, sobre niños con un comportamiento muy delicado, con necesidad de moverse continuamente y con dificultades para mantener la atención.

Un año más tarde, en 1902, el pediatra británico George Frederick Still, estudió a 43 niños/as, y lo denominó “Defecto mórbido de conducta moral”, describiéndolo como: conducta desafiante, desobediencia, agresividad, crueldad, actitud rencorosa, falta de honestidad y tendencia a tener accidentes. Y ya hacía alusión a un origen biológico. Still publicó una serie de artículos en la revista *Lancet* describiendo estos casos de chicos impulsivos con trastornos de conducta genéticamente determinados que hoy día recibirían el diagnóstico de TDAH.

En 1917, tras una epidemia de encefalitis en Gran Bretaña, se observó un crecimiento de los síntomas descritos por Still, y se le llamó “Trastorno conductual postencefálico”. Durante los años que siguieron a la I Guerra Mundial aumentó el interés por este trastorno ante los síntomas de hiperactividad e impulsividad que presentaban los niños que habían sufrido esa encefalitis letárgica. Los niños con este síndrome, eran etiquetados como de daño cerebral.

En 1923 se hizo un estudio sistemático de niños con daño cerebral y concretó tres características: atención deficitaria, actividad irregular e impulsividad. En 1934 Kahn y Cohen describieron la “impulsividad orgánica” en niños con manifiesta lesión cerebral. Y

después de una larga historia de discusiones sobre la posible existencia de una lesión cerebral tan mínima que no podía objetivarse, el cuadro clínico pasó a denominarse en 1940 “Daño cerebral mínimo”. Posteriormente, se cambió por el término “Disfunción cerebral mínima” (DSM-II, 1968), lo que promovía una confusión neurológica y también una gran diversidad en la definición y descripción del síndrome en diferentes países.

En los años 80, el término TDAH adquirió oficialmente categoría de trastorno; en el DSM-III de 1980 ya se hablaba de TDAH. El DSM-IV (1994), en su versión revisada, DSM-IV-TR. (2000), establece la diferencia entre TDA con y sin hiperactividad y se establecen tres variedades diferentes: predominio del déficit de atención, predominio de la impulsividad e hiperactividad y tipo combinado.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Americana de Psiquiatría, es un manual diagnóstico y estadístico, un compendio que reúne bajo nombres específicos, a todas las alteraciones y trastornos psíquicos que padecen las personas junto con su explicación, etiología, síntomas relacionados y sintomatología característica.

En la actualidad podemos mencionar tres modelos teóricos que reflejan en parte esta controversia histórica:

-*Modelo de déficit atencional de Mirsky (1996)*. Ve los problemas de atención como el conjunto de cuatro procesos: enfoque atencional, mantenimiento de la atención, procesamiento de datos con la memoria de trabajo, y capacidad para cambiar el foco de atención de manera flexible y adaptativa.

-*Modelo de dificultades para la inhibición conductual de Barkley (1997)*. Se centra en la hiperactividad y la impulsividad. La falta de inhibición afecta también a los procesos mentales que rigen el comportamiento. Los pacientes con TDAH no pueden frenar la respuesta mental (y por lo tanto motora) a determinados estímulos; por lo que no podrían activarse las funciones ejecutivas.

-*Modelo de alteración de las funciones ejecutivas de Brown (2007)*. Cree que hay un problema para la inhibición conductual que interviene negativamente en las funciones ejecutivas; pero que además éstas tienen otros problemas deficientes.

En cuanto al tratamiento médico, en 1937, Charles Bradley, pediatra estadounidense, descubrió el “efecto paradójico de la Brenzedrina”. A partir de entonces se trataba con estimulantes y se supo que la administración de sedantes agravaba la hiperactividad.

El metilfenidato (MFD) es el psicoestimulante más conocido y que mejora la atención y la conducta social, reduce la impulsividad y las conductas disruptivas e incrementa el rendimiento escolar. No obstante, se evidencia que puede ocasionar una ligera desaceleración en el crecimiento que se suele recuperar en la adolescencia.

En 1999, *Concerta* obtuvo la aprobación de la FDA como fármaco para el tratamiento del TDAH y en 2002 la obtuvo *Atomoxetine*, que no pertenece a la categoría de los psicoestimulantes.

3.2. BASES TEÓRICAS

En la actualidad, para conocer y poder diagnosticar correctamente los diferentes trastornos mentales, se pueden encontrar dos sistemas de clasificación internacional, en los cuales se encuentran algunas diferencias con respecto al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

1. El *DSM-IV-TR* ya mencionado anteriormente (Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, revisado en 2002)

2. La *CIE-10* (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS). Reconoce además una categoría separada, “el trastorno hiperquinético de la conducta”. Sus criterios son más restrictivos, por lo que se diagnostican menos cuadros que con el *DSM-IV-TR*.

Esta investigación se hace basándose en el *DSM-IV-TR*.

Se tendrá en cuenta también la última orden foral publicada en el tiempo de realización de este estudio, la Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, del Consejero de educación, que tal y como se puede observar en el Boletín Oficial de Navarra, regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos de aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional de la Comunidad Foral de Navarra: (http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2012/143/Anuncio-0/).

¿Qué no es el TDA-H?

Este término ha conducido a la idea equivocada sobre los niños que lo padecen, creyendo que tienen un retraso mental o que no son tan inteligentes como debieran serlo a esas edades.

A pesar de lo que se solía pensar, tampoco son niños traviosos, maleducados, movidos, molestos, vagos o que no tengan interés por aprender. Sino que, como veremos más adelante, estos niños/as tienen grandes dificultades para concentrarse y mantener la atención, y como consecuencia, no terminan sus actividades a tiempo y lo hacen en muchas ocasiones de manera equívoca.

Todos estos efectos negativos de desatención que producen estos trastornos, conllevan un bajo e inadecuado rendimiento académico. Esta es la razón por la que durante años, se ha visto a estos niños/as como alumnos retrasados, poco inteligentes, etc. Pero lo cierto es que el TDA-H puede afectar a cualquier persona, sea cual sea su cociente intelectual.

¿Qué es el TDA-H? ¿Cuáles son sus causas?

Sin tener en cuenta las discapacidades psíquicas, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, es considerado como el trastorno psicopatológico de mayor impacto en el desarrollo y en la vida de la persona que lo padece, así como en la de su familia y su entorno en general.

Según el DSM-IV-TR (2002) “la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”.

Es un trastorno de origen neurobiológico con una base altamente genética (75%), que se inicia en la edad infantil, afectando a entre un 3-7% de los niños/as en edad escolar, es decir, de 1 a 3 alumnos por clase.

Un desequilibrio entre dos neurotransmisores cerebrales es el causante del trastorno. Estos neurotransmisores son la *noradrenalina* y la *dopamina*, y trabajan en las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado. Ese desequilibrio hace que la noradrenalina y la dopamina, no trabajen de manera correcta en la parte frontal del cerebro, que es la encargada de la “función ejecutiva”.

El *sistema ejecutivo frontal* nos permite coordinar los procesos necesarios para iniciar y detener las operaciones mentales y consecuentemente nuestras conductas. También nos permite controlar la impulsividad y mantener la motivación y la persistencia en la atención, inhibiendo así cualquier otro estímulo externo.

La revista *Psicothema*, editada conjuntamente por la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, define las funciones ejecutivas como habilidades de alto orden implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución efectiva y el reajuste de conductas adecuadas dirigidas a alcanzar objetivos. Las funciones ejecutivas son responsables tanto de la regulación de la conducta manifiesta como de la regulación de los pensamientos, recuerdos y afectos que promueven un funcionamiento adaptativo (<http://www.psicothema.com>).

El Dr. Russell Barkley (1997) ha estudiado mucho las funciones ejecutivas que son dañadas en los pacientes con TDA-H, y habla de cuatro capacidades ejecutivas básicas que son dañadas:

Memoria de Trabajo No verbal: Son las imágenes visuales del pasado que todos utilizamos en nuestra mente para guiarnos. Se desarrolla entre los 3 meses y los 10 años. Es el mirar hacia atrás, como él indica “el ojo de la mente”.

Memoria de Trabajo Verbal: La que utilizamos para hablarnos a nosotros mismos en la mente. Lo que él denomina “La voz de la mente”. Entre los 9 y 12 años, se inhibe el sistema periférico muscular, voz totalmente privada.

Auto motivación: Manejo de las emociones, lo denomina “el corazón de la mente”.

Resolución de problemas: Desarrollo de posibles soluciones, denominado “El terreno de juego de la mente”.

Todo ello provoca en los niños que lo padecen, problemas en la regulación de la conducta, un aumento de la actividad motora, unido a *déficits en la atención* y concentración que dificultan las relaciones sociales y el ya mencionado rendimiento académico. Todo ello sin estar justificado atendiendo a la edad del niño. El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de *impulsividad*.

Subtipos y sintomatología

En función de los síntomas predominantes, DSM-IV-TR distingue tres tipos:

1. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio del déficit de atención.*

Son niños que parecen no escuchar cuando se les habla directamente, que se distraen fácilmente y a los que les cuesta mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas y familiares, como sociales.

Les cuesta ponerse en marcha y les resulta difícil priorizar las tareas y persistir hasta finalizarlas, por lo que tienden a ir cambiando de tareas sin llegar a terminar ninguna.

Tienen dificultades en seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes.

2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo.

Son niños que presentan un movimiento motriz y cognitivo excesivo y continuado en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo.

Tienen grandes dificultades para permanecer quietos en situaciones que lo requieren, se muestran nerviosos, revoltosos, inquietos, hacen ruidos, dan golpes y molestan a sus compañeros. La impulsividad se manifiesta por la impaciencia, la precipitación en las respuestas, la dificultad para guardar turnos, la intromisión en las actividades de otros, por la participación en peleas, etc.

3. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado.

El tipo combinado es el que más se parece a las descripciones clásicas del niño hiperactivo y es aquél en el que se asocian síntomas de hiperactividad/impulsividad y síntomas de inatención.

La inatención aparece más en la etapa escolar, que demanda una actividad cognitiva más compleja, y persiste en las siguientes etapas. Con la edad, suele disminuir la hiperactividad aparente, persistiendo la impulsividad y la inatención.

Según el Dr. César Soutullo (2011, ¶11), de la Clínica Universitaria de Navarra, el trastorno por déficit de atención, subtipo combinado, es más frecuente en niños (80%), seguido del tipo inatento (17 %).

También en niñas el tipo combinado es más frecuente, aunque en menor porcentaje que en niños (60%). En cambio, el subtipo inatento, es más frecuente en niñas que en niños (30%).

Comorbilidad y problemas asociados

El *Manual de psicopatología* (2009) define el concepto de comorbilidad como la indicación de que dos o más trastornos diferentes se dan conjuntamente (“co-ocurren”) en la misma persona. Es decir, existe comorbilidad cuando un paciente reúne los criterios para más de un trastorno. En este caso, el trastorno primario es el TDA-H, y entre los trastornos sujetos a comorbilidad, encontramos varios trastornos psiquiátricos, psicosomáticos y de aprendizaje:

- *Trastornos de conducta*

Es una alteración del comportamiento, exteriorizándose con una conducta antisocial que quebranta los derechos, normas y reglas propias de la edad. Por ejemplo: irresponsabilidad, la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo), la agresión física hacia otros (asalto o violación), vandalismo, peleas, etc.

- *Trastorno opositor-desafiante*

Quienes lo padecen se comportan de manera no cooperativa, desafiante, negativa, irritable y se muestran enfadados y molestos hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas con autoridad.

- *Trastornos del aprendizaje*

Intervienen en la capacidad del cerebro para interpretar lo captado por los sentidos. Es posible que persistan durante toda la vida y que afecten a diferentes ámbitos. Puede ser un problema general o un problema aislado sin mayores consecuencias para la vida habitual. Los diferentes trastornos de aprendizaje pueden aparecer como:

Trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje: Trastornos articulatorios, trastornos del lenguaje expresivo, trastornos del lenguaje receptivo (dislalias, disglosias, disartrias, anartrias, rinolalias, disprosodias, afasias,...)

Trastornos de las habilidades académicas: trastornos de la escritura (disgrafía, retraso en la escritura, disgrafía caligráfica), de la lectura (dislexia, taquilexia, etc.), del cálculo (discalculias).

Otros trastornos: trastornos de las habilidades motoras, de coordinación, algunas alteraciones de memoria, etc.

- *Trastorno de Gilles de Tourette*

Dentro de los trastornos por Tics, este es el más severo y frecuente. Es un trastorno neurológico que se manifiesta de forma variada, desde los múltiples tics (pequeños movimientos musculares repetitivos, involuntarios e incontrolables), a tics faciales, muecas y parpadeos; así como a tics en los hombros y brazos. Todo ello acompañado de vocalizaciones fuertes, gruñidos, utilización de groserías, etc., que se complican cuando hay estrés y que, por el contrario, desaparecen con el sueño. Este trastorno disminuye la autoestima y pone trabas en la vida social.

- *Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo*

A través de la ansiedad se responde a una amenaza, ya sea real o imaginaria. Si esa ansiedad conlleva a estímulos específicos, se habla propiamente de miedos.

Los Trastornos de Ansiedad en la Infancia se clasifican en: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia escolar y trastorno obsesivo-compulsivo.

- *Juego patológico*

El trastorno de juego patológico se manifiesta por una falta de control de los impulsos. Es más, el DSM--TR indica que los síntomas de TDAH en la infancia predisponen a la existencia de un problema de juego patológico en la vida adulta.

Y otros trastornos como: trastorno del sueño, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno disocial y trastorno en la audición o en el habla.

El especialista, los padres y los profesores, deberán tener sumo cuidado en la detección del TDA-H, pues la presencia de trastornos comórbidos, en ocasiones puede ayudar a un mal diagnóstico y tratamiento del mismo, ya que los síntomas de esos trastornos comórbidos pueden enmascarar o ser enmascarados por los del TDA-H.

Diagnóstico

El diagnóstico del TDA-H es muy complejo, por lo que un médico experto en el tema, como puede ser un neuropediatra o un psiquiatra, será quien lo determine a través de una evaluación clínica. No obstante, el entorno más cercano del niño/a, es decir, familiares y profesores, suelen ser quienes observan primero conductas inadecuadas en el niño/a.

Tanto la observación directa de las conductas del niño/a como la información que se obtiene por parte de los padres, de los profesores y del propio niño a través de entrevistas, formarán parte de esa evaluación clínica. También se podrán realizar pruebas clínicas complementarias que apoyen toda esa información obtenida.

Todas las pruebas médicas (como por ejemplo el electroencefalograma) y los exámenes o tests psicológicos ayudan a descartar otras causas posibles (problemas médicos como falta de audición, u otros trastornos) y finalmente a diagnosticar correctamente el déficit. No obstante, no existen pruebas definitivas. Tampoco existe ninguna prueba complementaria que pueda sustituir a la valoración clínica; aunque, como ya se ha mencionado, el uso de cuestionarios y test neuropsicológicos pueden ayudar en el screening, apoyar el diagnóstico, valorar la evolución y a dar respuesta al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el *Screening*, en español *Cribado* o *Diagnóstico Precoz*, como la identificación presuntiva de sujetos afectados por una enfermedad o anomalía que hasta entonces pasaba desapercibida, con ayuda de test

diagnósticos, exámenes u otras técnicas de aplicación rápida. No es una prueba diagnóstica definitiva, por lo que las personas con resultado positivo en el test de cribado deben someterse a pruebas de diagnóstico más seguras para confirmar la enfermedad. (http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=25).

Resumiendo, el diagnóstico del TDA-H se realiza basándose en la clínica médica, puesto que aún no hay pruebas de laboratorio capaces de determinarlo.

Tomando de nuevo como referencia el artículo del Dr. Soutullo (2011, ¶ 14), las características clínicas centrales del TDA-H según el DSM-IV-TR son siete:

1. Actividad excesiva e inapropiada sin relación a la tarea. Es una actividad molesta, sin objetivo, y fuera de su asiento, que dificulta el trabajo del niño y de otros niños en el colegio e interrumpe al profesor/a. Éste síntoma responde bien a medicación estimulante.

2. Poca atención mantenida. Esto produce un trabajo escolar pobre y un mal rendimiento escolar y en los juegos (produciendo impopularidad con otros niños). El niño se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. Responde bien a medicación estimulante.

3. Dificultad para inhibir impulsos, para retrasar la respuesta a una señal. Es el síntoma más duradero, y puede durar hasta la edad adulta, con rendimientos académicos y sociales por debajo de su potencial debido a acciones y decisiones impulsivas. Éste síntoma mejora con estimulantes.

4. Dificultad en llevarse bien. Suelen ser impopulares con los padres, hermanos y profesores. Suelen meterse en líos y meter a otros en líos, y les es difícil ajustar su respuesta a la situación. Este síntoma también mejora con la medicación.

5. Bajo rendimiento escolar.

6. Baja autoestima. Debido a su impopularidad y al mal rendimiento escolar, tienen una sensación crónica de fallar en todo y no hacer nada bien, a pesar de intentarlo.

7. Comorbilidad (tener otros problemas además del TDAH: trastorno oposicional-desafiante, trastorno de la conducta, trastornos de aprendizaje, ansiedad y depresión).

A continuación, se expone un cuadro que refleja los criterios que propone el DSM-IV-TR para diagnosticar cada uno de los subtipos de trastorno por déficit de atención.

<p>CRITERIOS DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad</p>
--

1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio del déficit de atención.

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo. No se satisfacen los criterios de hiperactividad – impulsividad por lo menos durante 6 meses.

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo.

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en excesos las manos o los pies o se remueve en el asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo “está en marcha” o actúa como si “tuviera un motor”.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se

entromete en conversaciones o juegos).

3. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado.

Seis o más síntomas o signos del grupo de inatención, además de satisfacer los síntomas de hiperactividad-impulsividad por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

→ De acuerdo con el DSM-VI-TR, para diagnosticar un TDA-H, al menos alguno de estos síntomas o signos deben haber comenzado antes de los 7 años, deben haber estado presentes durante al menos 6 meses, y han tenido que producir deterioro por lo menos en dos áreas de la vida, como por ejemplo, en la familia y en el colegio. También deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Tratamiento

Tal y como se ha indicado anteriormente, un médico experto o un equipo de especialistas en el tema, serán quienes diagnostiquen el déficit y en consecuencia, quienes se encargarán también de aplicar el tratamiento más adecuado a cada una de las situaciones.

Cabe destacar la importancia del apoyo, la colaboración y la coordinación con el colegio y la familia. Ello debe incluir una psicoeducación a los padres sobre el TDA-H, en la que se incluirá también un entrenamiento en técnicas de manejo conductual. En el caso de que el colegio precisara de este tipo de información, también se les prestará ayuda.

Dependiendo del subtipo de trastorno y de su intensidad, el experto encargado de intervenir, tendrá la opción de elegir un tratamiento no farmacológico y/o un tratamiento farmacológico. La combinación de ambos, se considera por lo general, el más apropiado, y es conocido bajo el término de *tratamiento multimodal*.

A continuación se detallan las opciones que se pueden encontrar en cada uno de ellos, debiendo estar ajustado siempre, a las características personales del niño y al momento de desarrollo del trastorno en que se realiza el diagnóstico.

Tratamiento no farmacológico

Se suele intervenir con un tratamiento no farmacológico al inicio del diagnóstico, si los síntomas de TDA-H son leves o no producen deterioro significativo, si el diagnóstico TDA-H es incompleto o el caso es parcial - no cumpliendo todos los criterios-, si los padres rechazan el empleo de medicación o si existe una notable discrepancia entre los padres o entre médicos y los profesores.

- Psicoeducación

El principal tratamiento, y el que debe ser incluido en todos los casos es la psicoeducación a padres y profesores, ya mencionada en la introducción de este apartado.

- Psicoterapia

Solo con psicoterapia no se considera que se vayan a disminuir los efectos del TDA-H, pero sí sirve de ayuda para intervenir en los síntomas asociados a trastornos comórbidos.

Cuando el TDA-H es diagnosticado de forma tardía, la psicoterapia deberá ser intensa. En cambio, si es diagnosticado a tiempo, se suele intervenir solo en momentos de especial conflicto para el niño/a, como puede ser un cambio de nivel educativo o separación de los padres.

Es utilizada para proporcionar a los pacientes refuerzos más intensos de manera que, progresivamente, van convirtiéndose en reconocimientos y refuerzos sociales. Además, al modificar ciertos comportamientos se pueden producir cambios en otros; lo que hace que los refuerzos del entorno aumenten, fortaleciendo así su autoestima, su capacidad de autocontrol y su visión positiva del medio.

- Tratamiento conductual

A través de este tratamiento, se trabaja con los pacientes para modificar o intentar mejorar ciertos comportamientos inadecuados a través de diferentes técnicas.

Teniendo en cuenta qué hacemos, actuamos en función de las consecuencias que recibimos, con este enfoque se piensa que se pueden manejar las consecuencias de dichas conductas para aprender cómo se han de hacer las cosas correctamente.

Las diferentes técnicas, denominadas técnicas operante, se elegirán en función de las necesidades de cada paciente y teniendo en cuenta los factores que influyen en su conducta inapropiada. Con ellas, se consigue aumentar la atención, mejorar el autocontrol del exceso de actividad motora y de la impulsividad, mejorando así las interacciones sociales y, en definitiva, optimizando el rendimiento académico. Algunas de ellas son:

** Técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados*

Ante la presencia de la conducta indeseada, se aplican consecuencias negativas o desagradables para el paciente. No obstante, antes de aplicar esa consecuencia negativa, primero habrá que tratar de ignorar la mala conducta, alabar las conductas adecuadas, dar señales de aviso de vez en cuando y finalmente, si la conducta persiste, aplicar el castigo, esa consecuencia que es negativa para el paciente.

Algunas de estas técnicas son: *coste de respuesta* (ganar o perder puntos según la conducta sea adecuada o inadecuada), *tiempo fuera* (aislar durante unos minutos al paciente, retirando cualquier refuerzo social y aislándolo de cualquier tipo de estímulo externo para impedir que intervenga en su conducta inadecuada), *sobrecorrección* (corrección de la mala conducta y realización de otra buena relacionada, en mayor cantidad), *extinción* (eliminar todos los refuerzos positivos)

* *Técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores)*

Algunas de estas técnicas son: *alabanza* (debe ser descriptiva y específica, con tono de voz agradable, incluyendo comentarios positivos, evitando sarcasmos y comparaciones con situaciones anteriores), *atención* (mirar al niño a los ojos, sonreírle, hacerle un comentario personal o realizar una actividad con él,...), mantener un contacto físico, recompensas y privilegios (específicos para cada niño en función de sus gustos).

* *Técnicas combinadas*

Como técnicas combinadas se puede optar por: el *programa de economía de fichas* (fichas o puntos que se obtienen por realizar las conductas adecuadas y que pueden ser intercambiados por premios o refuerzos), o por el *contrato de contingencias* (acuerdo negociado entre profesor/padres/especialista y alumnos, ofreciéndole un papel activo al niño, haciéndole responsable de su desarrollo personal)

- *Tratamiento cognitivo*

Centran la atención en trabajar con los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta, ayudando así al paciente a ser autónomo e incrementar su autocontrol.

Con el tratamiento cognitivo se pretende identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, haciendo hincapié en su repercusión sobre la conducta y las emociones, para suplirlas con otras cogniciones más adecuadas.

Para ello, se utilizan técnicas de *autoinstrucciones* (el paciente se dirige mediante el lenguaje interno, cuchicheo o hablando en voz alta), *autocontrol* (recomendado para pacientes mayores de doce años) y *resolución de problemas* (a través del modelado, partir de situaciones específicas para generalizarlas a otras situaciones, aumentando así la autonomía y las habilidades de autodirección y autocontrol)

Tratamiento farmacológico

Dependiendo del subtipo de TDA-H y de la gravedad, a veces es suficiente con un tratamiento no farmacológico, pero en otras ocasiones, será necesaria la intervención con ciertos medicamentos. Estos fármacos se pueden dividir en dos grandes grupos:

- Fármacos Psicoestimulantes

Lo que los estimulantes tienen de beneficioso para este déficit, es que aumentan la disponibilidad de la noradrenalina y la dopamina (neurotransmisores desequilibrados), pudiendo ejercer así más control sobre las funciones ejecutivas.

Como psicoestimulantes para tratar estos trastornos, podemos encontrar: Metilfenidato, Anfetaminas (Adderall®), Dextroanfetamina (Dexadrine®) y Pemolina, (no comercializadas en España) y Modafinilo (no indicado en España para el tratamiento del TDA-H).

El *Metilfenidato* es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDA-H y es el más utilizado en España.

Puede tener efectos secundarios leves y fácilmente controlables bajando la dosis. Los más frecuentes serían: disminución de apetito, lo que conlleva pérdida de peso, insomnio, cefalea y gastralgia, mientras que los tics, labilidad o irritabilidad emocional, son efectos secundarios con menos probabilidad de aparición.

Actualmente en España, disponemos de tres tipos de Metilfenidato:

* El de *liberación inmediata (Rubifén®)*: se presenta en comprimidos de 5, 10 y 20 mg. Debe tomarse dos o tres veces al día ya que sus efectos duran unas cuatro horas.

* El de *liberación intermedia (Medikinet®)*: se presenta en dosis de 10, 20, 30 y 40 mg. Sus efectos comienzan a hacerse notar a los 30 minutos y tienen 8 horas de duración.

* El de *liberación prolongada (Concerta® u OROS®)*: se presenta en tabletas de liberación prolongada de 18 y 36 mg. Sólo se toman una vez al día y dura doce horas.

- Fármacos no psicoestimulantes

La *Atomoxetina (Strattera®)* es el primer fármaco no psicoestimulante aprobado por la FDA en Noviembre del 2002, para el tratamiento del TDA-H; comenzando su comercialización en España en Julio del 2007. Tiene un efecto inhibitor del transportador presináptico de noradrenalina, por lo que inhibe la recaptación de noradrenalina. Puede mejorar la capacidad de concentración, el control de las emociones y reducir la conducta inquieta o hiperactiva. Dura entre 12 y 20 horas al día, lo que permite una sola ingesta diaria. Además no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics. Como efectos secundarios, pueden darse: náuseas, epigastralgia e hiporexia.

Como medicamentos no psicoestimulantes (aunque no son muy utilizados) podemos encontrar también algunos antidrepsivos como: Desipramina, Bupropion, Reboxetina, Clonidina y antidepressivos tricíclicos (imipramina), que también pueden ser útiles en niños que no responden o no toleran el metilfenidato.

3.3. SISTEMA DE VARIABLES

En este estudio sobre el contexto y conocimiento del TDA-H, existen diversas variables que pueden afectar en los resultados y, consecuentemente en las conclusiones que se alcancen según los objetivos propuestos.

El contexto social de los diferentes centros educativos que han participado es una variable que afecta a la investigación, ya que los resultados pueden variar según éstos. Hacen referencia a diferentes características como el nivel económico, la religión, hábitos, normas morales, costumbres, etc.

Otro aspecto que podría variar el estudio es la participación de no solo maestros/as, sino también de profesionales pertenecientes al departamento de orientación de los centros. Lo que, no solo variaría los resultados relativos a los conocimientos sobre el TDA-H, sino quizás también las opiniones con respecto al trato que se le da a este déficit dentro de cada colegio. Por ello mismo, los estudios realizados por los maestros/as colaboradores, son también un condicionante que puede variar los resultados, así como la experiencia que éstos han tenido en educación, pues a más experiencia, más probabilidad hay de que se hayan enfrentado con estos alumnos/as y más capacidades hayan podido adquirir.

El contexto social del que se ha hablado antes, pero en este caso, el que rodea a las familias, también es un aspecto a tener en cuenta. Por otro lado, el hecho de que éstas estén asociadas o no a la institución colaboradora (Adhi), o a otra asociación, también puede variar los resultados, pues sus conocimientos, pueden no ser los mismos, así como la atención e información que reciben tanto ellos como sus hijos.

La edad de los niños/as también condiciona el estudio, pues sus características evolutivas varían, tanto las suyas como las de los demás compañeros, y según éstas, quizás puedan entender y aceptar mejor o peor el déficit de sus otros compañeros, pudiendo variar así algunas de las necesidades de los alumnos/as con TDA-H.

Indiscutiblemente, la edad de diagnóstico del déficit, así como el tratamiento que se les asignan, son variables vinculadas con esta investigación. Pues las grandes diferencias que pueden existir entre todos los casos, pueden ocasionar gran variedad de resultados.

También coexisten otra serie de factores que van a intervenir y que tendremos en cuenta, como son: tiempo que el colegio lleva en funcionamiento, número total de alumnos que acoge, existencia o no de casos anteriores en las familias, etc.

4. MARCO EMPÍRICO

4.1. PROCEDIMIENTO

La primera parte del trabajo, es teórica, pues parte de los objetivos lo exige y también porque es necesaria para el posterior trabajo de campo. Por lo tanto, tras buscar bibliografía relacionada con el TDA y el TDAH, se ha empezado a leer y a tomar ideas de cada uno de ellos, sin olvidar seguir buscando más bibliografía para poder comparar.

Para una correcta organización de dicha teoría, se detallaron los siguientes apartados: antecedentes, definición y causas, subtipos y sintomatología, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico. Existe una amplia variedad de bibliografía, por lo que ha llevado mucho tiempo su lectura, comparación y recopilación de información.

Tras la elaboración de las bases teóricas sobre el TDA y el TDAH, se ha pasado a la parte práctica de esta investigación. Teniendo en cuenta los objetivos, se han confeccionado las cartas de solicitud para los centros educativos y las asociaciones, y los correspondientes cuestionarios. En este momento, se ha decidido omitir uno de los objetivos iniciales de la investigación; se trataba de la parte social que rodea a los niños con este déficit y que conllevaría confeccionar un tercer cuestionario para ser cumplimentado por personas no vinculadas a estos trastornos, población encontrada en la calle con formaciones, edades, procedencias y experiencias vitales diferentes. La omisión de dicha parte, ha sido debida a falta de tiempo y gran cantidad de datos que formarían parte del trabajo. No obstante se es consciente de que hubiera sido una parte que complementarían muy bien a los ámbitos educativo y familiar.

Tomada la decisión, se ha seguido con la investigación haciendo entrega de los cuestionarios a las instituciones y recogéndolos posteriormente y clasificar los datos para analizar los resultados y llegar a unas conclusiones, alcanzando así los objetivos propuestos.

Todo este último proceso ha sido muy largo y complicado, pues muchos colegios no han querido participar y la mayoría, no han tenido tiempo para prestar atención a la solicitud debido a las fechas educativas en las que se encontraban en ese momento. En algunos casos se pudo hablar con directores y orientadores personalmente, por teléfono o vía email, y en otros casos solo se pudo hacer entrega de los documentos en secretaría.

4.2. CRONOGRAMA

Para emprender con el estudio de campo, lo primero que se ha realizado ha sido la confección de las cartas de solicitud tanto para los centros educativos como para las asociaciones.

Se comienza introduciendo una presentación del proyecto y de quién lo realiza, y detallando la razón de la dicha carta, explicando el trabajo de investigación que se estaba realizando como trabajo fin de grado y las necesidades que dicho trabajo presenta, es decir, la participación de maestros/as de educación primaria, y, en el caso de las asociaciones, de familias con hijos/as que padeciesen de TDA-H. El objetivo de estas cartas ha sido solicitar la autorización de ambas instituciones para su participación en el presente estudio.

Tras la correcta redacción de las cartas, han sido entregadas en las diferentes instituciones.

Se ha hecho entrega en dos asociaciones situadas en Pamplona, y en ambas han aconsejado lo mismo, volver a acudir una vez el cuestionario estuviera confeccionado definitivamente, para así enviar un solo correo a los asociados.

En el caso de los centros educativos, tras haber hecho entrega de la carta personalmente a tres colegios, se ha pensado que era favorable acudir a los colegios una vez estuviera el cuestionario confeccionado, entregando así conjuntamente la carta y un cuestionario, permitiendo así una óptima valoración de la petición.

Por lo tanto, a continuación se han terminado de confeccionar los cuestionarios para poder entregarlos de inmediato a los colegios, pues la fecha crítica, al tratarse del final de curso, lo exigía. Una vez confeccionados, se han enviado por correo electrónico a las asociaciones, tal y como habían pedido para, a su vez, poder reenviarlo a toda su lista de asociados. Aunque, a pesar de la insistencia con varias llamadas y correos electrónicos, solo se tuvo respuesta de una de las asociaciones (“Adhi”), reduciendo así el número de posibles participantes.

Finalmente la entrega de la carta y el cuestionario tipo a los colegios, se ha hecho en algunos casos personalmente –bajo la atención en algunos casos del director/a u orientador/a del centro y en otros casos entregándolos en secretaría- y en otros casos, vía Internet.

En el primer colegio que se han entregado ambos documentos, se ha hablado con la orientadora, y tras esa conversación se ha llegado a la conclusión de que, dado a su

complejidad, algunas preguntas del cuestionario había que omitirlas y otras modificarlas. Por lo tanto, seguidamente, se modificó el cuestionario y se siguió con el proceso de entrega.

Dicho proceso ha sido muy costoso, pues ha requerido mucha paciencia e insistencia, realizando varias llamadas y acudiendo varias veces a los colegios, pues como ya se ha indicado, las fechas críticas de final de curso impedían a muchos colegios dedicar un tiempo a atender la petición.

Los días han ido avanzando y no han sido muchos los colegios dispuestos a participar, por ello, se ha necesitado de una ayuda extra y, a parte de la entrega de esos documentos, en algunos casos se ha solicitado a compañeros/as maestros/as que hablaran con el/la encargada de su centro educativo. Dicha ayuda ha sido efectiva en algunos casos, aumentando así el número de colegios participantes.

Tras la confirmación de los colegios a participar en esta investigación, se ha acudido a ellos para hacerles entrega de diez cuestionarios para ser cumplimentados los que en cada caso fueran capaces.

Conforme se han recibido cuestionarios cumplimentados por parte de las familias, a través de la asociación, y de los colegios, se han ido introduciendo los datos de los mismos en unas tablas para facilitar el análisis posterior de dichos datos. Una vez concluido este paso, se han realizado los porcentajes correspondientes a dichos resultados.

Todas las preguntas, tanto de los maestros como de las familias, se han analizado por separado, obteniendo así un porcentaje distinto por pregunta, proporcionales al número total de maestros/as participantes (49) y de familias participantes (26).

Para reflejar con claridad todos los resultados, se ha confeccionado una tabla que expone las preguntas, sus posibles respuestas, y los resultados en porcentajes.

El siguiente paso, ha sido la elaboración de diferentes gráficos de barras que representan esquemáticamente algunos de los resultados de la tabla mencionada anteriormente.

Por lo tanto, una vez recogidos y reflejados todos los resultados, se han analizado y comparado los mismos, redactando así los apartados de análisis de datos y resultados.

Por último y para finalizar este trabajo, se han redactado la prospectiva y las conclusiones, derivadas del análisis de los resultados mencionado anteriormente.

4.3. ANÁLISIS DE DATOS

SOBRE LOS CUESTIONARIOS REALIZADOS A LOS MAESTROS

Las 20 preguntas sobre el TDA-H que se plantearon a los maestros/as para conocer el nivel general de conocimientos sobre dicho déficit, ha dado un resultado muy contrastado, con un nivel alto de diferencia, que ha permitido alcanzar definitivamente uno de los objetivos planteados: “conocer el grado de conocimientos de los maestros/as navarros sobre este trastorno”.

El *gráfico 1*, nos muestra un 43% de respuestas correctas. Con la cantidad ascendente de casos que se encuentran hoy día en las clases, este resultado sugiere que los maestros/as no poseen de un conocimiento óptimo sobre las características y tratamiento de dichos trastornos.

En cuanto a las otras dos posibles respuestas, decir que el 29% de respuestas son incorrectas, lo que demuestra que hay varios aspectos sobre el TDA-H que los maestros/as creen saber pero que en realidad no dominan lo suficiente; y el 28% de respuestas son de tipo “no lo sé”, que contrastada con la cifra anterior, demuestra que también hay parte que afirman no conocer.

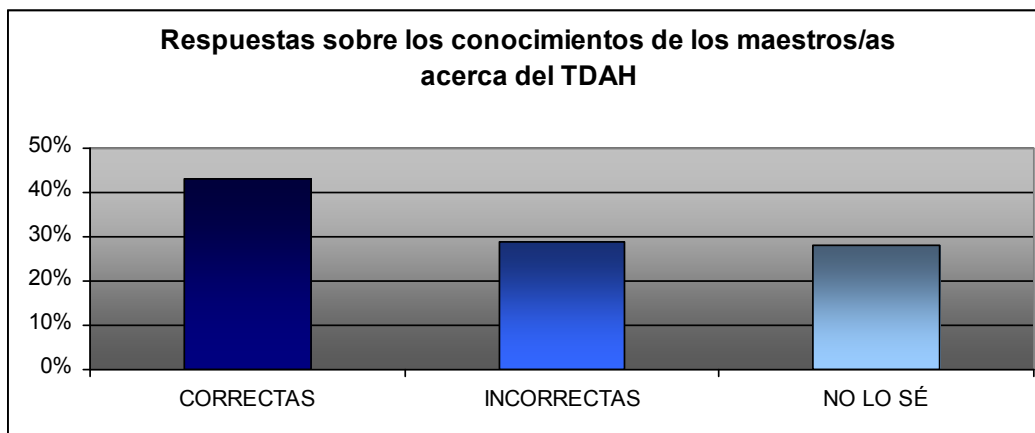


Gráfico 1

Tal y como se puede observar en el *Anexo 1*, los conocimientos referentes al diagnóstico del TDA-H, son los que más dominan con un 69% de preguntas acertadas; cifra que a su vez contrasta con los porcentajes más bajos: un 35% sobre las consecuencias y la comorbilidad y un 40% sobre las causas. Entre estas cifras, se encuentra la de los conocimientos relativos al tratamiento del TDA-H, un 54% de aciertos.

Relacionado con lo anterior, las cifras de maestros/as que han realizado o no, cursos formativos relativos al TDAH, representadas en el *gráfico 2*, muestran aproximadamente

el 50% entre ambas opciones, lo que sugiera la necesidad de más formación del profesorado sobre estos trastornos. Es más, se puede decir que las cifras son engañosas, ya que del 44% que afirman haber realizado algún curso formativo, el 75% dicen haber sido una o dos pequeñas charlas de un profesional dentro del centro educativo (Anexo II).

Aludiendo a esto último, el *gráfico 2* también muestra el porcentaje de maestros/as que confirman haber recibido algún tipo de formación por parte de su centro educativo. Y además de su baja cifra, tan solo un 37%, hay que recordar también que parte de ese porcentaje, es derivado de las mencionadas charlas. Son cifras que llaman la atención por reflejar una baja formación por parte de cada maestro/a, pero también por parte del centro educativo.

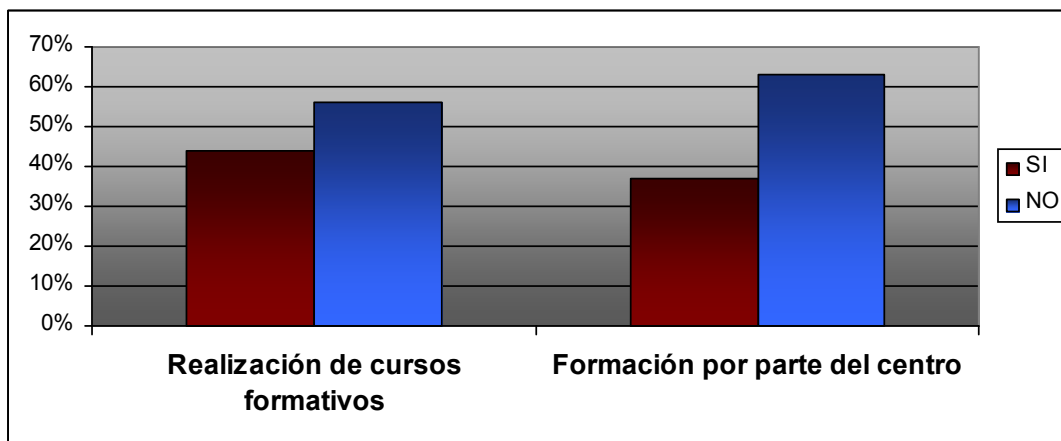


Gráfico 2

Se pueden comparar estas últimas cifras con tan solo el 36% de maestros/as que afirman haber recibido apoyo por parte del centro educativo cuando se ha tenido que enfrentar con un alumno de estas características, dato que refleja el *gráfico 3*.

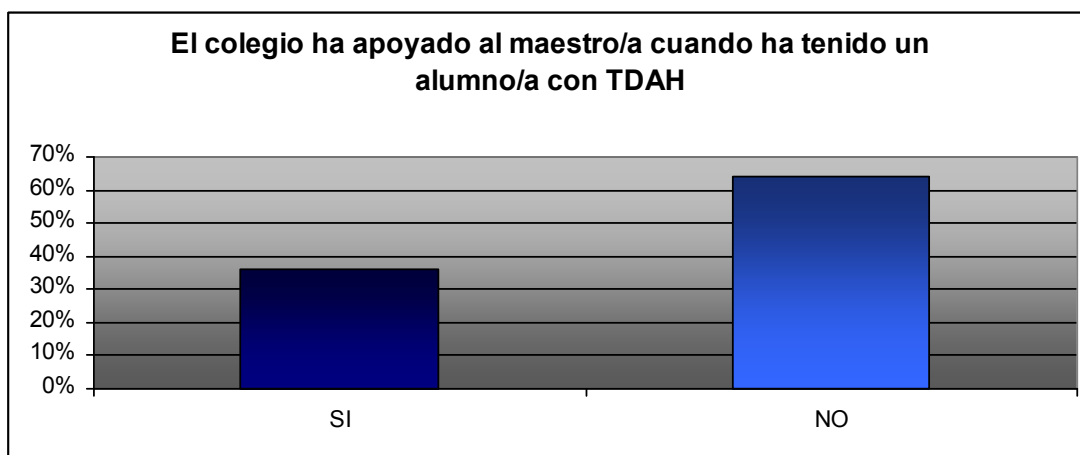


Gráfico 3

Ello crea una duda, y es que podría pensarse que si el centro no proporciona formación, el profesorado la buscaría fuera del centro, lo que ha quedado demostrado también que no son muchos los casos. Por lo tanto, se podría deducir, que tanto el profesorado como el centro, no creen que esta formación sea de gran necesidad.

Pero en contraste, al 85% de los maestros/as les gustaría formarse más sobre este tema y el 74% afirma no tener los suficientes conocimientos para un correcto tratamiento en el aula, siguiendo también con un 74% que cree no podría detectarlo correctamente sin un profesional, además de un 15% que se muestra indeciso en su capacidad. Estas altas cifras nos hacen confirmar la duda que se mostraba anteriormente, y es que la gran mayoría de los maestros/as, sí creen necesaria una mayor formación. Estos datos quedan reflejados en los *gráficos 4 y 5*.

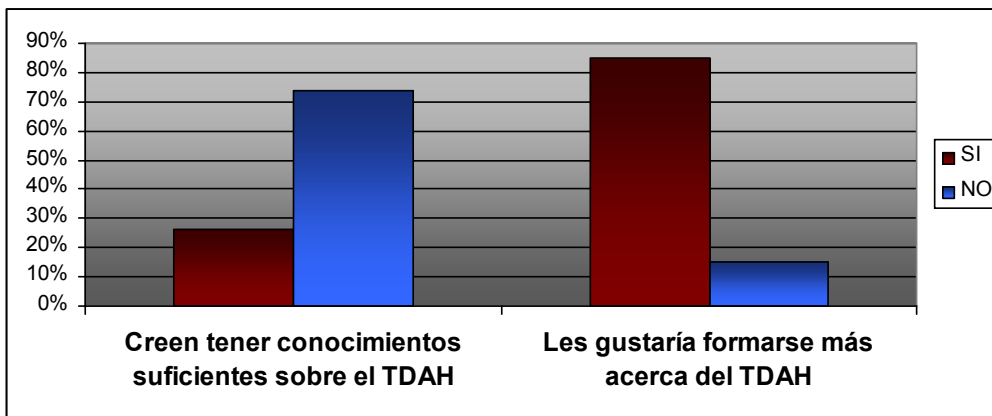


Gráfico 4

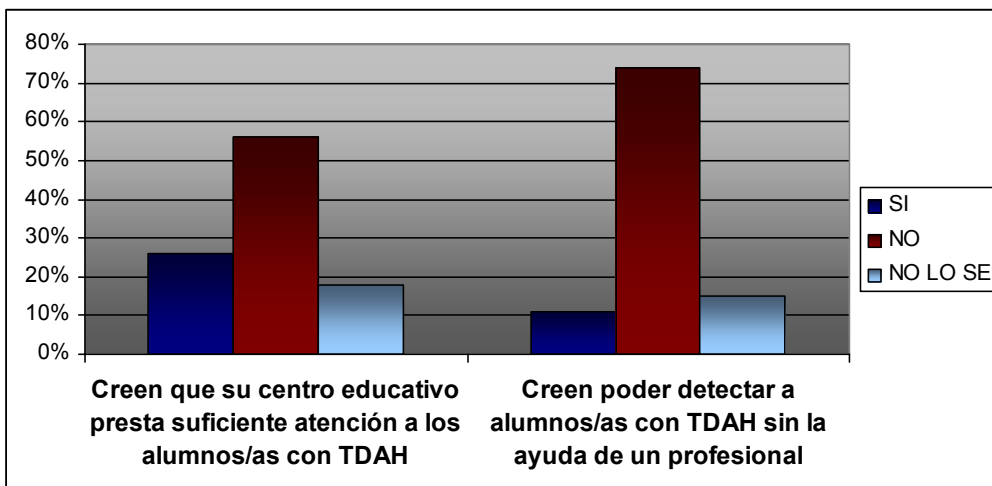


Gráfico 5

Como se puede observar, en el *gráfico 5* también se muestra la opinión que tienen los maestros/as acerca del grado de atención que ejerce su centro educativo con respecto a

los alumnos con estos déficits; dato que también nos confirma la duda mencionada anteriormente, referente a que los centros y los propios maestros/as no creían necesaria mayor formación y conocimiento. El 56% piensa que su centro no presta la suficiente atención, mostrándose indecisos el 18% y quedando así solo un 26% que afirma la suficiente atención de su centro a los alumnos/as que padecen TDA o TDAH. Esto último hace suponer que los centros no creen que haya esta necesidad, o que por falta de recursos no sea posible, y que probablemente no estén preparados para un enfrentamiento correcto y para una adecuada formación del profesorado, sin ayuda externa de profesionales.

Concerniente con lo anterior, tenemos el *gráfico 6*, que describe la positiva opinión de los maestros sobre la necesidad de más formación al profesorado y sobre la necesidad de más atención a estos niños/as desde el centro educativo; lo que una vez más, alude a la duda que reflejaban algunos primeros datos, pudiendo afirmar que los maestros/as sí creen en la necesidad de mayor formación. Se dice positiva porque, respectivamente, se encuentran el 93% y el 82% de respuestas a favor. Y es que, este gráfico junto con los dos anteriores, demuestra realmente la opinión del profesorado de aumentar la formación y la atención desde el ámbito educativo a estos alumnos/as.

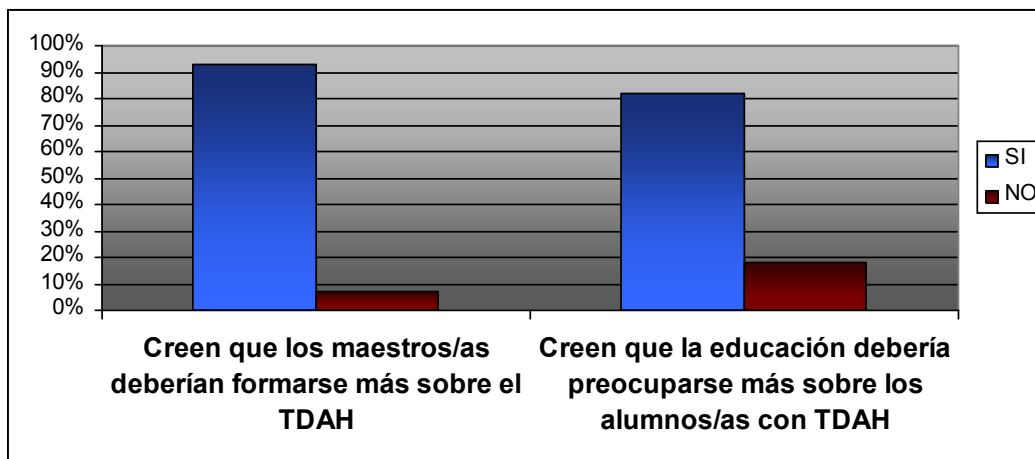


Gráfico 6

Desde el inicio de este trabajo se ha trabajado bajo la teoría de la gran cantidad de niños/as que padecen este déficit y de su continuo crecimiento, pues bien, el *gráfico 7* muestra el alto porcentaje de maestros/as que se han enfrentado alguna vez con algún alumno/a con TDA o TDAH. Concretamente el 82% afirma haber tenido en clase a alumnos con TDA o con TDAH.

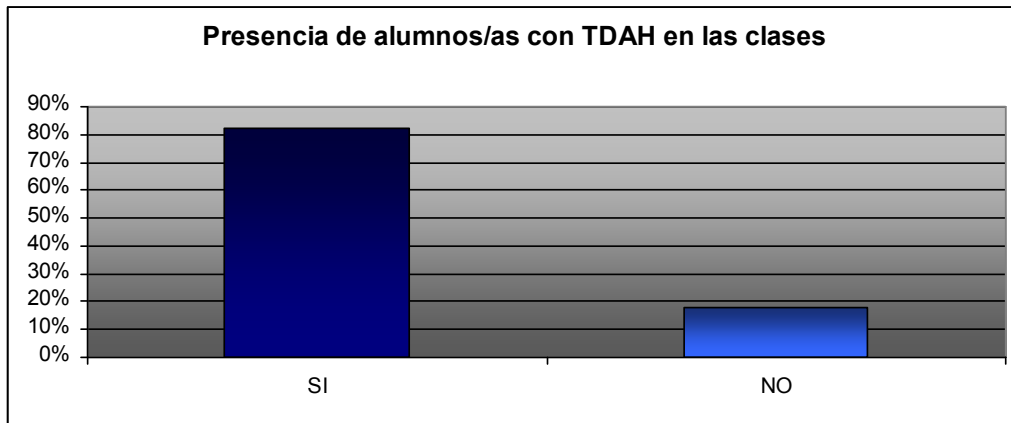


Gráfico 7

También se les ha cuestionado quién se encarga de detectar el trastorno y quien se encarga de hacer un seguimiento. En la mayoría de los casos, han combinado las respuestas, pues se encargaban tanto el tutor como el orientador, por ejemplo. Pero un aspecto a destacar y que se ha podido observar durante la recogida de datos, es que dentro de cada colegio, estas respuestas deberían coincidir, y no ha sido así. Esto denota una falta de organización en la actuación de estos casos, o de un protocolo de intervención, o una personalización de los criterios desde orientación, etc.

Concretamente, la detección del trastorno por parte del orientador alcanza el 74%, reduciendo a un 29% por parte del tutor y a un 33% por el conjunto de profesores. Y en cuanto al seguimiento del tratamiento del trastorno, las cifras son muy parecidas, alcanzando en este caso el 37% referente al tutor, el 77% al orientador y el 33% al conjunto de profesores.

Las diferencias en las respuestas entre maestros/as del mismo colegio, refleja una incertidumbre en la fiabilidad de estos datos, pero en todo caso, puede decirse que el papel del tutor y de los profesores es muy bajo comparado con la gran cantidad de tiempo que los mismos pasan con los alumnos.

SOBRE LOS CUESTIONARIOS REALIZADOS A LAS FAMILIAS

Tal y como indica la teoría, para diagnosticar el TDA o TDAH, los síntomas deben haber aparecido antes de los siete años, por lo tanto se ha escogido esa franja edad para conocer una media de cuándo fue detectado el trastorno a los hijos de las familias participantes. Se ha obtenido como resultados que el 51% de niños/as fueron diagnosticados después de los siete años, frente al 38% que lo fueron antes de los siete y el 11% después de los once años de edad. Estos datos demuestran que normalmente,

este déficit es diagnosticado antes de terminar la educación primaria, con más frecuencia una vez terminada la etapa de educación infantil.

En cuanto al subtipo que tiene más frecuencia, se encuentra el trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado con un 54%, seguido del trastorno con predominio del déficit de atención con un 38%. Por último, con muy poca presencia, se encuentra el trastorno con predominio hiperactivo-impulsivo con un 8% de los casos.

El *gráfico 8* muestra la relación entre los porcentajes de quienes detectaron en primer lugar los síntomas, y se observa que una similitud en porcentajes entre los familiares y el tutor o conjunto de profesores, con un 54% y 46% respectivamente, frente al 0% en el orientador-psicólogo. Ello demuestra que quienes están más al corriente del rendimiento y conducta de los alumnos, son los profesores y no el orientador-psicólogo. Desde aquí puede hacerse alusión a la última parte del análisis de los cuestionarios realizados a los maestros/as (*gráfico 7*), donde se reflejaba un alto porcentaje que hacía recaer la tarea de diagnóstico y seguimiento al orientador del centro, mientras que este gráfico muestra la importancia de los profesores y tutores en la detección de síntomas que ayudan al diagnóstico.

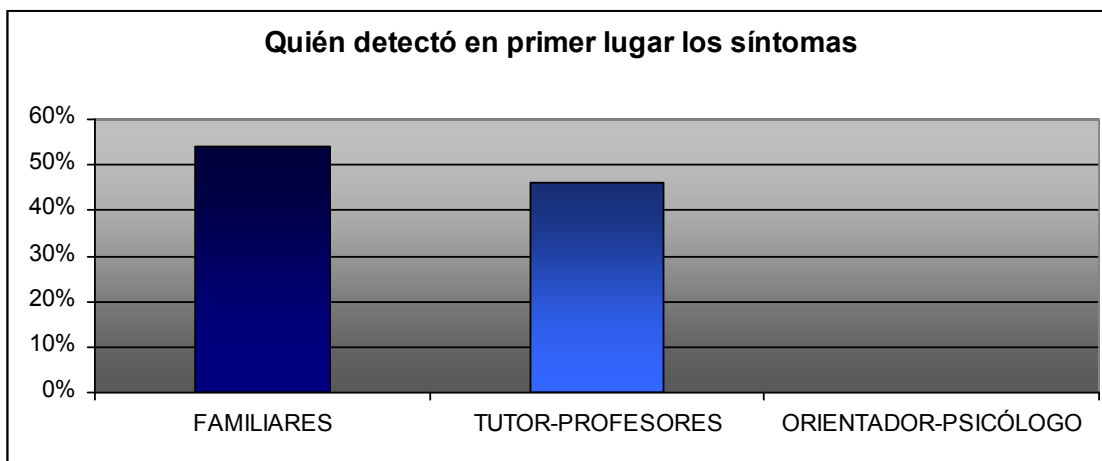


Gráfico 8

El tipo de tratamiento que reciben los hijos/as de los participantes asciende a un 58% los farmacológicos y a un 42% los tratamiento no farmacológicos. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos sobre los subtipos predominantes, puede verse en los datos que la relación entre ambos aspectos, subtipo y tratamiento, es proporcional, ya que en los casos en los que hay problemas de hiperactividad es más habitual que haya fármacos en el tratamiento.

El *gráfico 9* refleja el apoyo que reciben dichos niños/as tanto dentro como fuera del centro educativo. Se percibe que la ayuda recibida dentro del colegio con un 42%, es muy poca comparada con la que se recibe de forma extraescolar, un 93%. Destacando así el 58% de alumnos que no reciben apoyos en su centro educativo.

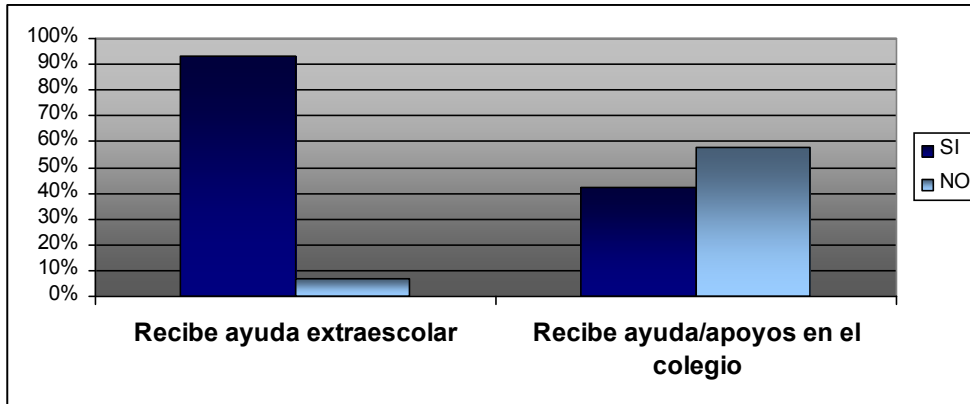


Gráfico 9

El *gráfico 10* representa de quién recibe información la familia acerca del trastorno que padece su hijo/a, y se observa un 0% de información recibida por el colegio, frente a un 100% recibida por la asociación, además de un 38% que afirma obtener información a través de otros medios como Internet, libros, revistas, etc. La asociación colaboradora *Adhi*, fue creada en el año 2008, por lo tanto, estos resultados hacen deducir que hasta esa fecha todas esas familias no recibían ayuda e información de ninguna institución, solo tenían la información que individualmente podían buscar a través de diversa bibliografía. No obstante, estos datos también hacen que merezca ser mencionado el hecho de que las familias participantes están asociadas a dicha asociación, lo que puede ser una de las causas de ese 100% del que se ha hablado anteriormente. Por ello, se necesitarían también familias que no estén asociadas para contrastar estos datos.

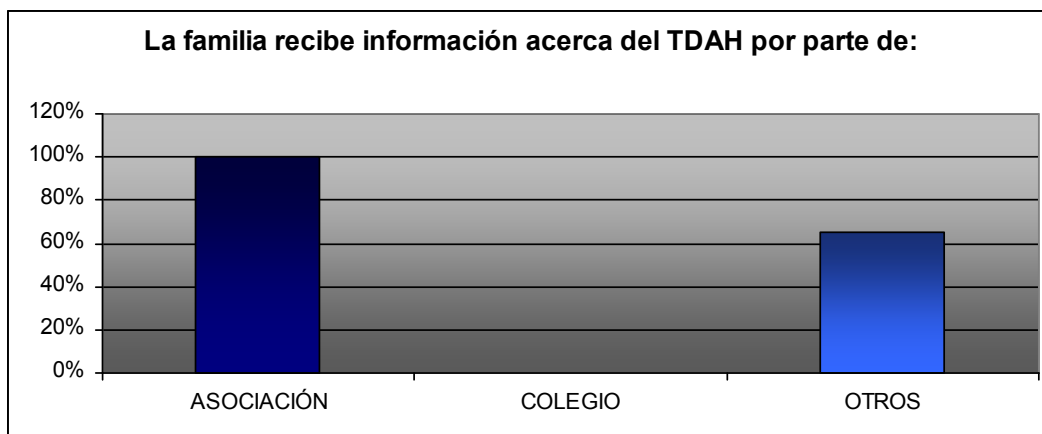


Gráfico 10

Los resultados anteriores están directamente relacionados con los que muestra el *gráfico 11*, que revela un 0% en respuestas positivas hacia si el colegio les ayudó o proporcionó información en el momento del diagnóstico del déficit, frente a un 62% que afirma no haber recibido ayuda y un 38% que dice haberla recibido pero escasamente.

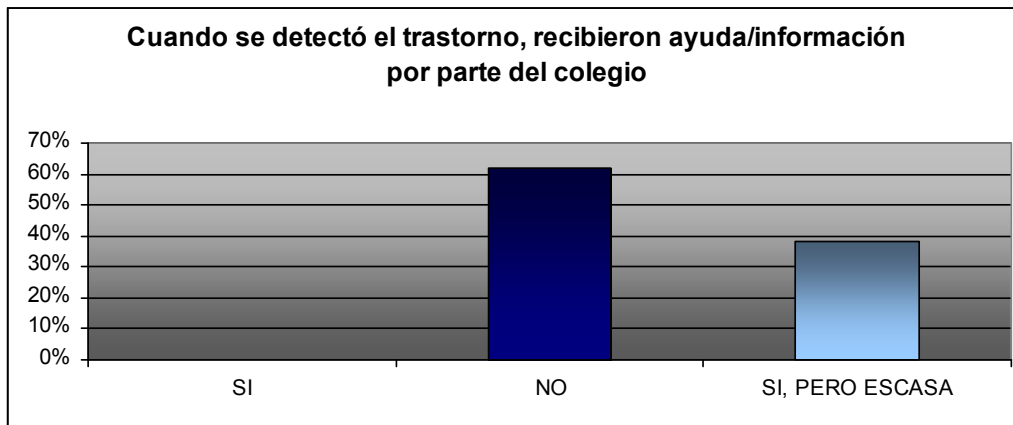


Gráfico 11

El 100% de los padres no han dudado en afirmar que sus colegios no tienen ningún proyecto sobre la atención a este trastorno y que, bajo su opinión, deberían tenerlo.

En cuanto a las limitaciones que las familias afirman tienen sus hijos, las académicas alcanzan un 68%, disminuyendo las limitaciones sociales al 48%. Los participantes que han acompañado su respuesta con comentario, han alegado, que las limitaciones académicas no se deben a falta de capacidad, sino más bien a la metodología usada por el profesorado, poco motivadora y no personalizada.

Como aspecto más necesitado por parte de estos niños/as se encuentra un mejor trato y más formación del profesorado con 100%, además de un 54% que dicen necesitan también de apoyo del profesorado para mejorar la conducta y el rendimiento académico. Este último hecho está relacionado con los datos anteriores, en los que, como se ha comentado, las limitaciones académicas son debidas a una falta de motivación y al tipo de metodología de la que hacen uso los profesores.

A pesar del 48% mencionado anteriormente, relativo a las limitaciones sociales, en el *gráfico 12* se muestra un 0% en cuanto a que una de las necesidades de estos chicos/as no es más comprensión por parte de los compañeros.

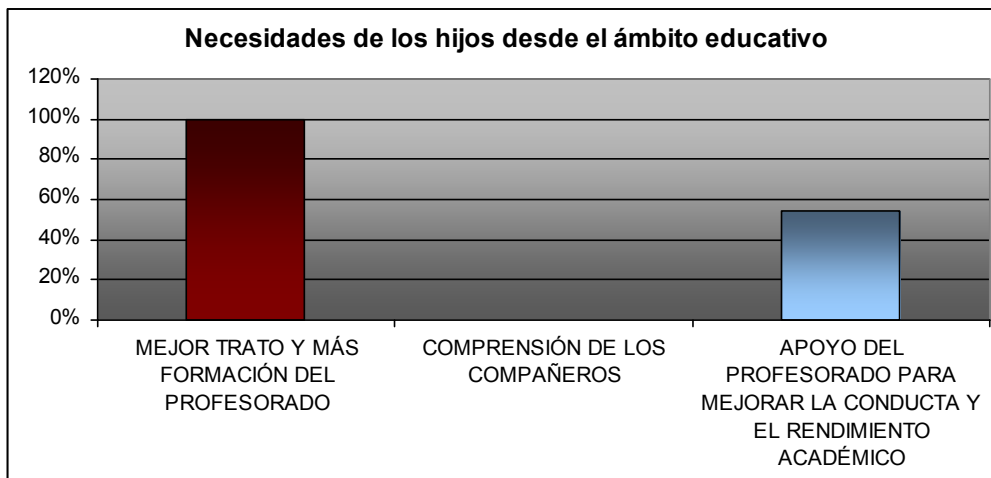


Gráfico 12

De nuevo, se encuentra en el *gráfico 13* un 100%; en este caso todas las familias dicen necesitar mayor atención del tutor y del orientador del centro educativo. También, el 58% manifiesta necesitar formación para un correcto tratamiento desde casa y en un porcentaje menor, también requieren de información sobre el trastorno al resto de familias.

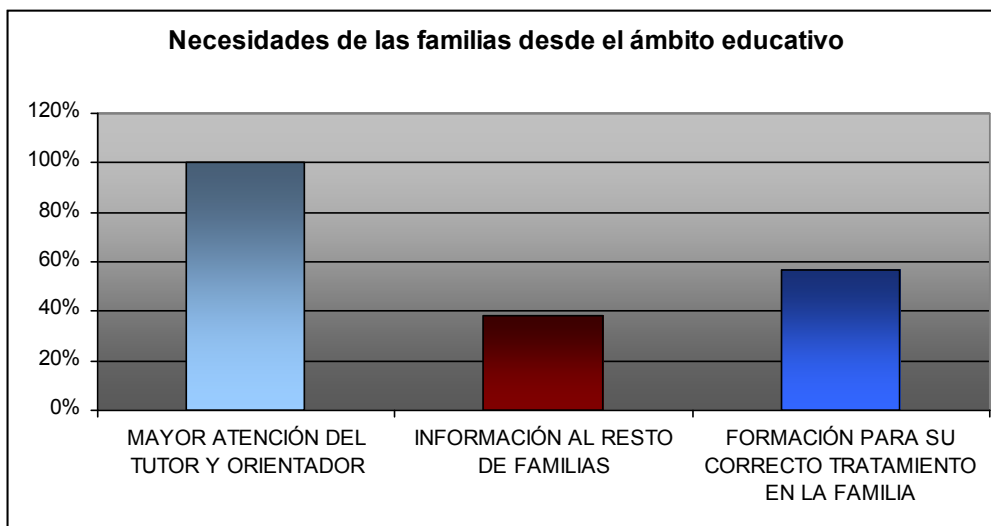


Gráfico 13

Y por último se encuentra el *gráfico 14* que refleja dos opiniones de las familias cuyas respuestas positivas son en ambos casos 0%. La primera de ellas, refiriéndose a la atención que reciben sus hijos/as por parte del colegio, muestra que el 54% piensa que dicha atención no es suficiente y un 46% opina que no es del todo suficiente. Dichas cifras son muy similares a la opinión que tienen con respecto a la formación de los profesores, pues no creen que sea suficiente un 57%, y el 43% opina que no lo es del todo.

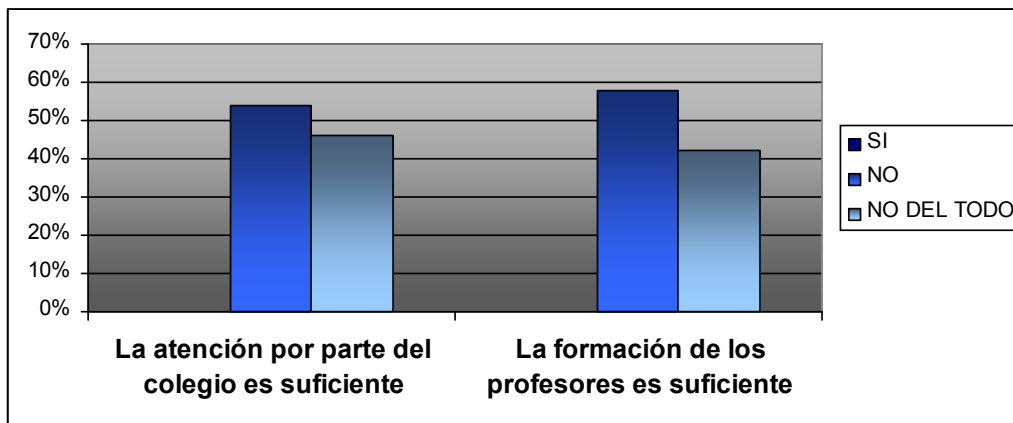


Gráfico 14

Y estos últimos datos, al igual que algunos de los datos anteriores, se reafirman en la última pregunta del cuestionario, en la que el 100% de las familias opina que el profesorado debería formarse más sobre el TDA y TDAH.

Esta última pregunta fue cuestionada también a los maestros, tanto de forma individual (si cada uno de ellos mismos quisieran formarse más), como de forma general (si creían que los profesores deberían formarse más). Los porcentajes positivos a estas preguntas fueron del 85% y el 93% respectivamente. Lo que, comparando estos resultados, hace deducir que ambas partes creen necesaria una mayor formación del personal docente de los centros educativos. A lo que se pueden añadir los resultados obtenidos en cuanto a las necesidades de la familia y del niño/a, en las que, en ambos casos, incluía la formación del profesorado y una mayor atención por su parte.

Estas necesidades, pueden considerarse como evidentes si se tienen en cuenta las altas cifras que demuestra la propia opinión de los maestros sobre sus conocimientos acerca del tema y sus dificultades sin la presencia de un profesional; datos que se han podido observar en los gráficos 4 y 5.

Otra relación que se puede establecer es referente a la conveniencia del colegio de tener o no un proyecto sobre la atención del TDA Y TDAH. Como se ha demostrado, el 100% de las familias opina que su centro educativo debería poseer un proyecto, y a la vez, se ha comentado que las diferencias existentes entre las respuestas de varios maestros/as de un mismo centro relativas a quién realizaba el diagnóstico y el seguimiento en su centro, hacían suponer que faltaba organización en la actuación de estos casos, o de una unificación de criterios desde orientación o de un proyecto concreto. Por lo tanto, esa opinión de las familias, junto con este aspecto que se ha podido observar en la recogida de los datos, hace aumentar la conveniencia de un proyecto sobre el TDA y el TDAH en los centros educativos navarros.

4.4. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS

Teniendo en cuenta los objetivos que se pretendían alcanzar con la realización de ambos cuestionarios, y que están reflejados en el subapartado de técnicas e instrumentos de recogida de datos -dentro del marco metodológico- se ha concluido lo siguiente:

- Con la cantidad ascendente de casos que se encuentran hoy día en las aulas y tras los resultados obtenidos sobre los conocimientos de los maestros/as acerca del TDA y del TDAH, convendría que éstos aumentaran dichos conocimientos, tanto como mejora profesional como para impartir una educación adecuada a estos alumnos/as. Y no solo se trata de teoría, ya que con los datos que ha mostrado el gráfico 7, se puede concluir que la mayoría de maestros/as ha tenido la experiencia de impartir clases a alumnos/as con TDA-H. En cuanto a los aspectos que menos dominan, se encuentran las causas, las consecuencias y la cormobilidad asociadas al TDA-H.

En la confección de los cuestionarios, ha habido un error a la hora escribir las respuestas a una de las preguntas, por lo tanto se ha decidido no contar con los resultados de esta pregunta para el análisis y los resultados finales. Concretamente es la cuestión que pregunta sobre cuáles son los tres subtipos de TDA-H.

- El lugar en el que se encuentran los conocimientos sobre el tratamiento del TDA-H, junto con los bajos niveles sobre las causas, las consecuencias y la cormobilidad, hacen comprensible la necesidad que ellos mismos presentan de formación, pues sin ese conocimiento, los maestros/as encuentran dificultades en el trato y educación de estos alumnos, y de ahí las necesidades de las familias.

Los conocimientos relacionados con el diagnóstico, parecen ser los más dominantes, a pesar de que, una vez se ha diagnosticado, lo más importante para el maestro/a, es cómo se va a comportar ese alumno, porqué y cómo actuar para controlar la situación.

- Este nivel de conocimientos y la necesidad de formación están relacionados con el segundo objetivo, que a pesar de mostrar aproximadamente el 50% de realización de cursos formativos no es suficiente la formación que han recibido, ni fuera del centro, ni dentro, donde alcanza el 63% de maestros que afirman no haber recibido formación por parte del centro. Todo ello exige indicar de nuevo la necesidad de conocimiento y consecuentemente, de formación continua del profesorado.

- Hay una mayoría de centros educativos que no han proporcionado apoyo/información a los maestros cuando han tenido algún alumno diagnosticado con el

déficit, tal y como indica el 64% de los maestros. Ello incrementa aún más la necesidad de formación docente.

- Ha quedado demostrado (gráficos 4 y 5) que los maestros/as saben y reconocen el nivel de conocimientos que tienen sobre este tema y quieren formarse más. Por lo tanto, el paso más difícil ya se ha dado, y es ser conscientes de las necesidades de la sociedad actual y estar dispuesto a afrontarlas de la mejor manera posible.

- Los centros educativos, la educación en general, no prestan suficiente atención a estos alumnos y los maestros/as creen que se deberían tomar ciertas medidas para ayudar a impartir a estos niños/as una educación adecuada a sus características individuales, para lo que una vez más, se insiste en la formación de los profesores.

Se ha concluido que los docentes necesitan de un mayor conocimiento y formación y que ellos mismos lo consideraban necesario, pues bien, las familias lo apoyan completamente, pues también consideran imprescindible esa formación e igualmente una mayor atención por parte del centro, con la elaboración del proyecto ya mencionado.

- Se puede ultimar que los tutores y profesores, no realizan el seguimiento oportuno de estos alumnos, ya que es el orientador del centro, quien en general, se hace cargo de ellos. Son los docentes quienes están en continuo contacto con los alumnos, quienes imparten clase y quienes tratan con ellos, por lo tanto ellos deberían ser quienes pudieran detectar en primer caso un posible trastorno -confirmándolo siempre finalmente el especialista- pero sobre todo, ellos son quienes pueden y deben hacer un seguimiento diario. No pueden considerarse ajenos a esa realidad. Y de ahí, de nuevo, la necesidad de aumentar la formación en el profesorado, para que no se haga recaer toda la responsabilidad en el especialista, y ellos mismos afronten esas dificultades.

- Predominan los diagnósticos realizados después de los siete años de edad y el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo combinado seguido del trastorno con predominio de déficit de atención; habiendo detectado los síntomas en primer lugar tanto los profesores como los familiares, con algo más de predominio éstos últimos. Prevalecen, aunque con poca diferencia, los tratamientos farmacológicos frente a los no farmacológicos. Además, prácticamente todos ellos reciben ayuda extraescolar, siendo la ayuda escolar relativamente menor; lo que tras la reciente aprobación de la Orden Foral 65/2012 que define medidas de respuestas educativas en los centros educativos, se espera que aumente.

- Las limitaciones presentes en el ámbito educativo por parte de los alumnos/as que padecen TDA-H, son tanto sociales como académicas, prevaleciendo en todo caso estas

últimas, no por falta de capacidad sino, tal y como indican las familias, por el uso de una metodología inapropiada.

A pesar de ello, las familias no creen que éstos necesiten de más comprensión de los compañeros y si de mejor trato, y más apoyo y formación del profesorado. Por lo tanto las necesidades actuales de estos alumnos están vinculadas totalmente a los maestros/as.

- Pero las necesidades de las familias van más allá. Creen que no son solo los niños/as con TDA/H quienes necesitan ayuda desde el ámbito educativo, sino que las necesidades de sus padres son también importantes y merecedoras de tener en cuenta. No solo solicitan más atención por parte del tutor de su hijo/a y del orientador del centro, sino también instan de formación para tratar correctamente el trastorno desde casa y, aunque en menor medida, de información al resto de familias.

- Los centros educativos, tal y como opinan la mayoría de las familias, no prestan atención e información a las mismas en el momento de detección del déficit, y en caso de hacerlo, es muy escasa. Conclusión que está directamente relacionada con la de la falta de formación docente y preparación de los centros, pues sin esa formación es muy difícil poder ayudar a las familias. Actualmente, una vez ya diagnosticado el déficit, el colegio tampoco es la institución que presta información a dichas familias. Y no sólo eso, sino que, en opinión de las mismas, la atención que presta el colegio a estos alumnos no es suficiente. Todo ello relacionado a su vez con la falta de un proyecto concreto que, además, todas las familias consideran imprescindible.

No solo exigen las familias y los propios maestros/as una mayor atención y formación docente, sino que con el cumplimiento de la Orden Foral 65/2012, tanto la formación docente como una buena organización escolar respecto al TDA-H, va a ser totalmente necesaria, lo que va a producir un gran beneficio en la calidad de la educación.

Y por último, se puede concluir que esta investigación ha demostrado que, la implantación de una orden foral como la anteriormente mencionada, aprobada el pasado 18 de junio, era definitivamente necesaria. Por lo que puede esperarse, que transcurridos unos pocos años, los resultados mostrados hayan cambiado, demostrando así una buena calidad educativa en los centros educativos navarros.

5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS

5.1. CONCLUSIONES

La amplia variedad de bibliografía y webgrafía consultada ha permitido conceptualizar y analizar los diferentes subtipos de TDA-H existentes, así como describir las manifestaciones conductuales de las personas que padecen TDA-H. Ello ha permitido además, alcanzar los restantes objetivos de este trabajo, llevados a cabo a través del trabajo de campo. Ya que, si no se hubiera hecho previamente ese estudio teórico, no se hubieran podido confeccionar correctamente los cuestionarios ni el posterior análisis de los resultados. Lo que ha hecho concluir que, sin una buena base teórica, la elaboración de un trabajo de campo resulta muy compleja.

Con relación a los objetivos de este trabajo de investigación resumidos en el objetivo general “Establecer y describir las características y la realidad educativa y familiar que concierne a los alumnos con TDA y con TDAH, referente a sus necesidades, identificación y tratamiento educativo”, podemos realizar una serie de conclusiones finales:

1. El TDA-H es un trastorno neurobiológico con un patrón hereditario, pero tratable; y las terapias, la educación y, en ocasiones, la medicación son muy útiles. La intervención más exitosa, es aquella que involucra a la familia, a la escuela y al paciente de forma integrada. Existen tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y de tipo combinado. Los síntomas están presentes las 24 horas del día y en cualquier ámbito, ya sea escolar, familiar o social. Ámbitos que se pueden ver seriamente afectados si no se trata el déficit adecuadamente. Un médico experto es quien lo diagnostica a través de una evaluación clínica, no obstante, los familiares y profesores son quienes detectan primero los síntomas. (Objetivo específico 1)

2. Los niños/as con TDA-H muestran dificultades en la regulación de su comportamiento y en el ajuste a las normas esperadas para su edad en cualquier contexto; por ello tienen dificultades para adaptarse a su entorno social, educativo y familiar. Quienes padecen de inatención, tienen a la dificultad de mantener una atención sostenida, por lo que parecen no escuchar y suelen no terminar las tareas, conversaciones, etc. En cambio quienes padecen de hiperactividad, muestran exceso de actividad motriz y/o cognitiva en diferentes ámbitos, lo que suele acarrear también impulsividad, es decir, impaciencia. (Objetivo específico 2).

3. El nivel de los conocimientos de los maestros/as navarros sobre el TDA-H, no es el suficiente teniendo en cuenta la gran cantidad de casos existentes hoy día en los centros educativos. (Objetivo específico 3)

4. Los conocimientos sobre las causas, las consecuencias y la comorbilidad relativas al TDA-H son los aspectos que menos dominan los docentes; seguido del tratamiento y en última instancia, como el aspecto que mejor dominan de entre los demás, se encuentra el diagnóstico del TDA-H. Por lo que se concluye que las limitaciones y necesidades presentes en los alumnos con TDA-H son causadas por esos bajos niveles de conocimientos. (Objetivo específico 3)

5. Principalmente, las familias precisan de mayor atención por parte del tutor de sus hijos/as y del orientador del centro, además de una formación para que, desde casa, puedan educar de la manera más eficaz a sus hijos/as. Un pequeño sector, dice precisar también de información sobre el TDA-H al resto de familias, lo que hace concluir, que es un trastorno que el entorno de estos niños todavía no conoce con exactitud, habiendo falta de entendimiento, y no siendo así tratados debidamente. (Objetivo específico 4)

6. La necesidad principal de las familias es el aumento del apoyo y la prestación de más información del tutor y orientador, lo que a su vez podría disminuir la necesidad de una formación a las familias para su tratamiento desde el ámbito familiar. (Objetivo específico 4)

7. En los centros educativos, los alumnos/as que padecen TDA-H, necesitan principalmente de mejor trato por parte de sus profesores y que éstos dispongan de más formación acerca del déficit que padecen, de sus características y de qué metodología es la más apropiada y qué intervenciones educativas han de llevar a cabo. Además, en ocasiones, también precisan de mayor apoyo de los profesores para conseguir mejorar su conducta y su rendimiento académico. No obstante, indicar que no se pretende abarcar un estudio profundo sobre sus necesidades, solo un acercamiento. (Objetivo específico 5)

8. Las opiniones de las familias respecto a la atención que sus hijos/as reciben desde el ámbito educativo, coinciden con los resultados que se han obtenido referentes a los conocimientos de los docentes y su formación sobre el TDA-H, y la atención que presta del centro. Ya que éstas afirman que los profesores de sus centros educativos necesitan más formación acerca del TDA-H, pues la que tienen, no es suficiente para atender adecuadamente sus hijos/as; al igual que creen necesario que los centros dispongan de un proyecto que regule ese tratamiento educativo. Esto último coincide también con la opinión de los maestros del deber de la educación de prestar una mayor preocupación y atención a estos alumnos/as. (Objetivos específico 3,4 y 5)

5.2. PROSPECTIVAS

Con la elaboración de esta investigación, del análisis de los resultados, y tras el establecimiento de las diversas conclusiones, se pueden considerar las siguientes prospectivas:

- Teniendo en cuenta la parte social que estaba prevista para este trabajo, pero que finalmente no se pudo llevar a cabo, la primera prospectiva sería llevar a cabo su realización para complementar esta investigación, y conocer así, no solo la realidad educativa y familiar que rodea a los niños/as con TDA-H, sino también la realidad social.

- Examinados los resultados dados, sería recomendable realizar un trabajo de campo sobre los conocimientos de los maestros/as, con un cuestionario más exhaustivo dedicado únicamente a los conocimientos de los diferentes y variados aspectos relativos al TDA-H.

Quizás hasta ahora hayan sido varios factores los que hayan impedido la formación y apoyo a este sector educativo, como pueden ser desconocimiento, falta de dominio, falta de recursos económicos, etc.; pero ahora, con la nueva Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, del Consejero de Educación, que establece diferentes medidas para mejorar ese apoyo educativo, los centros, además de estar obligados a ello, tienen también una guía inicial a través de la cual emprender esa mejora, e iniciar procesos formativos y organizativos de atención a los alumnos/as con TDA-H. Por eso, para comprobar los cambios, sería conveniente realizar esta nueva investigación una vez pasados al menos dos cursos tras el establecimiento de esta Orden Foral. Aunque sería favorable y más riguroso, dividirlo en dos investigaciones. Una, ya nombrada, sobre los conocimientos teóricos y prácticos de los docentes, y otra sobre las propias experiencias, opiniones y actuaciones de sus centros.

Esta vez solo han participado maestros, no obstante sería muy beneficiosa la participación, a través del planteamiento de diferentes cuestionarios, tanto del orientador/a del centro, como de la dirección del centro. Así podrían contrastarse ambas experiencias, conocimientos y ambas opiniones relativas tanto a los conocimientos como al cumplimiento de la Orden Foral 65/2012. (Conclusiones 3, 4 y 8)

- Sería favorable que en cada colegio se realizaran también este tipo de investigaciones, para así, conocer las necesidades de sus propios alumnos/as y de sus propias familias, conociendo sus opiniones acerca del trato que se les da por parte de toda la comunidad educativa. De ahí se podría derivar también un cuestionario destinado

al resto de familias, para conocer sus conocimientos y opiniones sobre estos alumnos. Así, en función de los resultados, se vería o no, la necesidad de informar a ambos. (Conclusiones 5, 6 y 7)

- Igualmente, podría realizarse un estudio profundo sobre las limitaciones y necesidades de los alumnos/as con TDA-H en los centros navarros, según el subtipo de trastorno que padezcan, ya que en esta ocasión solo se ha pretendido realizar una aproximación, y sería muy beneficioso, puesto que pueden variar según tengan el subtipo que padezcan. (Conclusión 7 y 2)

- Realizar un cuestionario destinado a familias con hijos/as que padezcan TDA-H pero que no estén asociadas, podría reflejar diferentes resultados, vista la atención que reciben quienes están asociados a la institución colaboradora. (Conclusión 5, 6 y 8)

La realización del estudio teórico previo y del trabajo de campo ha permitido, a través del análisis de los resultados y las conclusiones extraídas de éste último, dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente sobre la realidad educativa y social de los alumnos/as con TDA-H. Asimismo, ha permitido enfocar futuras líneas de investigación que pueden acercarnos aún más a la realidad estos niños/as.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación malagueña de adultos y niños con déficit de atención e hiperactividad:
<http://www.amanda.org/>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier/Masson
- BARKLEY, R. (1997). *Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing an unified theory of ADHD*. *Psychological Bulletin*: 121:65-94.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. & RAMOS, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II* McGrawHill.
- Boletín Oficial de Navarra: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/2012/
- Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel: http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=25
- BROWN, T.E. (2007). *Trastorno por déficit de atención: una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier/Masson
- Federación española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002): <http://www.feaadah.org/>
- Portal de Navarra: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/El+departamento/Oficina+Atencion+a+la+Inmigracion/
- MIRSKY, A.F. (1996). *Disorders of Attention: A neuropsychological markers of disordered attention: a neuropsychological perspectiva: Attention, memory, and executive function*. Baltimore: Lyon RG, Krasnegor NA
- Organización mundial de la salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Méditor.
- Revista Psicothema (1989). Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias:
<http://www.psicothema.com>
- SOUTULLO ESPERÓN, C. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): qué es y síntomas*. Recuperado de <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/psiquiatricas/trastorno-deficit-atencion-hiperactividad-tdah-scripcion-diagnostico>.

7. BIBLIOGRAFÍA

- AMADOR-CAMPOS, J.A., SANTACANA, M.F. & GONZÁLEZ-CALDERÓN, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis, S.L.
- Asociación Navarra para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad (1998): <http://www.adhi.asociacionespamplona.es>
- Asociación TDAH Sarasate (2008): <http://www.tdahsarasate.com>
- BENITO-MORAGA, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores S.L.
- Centro nacional de recursos sobre el TDAH (2002): <http://www.help4adhd.org/>
- Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (F.E.A.A.D.A.H.) (2010). *Guía de Actuación en la Escuela ante el alumno con TDAH*. Madrid: Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Fundació Sant Joan de Déu (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- GARRIDO-LANDIVAR, E. (2009). *Manual de protocolos clínicos para el diagnóstico y el seguimiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*.
- QUINTERO-GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, F.J., CORREAS-LAUFFER, J. & QUINTERO-LUMBREERAS, F.J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida (3ª ed)*. Barcelona: Elsevier/Masson.
- MIRANDA-CASAS, A., GARCÍA-CASTELLAR, R., MELIÁ-DE ALBA, A. & MARCO-TAVERNER, R. (2004). *Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica*. Rev Neurol.
- PAPAZIAN, O., ALFONSO, I. & LUZONDO, R.J. (2006). *Simposio de los trastornos de las funciones ejecutivas*. Rev. Neurol; 42 (Supl 3): S45-S50
- SAN SEBASTIÁN-CABASES, J. & QUINTERO-GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, F.J. (2005). *Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Rev Esp Pediatr.
- SPITZER, R.L., GIBON, M., SKOODOL, A.E., WILLIAMS, J. y FIRST, M.B. (2002). *Libro de casos del DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier/Masson.

8. ANEXOS

ANEXO I

Cuestionarios para los maestros/as	52
Cuestionarios para las familias	58

ANEXO II

Tablas con los resultados de los cuestionarios de los maestros/as	62
Tablas con los resultados de los cuestionarios de las familias	65

ANEXO II

CUESTIONARIO SOBRE EL TDA Y TDAH PARA MAESTROS/AS DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Datos de identificación

Edad: Género: Experiencia:

Estudios:

.....

Presentación

El cuestionario presente a continuación forma parte de un estudio investigativo, es anónimo y se asegura su confidencialidad.

Con su realización, está contribuyendo a un proyecto de investigación llamado *“Acercamiento a la realidad educativa y familiar que rodea a los niños/as con TDA y TDA-H en la Comunidad Foral de Navarra.”*

Uno de los objetivos de esta investigación, y la razón de este cuestionario es: *“Determinar el nivel de conocimientos de maestros/as navarros acerca del TDA y del TDA-H, de su detección y tratamiento desde el ámbito escolar, así como su opinión sobre la atención que se le brinda desde el ámbito educativo”.*

El cuestionario consta de 32 preguntas, las 20 primeras preguntas son sobre conocimientos del TDA-H y 12 siguientes sobre su experiencia, el tratamiento a dichos trastornos en su colegio y sus opiniones al respecto.

Normas de cumplimentación

- Utilice, a ser posible, bolígrafo de color azul.
- Para responder a las cuestiones planteadas, marque una sola respuesta por pregunta rodeando la letra correspondiente. En cada pregunta dispondrá de un espacio en blanco en el caso de querer anotar alguna opinión que acompañe a su respuesta.
- Cumplimente el cuestionario con letra legible o en mayúsculas.
- A ser posible, intente razonar la respuesta, en el espacio en blanco, en caso ésta sea negativa.
- Por favor, conteste con total sinceridad. Si realmente no sabe la respuesta correcta, marque la respuesta correspondiente (NS).

Conocimientos sobre el TDA-H

Conteste verdadero (V), falso (F) o “no lo sé” (NS). Recuerde que tiene la opción de acompañar su respuesta con un comentario si así lo desea.

1. Clínicamente, el TDA-H está considerado como trastorno mental.

V F NS

2. El rendimiento en clase de un niño/a que padece TDA-H, es menor de lo esperado con respecto a su capacidad intelectual.

V F NS.....

3. Una de las causas del TDA-H son los problemas ambientales que se dan en su entorno más cercano.

V F NS.....

4. Una de las causas del TDA-H, en un bajo porcentaje (25%), es la genética.

V F NS.....

5. El TDA-H es un trastorno neurobiológico provocado por un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina.

V F NS.....

6. El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de impulsividad.

V F NS.....

7. Para ser diagnosticado, es suficiente con que los síntomas estén presentes en el ámbito educativo de manera continuada.

V F NS.....

8. El TDA-H también puede ser detectado con una serie de pruebas de laboratorio.

V **F** **NS**.....

9. En cualquier tipo de tratamiento para el TDA-H, deberá estar presente la psicoeducación a padres y profesores.

V **F** **NS**.....

10. Siempre es necesario el uso de algún medicamento en el tratamiento del TDA-H.

V **F** **NS**.....

Elija una sola respuesta. Recuerde que tiene la opción de acompañar su respuesta con un comentario si así lo desea.

11. Actualmente, el TDA-H afecta más o menos a entre un:

- a) 1-3% de alumnos en edad escolar.
- b) 3%-7% de alumnos en edad escolar.
- c) 11%-15% de alumnos en edad escolar.
- d) No lo sé.

12. Para ser diagnosticado, los síntomas deben haber aparecido antes de los:

- a) 4 años.
- b) 7 años.
- c) 10 años.
- d) No lo sé.

13. Con la edad, suele disminuir:

- a) La hiperactividad
- b) La impulsividad
- c) Ninguna es correcta.
- d) No lo sé.

14. La psicoterapia como tratamiento no farmacológico, deberá ser intensa:
- a) *En todos los casos*
 - b) *Cuando el diagnóstico del TDA-H sea tardío.*
 - c) *Cuando el TDA-H se diagnostique en pacientes de muy corta edad*
 - d) *No lo sé.*
15. Cuando existen trastornos comórbidos al TDA-H, es decir, la aparición de otros trastornos asociados, es más recomendable el tratamiento farmacológico con:
- a) *Psicoestimulantes*
 - b) *No psicoestimulantes*
 - c) *Antidepresivos*
 - d) *No lo sé.*
16. ¿Qué factores no son suficientes para que surja el trastorno, pero influyen en su gravedad, su pronóstico, y en la aparición de trastornos comórbidos?
- a) *Factores genéticos*
 - b) *Factores ambientales*
 - c) *Ninguno es correcto*
 - d) *No lo sé.*
17. ¿Cuáles son los subtipos de este déficit en función de los síntomas predominantes?
- a) *Con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-compulsivo*
 - b) *Con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-compulsivo y de tipo combinado.*
 - c) *Con predominio hiperactivo, con predominio del déficit de atención y de tipo combinado.*
 - d) *No lo sé.*
18. ¿Quién se encarga del diagnóstico y tratamiento del TDA-H?
- a) *Especialista médico*
 - b) *Orientador/Psicólogo del centro educativo*
 - c) *Familia junto con el personal del centro educativo*
 - d) *No lo sé.*

19. Existen otros trastornos que pueden ir asociados al TDA-H (trastornos comórbidos). De los que encuentra a continuación, ¿cuáles pueden ser trastornos comórbidos al TDA-H?

a) *Trastorno de labilidad emocional orgánico, trastorno dependiente de la personalidad.*

b) *Trastorno de ansiedad, trastorno del sueño y trastorno Guilles de Tourette*

c) *Ninguna de las anteriores es correcta*

d) *No lo sé.*

20. ¿Hasta cuando pueden durar los síntomas del TDA-H?

a) *Si su detección ha sido precoz y se ha tratado correctamente desde la infancia, puede extinguirse en la edad adulta, más o menos, a partir de los 45 años.*

b) *Siempre*

c) *Dependiendo del subtipo de TDA-H que padezca. El subtipo con predominio de inatención puede llegar a extinguirse, con un adecuado tratamiento, en la edad adulta.*

d) *No lo sé.*

Opiniones, formación y experiencia personal acerca del TDA-H

21. ¿Ha recibido formación por parte del centro? En caso afirmativo, añada una pequeña explicación.

Sí **No**

22. ¿Ha realizado algún curso formativo sobre el TDA-H? ¿De cuánta duración?

Sí **No** **Duración:** horas

23. En la actualidad ¿cree que sus conocimientos son suficientes para un correcto enfrentamiento del problema en el aula?

Sí **No**

24. ¿Le gustaría formarse más en este tema?

Sí **No**

CUESTIONARIO PARA FAMILIAS CON HIJOS/AS QUE PADEZCAN TDA O TDAH

Datos de identificación

ESTUDIOS/PROFESIÓN	Madre
	Padre
Nº DE HIJOS/AS Y EDAD	Con TDA-H
	Sin TDA-H
ANTECEDENTES GENÉTICOS	
LOCALIDAD	

Presentación

El cuestionario presente a continuación forma parte de un estudio investigativo, es anónimo y se asegura su confidencialidad.

Con su realización, está contribuyendo a un proyecto de investigación llamado *“Acercamiento a la realidad educativa y familiar que rodea a los niños/as con TDA y TDA-H en la Comunidad Foral de Navarra.”*

Uno de los objetivos de esa investigación, y la razón de este cuestionario es: “Conocer las necesidades de las familias con hijos/as que padezcan TDA o TDAH y sus opiniones sobre la atención que se les brinda desde el ámbito educativo”

Normas de cumplimentación

- Seleccione la letra o las letras elegidas y colóquelas de color azul claro.
- Cuando necesita escribir, hágalo en el espacio señalado para ello, solo tendrá que eliminar la fila de puntos y escribir.
- Escriba a ser posible con el siguiente formato de letra: Arial, 12, en minúscula y de color azul claro (sin cursiva ni negrita). Si desea resaltar alguna palabra o alguna frase, hágalo mediante el subrayado.

Relación de preguntas

1. **¿A qué edad fue diagnosticado el déficit a su/s hijos/as?**
 - a) *Antes de los 7 años*
 - b) *Después de los 7 años*
 - c) *Después de los 11 años*

2. **¿Qué subtipo del trastorno por déficit de atención le fue diagnosticado?**
 - a) *Con predominio del déficit de atención*
 - b) *Con predominio de hiperactividad-compulsividad*
 - c) *Tipo combinado*

3. **¿Quién detectó en primer lugar los síntomas?**
 - a) *El tutor y/o demás profesores*
 - b) *Los familiares*
 - c) *El orientados/psicólogo del centro educativo*

4. **En ese momento, ¿recibieron ayuda/información por parte del colegio?**
 - a) *Sí*
 - b) *No*
 - c) *Sí, pero muy escasa*

5. **Actualmente, ¿recibe su hijo/a algún tratamiento médico?**
 - a) *Sí, farmacológico*
 - b) *Sí, no farmacológico:*
 - c) *No*

6. **Su hijo/a recibe ayuda/apoyo en la escuela ¿Qué clase de ayuda? ¿Cuántas horas semanales?**
 - a) *Sí* *Horas semanales:*
 - b) *No* *Clase de ayuda:*

- 7. ¿De quién reciben información acerca del TDA-H?**
- a) *Del colegio*
 - b) *De la asociación*
 - c) *De otros medios:*
- 8. ¿Su colegio tiene un proyecto para la atención de niños con estos déficits?**
- a) *Sí*
 - b) *No, pero tampoco lo creo necesario.*
 - c) *No, y creo que debería tenerlo.*
- 9. ¿Su hijo/a recibe algún tipo de ayuda extraescolar como por ejemplo, un entrenador cognitivo?**
- a) *Sí:*
 - b) *No*
- 10. ¿Qué limitaciones tiene su hijo en el colegio?**
- a) *Limitaciones académicas:*
 - b) *Limitaciones en las relaciones sociales*
 - c) *Otras limitaciones:*
- 11. ¿Qué necesidades tiene su hijo/a desde el ámbito educativo?**
- a) *Mejor trato y más formación del profesorado*
 - b) *Más comprensión por parte de los compañeros*
 - c) *Apoyo del profesorado para mejorar la conducta y el rendimiento académico*
- 12. ¿Qué necesidades tienen ustedes como familia desde el ámbito educativo?**
- a) *Formación para un correcto tratamiento en la familia*
 - b) *Mayor atención por parte del orientador y del tutor*
 - c) *Información sobre el TDA-H al resto de familias*

13. En general, ¿creen que su hijo/a recibe suficiente atención y de calidad desde el colegio?

- a) *Sí*
- b) *No*
- c) *No del todo*

14. ¿Creen que la formación de los profesores de su hijo/a con respecto al TDA-H es suficiente?

- a) *Sí*
- b) *No*
- c) *No del todo*

15. ¿Creen que el profesorado se debería formar más?

- a) *Sí, se debería formar más*
- b) *No, es tarea del orientador/psicólogo del centro*
- c) *No es necesario, creemos que con los especialistas externos al colegio es suficiente.*

*** A continuación, puede añadir cualquier otra anotación que crea conveniente añadir a esta investigación y que no ha sido preguntada en este cuestionario.**

ANEXO II

PREGUNTAS REALIZADAS A LOS MAESTROS/AS	RESULTADOS		
	CORRECTAS	INCORRECTAS	NO LO SE
Una de las causas del TDA-H son los problemas ambientales que se dan en su entorno más cercano.	58%	33%	9%
Una de las causas del TDA-H, en un bajo porcentaje (25%), es la genética.	19%	62%	19%
El TDA-H es un trastorno neurobiológico provocado por un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina.	40%	22%	38%
¿Qué factores no son suficientes para que surja el trastorno, pero influyen en su gravedad, su pronóstico, y en la aparición de trastornos comórbidos?	40%	31%	29%
TOTAL: <u>Conocimientos de las causas del TDA-H</u>	40%	37%	23%
Clínicamente, el TDA-H está considerado como trastorno mental.	74%	15%	11%
Para ser diagnosticado, es suficiente con que los síntomas estén presentes en el ámbito educativo de manera continuada.	73%	18%	9%
El TDA-H también puede ser detectado con una serie de pruebas de laboratorio.	61%	12%	27%
El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de impulsividad.	83%	6%	11%
Para ser diagnosticado, los síntomas deben haber aparecido antes de los:	54%	10%	36%
¿Quién se encarga del diagnóstico y tratamiento del TDA-H?	67%	26%	14%
¿Cuáles son los subtipos de este déficit en función de los síntomas			

predominantes?			
TOTAL: <u>Conocimientos sobre el diagnóstico del TDA-H</u>	69%	13%	18%
En cualquier tipo de tratamiento para el TDA-H, deberá estar presente la psicoeducación a padres y profesores.	86%	7%	7%
Siempre es necesario el uso de algún medicamento en el tratamiento del TDA-H.	78%	12%	10%
La psicoterapia como tratamiento no farmacológico, deberá ser especialmente intensa:	0%	71%	29%
TOTAL: <u>Conocimientos sobre el tratamiento del TDA-H</u>	54%	30%	16%
El rendimiento en clase de un niño/a que padece TDA-H, es menor de lo esperado con respecto a su capacidad intelectual.	55%	34%	11%
Con la edad, suele disminuir:	20%	11%	69%
Actualmente, el TDA-H afecta más o menos a entre un:	50%	27%	23%
¿Hasta cuando pueden durar los síntomas del TDA-H?	45%	27%	20%
Existen otros trastornos que pueden ir asociados al TDA-H (trastornos comórbidos). De los que encuentra a continuación, ¿cuáles pueden ser trastornos comórbidos al TDA-H?	33%	21%	46%
Cuando existen trastornos comórbidos al TDA-H, es decir, la aparición de otros trastornos asociados, es más recomendable el tratamiento farmacológico con:	8%	27%	65%
TOTAL: <u>Conocimientos sobre las consecuencias y comorbilidad del TDA-H</u>	35%	24%	41%
TOTAL: <u>Conocimientos generales sobre el TDAH</u>	49%	25%	26%

	SI	NO	NO LO SE
¿Ha recibido formación por parte del centro?	37%	63%	
¿De cuánta duración?	75% Charlas	14% Entre 20 y 50 horas	6% Mas de 100 horas
¿Ha realizado algún curso formativo sobre el TDA-H?	44%	56%	
¿En alguna ocasión ha tenido en su clase algún niño/a con TDA o TDAH?	82%	18%	
¿Recibiste algún tipo de apoyo por parte del centro en ese momento?	36%	64%	
¿Cree suficiente la atención que se dedica actualmente a los niños/as con TDA-H en su centro educativo?	26%	56%	18%
En la actualidad ¿cree que sus conocimientos son suficientes para un correcto enfrentamiento del problema en el aula?	26%	74%	
¿Le gustaría formarse más en este tema?	85%	15%	
¿Cree que sería capaz de detectarlo correctamente sin la ayuda de un profesional?	11%	74%	15%
¿Cree necesario que los maestros/as se formen en este tema?	93%	7%	
¿Cree que la educación, desde el ámbito educativo, debería preocuparse más por estos niños/as?	82%	18%	
	TUTOR	ORIENTADOR	PROFESORES
En su centro, ¿quién se encarga de detectar el TDA-H?	29%	74%	33%
En su centro, ¿quién se encarga de hacerle un seguimiento?	37%	77%	33%

PREGUNTAS REALIZADAS A LAS FAMILIAS	RESULTADOS		
	Antes de los 7	Después de los 7	Después de los 11
¿A qué edad fue diagnosticado el déficit a su/s hijos/as?	38%	51%	11%
	Familiares	Profesores	Orientador
¿Quién detectó en primer lugar los síntomas?	54%	46%	0%
	Atención	Hiperactividad	Combinado
¿Qué subtipo del trastorno por déficit de atención le fue diagnosticado?	38%	8%	54%
	Sí, farmacológico	Sí, no farmacológico	No
Actualmente, ¿recibe su hijo/a algún tratamiento médico?	58%	42%	0%
	Sí	No	
¿Su hijo/a recibe algún tipo de ayuda extraescolar como por ejemplo, un entrenador cognitivo?	93%	7%	
¿Su hijo/a recibe ayuda/apoyo en la escuela?	42%	58%	
	Sí	No	Sí, pero escasa
En el momento de la detección y diagnóstico, ¿recibieron ayuda/información por parte del colegio?	0%	62%	38%

	Asociación	Colegio	Otros
¿De quién reciben información acerca del TDA-H?	100%	0%	38%
	Sí	No	No, y debería tenerlo
¿Su colegio tiene un proyecto para la atención de niños con estos déficits?	0%	0%	100%
	Académicas	Relaciones sociales	Otras
¿Qué limitaciones tiene su hijo en el colegio?	68%	46%	0%
	Mejor trato y más formación del profesorado	Apoyo del profesorado para mejorar la conducta y rendimiento	Más comprensión por parte de los compañeros
¿Qué necesidades tiene su hijo/a desde el ámbito educativo?	100%	54%	0%
	Formación para un correcto tratamiento en la familia	Mayor atención del tutor y el orientador	Información al resto de familias
¿Qué necesidades tienen ustedes como familia desde el ámbito educativo?	58%	100%	39%
	Sí	No	No del todo
En general, ¿creen que su hijo/a recibe suficiente atención y de calidad desde el	0%	54%	46%

colegio?			
¿Creen que la formación de los profesores de su hijo/a con respecto al TDA-H es suficiente?	0%	57%	43%
¿Creen que el profesorado se debería formar más?	100%	0%	