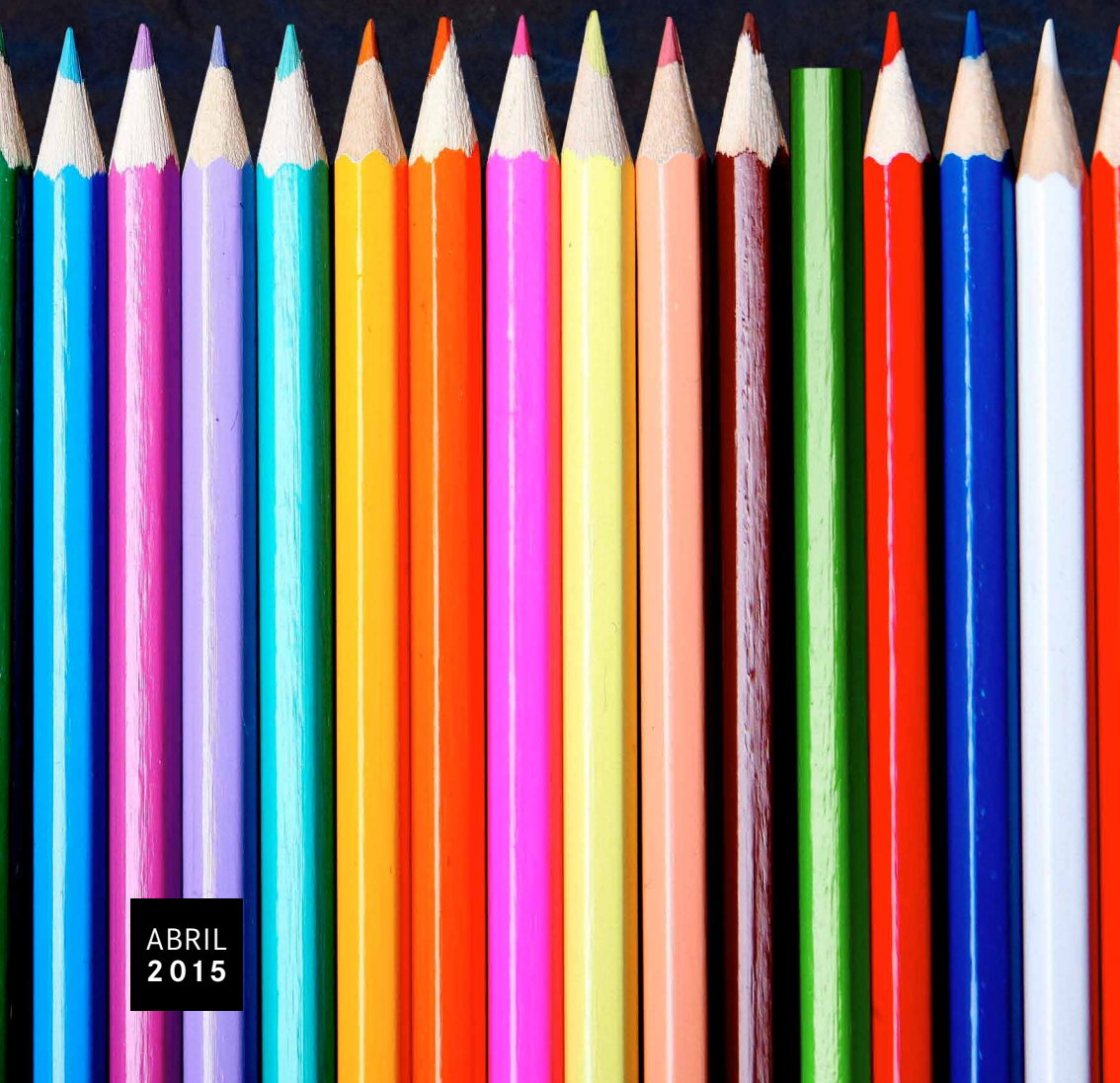


EL TDAH

Informe del Consejo Escolar de Navarra

A row of approximately 18 sharpened pencils of various colors (blue, pink, purple, teal, yellow, orange, magenta, light yellow, peach, brown, green, red, dark blue, white, and orange) standing vertically against a dark, textured background. The pencils are arranged in a slightly staggered manner, with their tips pointing upwards.

ABRIL
2015

EL TDAH

Informe del Consejo Escolar de Navarra

Pedro González Felipe
Presidente del Consejo Escolar de Navarra

Ángel Sanz Moreno
Jefe de la Sección de Evaluación,
Servicio de Inspección Educativa. Gobierno de Navarra

Raquel Artuch Garde
Universidad de Navarra

Isabel Aracama Cobos
Centro de Recursos Educación Especial. Gobierno de Navarra

Asociaciones TDAH de Navarra

Colegio Santa María la Real-Maristas

Ángel Pascual Asura
Análisis Estadísticos

ISBN: DL NA 1662-2000

ÍNDICE

1. Presentación/

Pedro González Felipe

2. El TDAH: Una aproximación conceptual/

Isabel Aracama Cobos

- 2.1. ¿Qué es el TDAH?
- 2.2. Detección y diagnóstico
- 2.3. Tratamiento
- 2.4. Intervención escolar
- 2.5. El TDAH en Navarra

3. El TDAH en centros educativos de Navarra: Un análisis estadístico/

Ángel Sanz Moreno

- 3.1. Amplitud del fenómeno
- 3.2. Diagnóstico del TDAH en Navarra
- 3.3. Incidencia en las diferentes etapas educativas
- 3.4. Incidencia por sexos
- 3.5. Incidencia según el ISEC del centro
- 3.6. Incidencia según tipología de centro
- 3.7. Tamaño de centro y TDAH
- 3.8. Evolución
- 3.9. Proyección de datos hacia el futuro

4. El TDAH en el ámbito familiar: Una visión empírica/

Raquel Artuch Garde

- 4.1. Descripción del estudio
- 4.2. Datos sobre la evolución del alumnado
- 4.3. Datos sobre la evolución de las familias

5. El TDAH: Cuatro experiencias de intervención

- 5.1. Reeducación psicopedagógica (Asociación Sarasate)
- 5.2. Modificación de conducta desde una perspectiva reforzadora y ecológica (Asociación ANDHAR)
- 5.3. Programa RETO (Asociación ADHI)
- 5.4. Intervención escolar para alumnado con TDAH o trastornos de aprendizaje (Colegio Santa María la Real-Maristas)

6. Conclusiones

7. Bibliografía

8. Anexos

- Anexo I.- Análisis de variables TDAH en Navarra
- Anexo II.- Cuestionario TDAH para familias
- Anexo III.- Tablas y gráficos del estudio de familias.

1. Presentación/ Pedro González Felipe

Una de las características fundamentales de una escuela que está al servicio de su entorno social debe ser la capacidad para responder a las necesidades de ese entorno y por tanto de las personas que lo componen. En los últimos años la escuela se está teniendo que enfrentar a nuevos retos derivados de profundos cambios sociales, de avances en los conocimientos, e incluso de nuevas formas de relación entre las personas.

La emergencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, conocido por las siglas TDAH, como un elemento de primer orden que reclama de los sistemas educativos una adecuada respuesta, es uno de esos retos a los que la escuela debe hacer frente.

Esta tarea no está siendo fácil por dos razones fundamentales, la primera porque el TDAH afecta a campos muy diversos y con dificultades de coordinación entre sí, tales como la familia, la escuela y los sistemas sanitarios; y en segundo lugar porque lo virulento de su irrupción, la proliferación de casos tan importante en los últimos años, ha supuesto un problema a la hora de planificar la manera más correcta de afrontarlo.

Esta claro por tanto que el TDAH es un reto que presenta tres frentes diferentes de acción a la hora de poder afrontarlo con garantías: la familia, la escuela y los sistemas sanitarios. Tres áreas de afrontamiento de un mismo trastorno que a veces no han estado coordinadas en la respuesta.

Esta tarea no es sencilla por las siguientes razones: el elevado número de

diagnósticos en los últimos años, las repercusiones que el TDAH puede tener en la esfera escolar, personal y social de una persona, y la necesidad de coordinación de los diferentes sistemas, el sanitario, el escolar y el familiar para atender adecuadamente las necesidades que pueda presentar este alumnado.

En lo que se refiere a las familias sus esfuerzos han estado dirigidos en demandar a los sistemas sanitarios la conceptualización, definición y diagnóstico de la enfermedad, y a la escuela un tratamiento diferenciado de sus hijos.

Esta demanda ha sido respondida desde los sistemas sanitarios a través de sus unidades de salud mental infanto-juveniles que han encontrado en los sistemas internacionales de diagnóstico, CIE 10 y DSM V, y en las cada vez más frecuentes líneas de trabajo e investigación sobre el tema, tanto la base para los cada vez más frecuentes diagnósticos, como la justificación contraria que trata de demostrar que el fenómeno TDAH es un ente sin justificación clínica.

En cuanto a los sistemas educativos, es evidente que se han visto desbordados por las demandas de las familias y la repercusión social del trastorno. El ejemplo de Navarra es significativo, en los últimos cinco años el alumnado diagnosticado con TDAH se ha triplicado, pasando de alrededor de 1000 a 3000 personas. Esta situación ha provocado, en no pocos casos, desconcierto entre el profesorado y los centros docentes. Alumnado inatento y con ciertas conductas de inadaptación a las condiciones del aula: sosiego, tranquilidad... no se sabe si esconde un problema de TDAH, o si por el contrario es un caso de falta de hábitos adecuados al contexto escolar.

Desde el Consejo Escolar de Navarra se han tenido en cuenta todas estas consideraciones a la hora de decidir abordar este tema y su situación en nuestra Comunidad Foral. Desde la visión de la familia, a la respuesta del sistema educativo, pasando por el análisis estadístico de la evolución de los diagnósticos y la influencia de diversas variables, hemos querido ofrecer una visión global y descriptiva del TDAH, su evolución y las respuestas que la sociedad navarra en su conjunto está dando al trastorno.

El relato de este estudio comienza a escribirse con el acercamiento que el Consejo Escolar realiza al trabajo de las Asociaciones de familias con

alumnado TDAH, y la Jornada que organizamos, dentro del ciclo “Las tardes del Consejo Escolar”, para dar a conocer a la sociedad navarra su labor y sus programas.

La colaboración entre ADHI, Sarasate y ANDAR y el Consejo nos permite diseñar, con su participación activa, un cuestionario de recogida de información entre sus familias asociadas para disponer de datos acerca de la evolución individual del trastorno y de cómo sus programas han influido en los ámbitos personales, familiares y educativos de cada niño o niña afectado.

Este núcleo constituye la parte tercera de este trabajo. Una parte de análisis cualitativo basada en los alrededor de 80 cuestionarios cumplimentados por los socios de las tres Asociaciones y que nos ha permitido comprobar la evolución positiva en los tres ámbitos de desarrollo, personal, escolar y familiar, del alumnado que participa en los programas que tienen activos ANDAR, ADHI y Sarasate.

Por otra parte, hemos querido aportar una visión del TDAH en Navarra basada en los datos censales de los que dispone la Administración Educativa. La evolución de diagnósticos en los últimos cinco años, asociada a su centro, nivel educativo, sexo, red y modelo, nos han permitido elaborar una base de datos con los casi 3.000 alumnos y alumnas diagnosticados en estos momentos y realizar un análisis empírico sobre la influencia de estas variables y su evolución. Este trabajo estadístico constituye la segunda parte del informe y consideramos que puede ser una valiosa herramienta descriptiva del trastorno, a la vez que pudiera servir de base para posteriores análisis y estudios.

A todo este trabajo de definición y análisis de la situación del TDAH en nuestra Comunidad, se unen dos partes más que deben de servir como elementos de muestra del compromiso que todos los agentes implicados tienen a la hora de abordar, de forma multifactorial todas las necesidades derivadas de esa situación expuesta en las partes segunda y tercera. Por un lado una Introducción que ocupa la parte primera y en la que se hace una recensión del abordaje del TDAH desde el ámbito educativo, haciendo una referencia explícita desde las decisiones adoptadas en el marco legal hasta la intervención escolar.

Y por último, y a modo de cierre, aportamos cuatro excelentes ejemplos de “buenas prácticas” de intervención, puestas en marcha en Navarra. Tres corresponden a programas específicos de las tres Asociaciones de familias que se ocupan del TDAH en nuestra tierra -Sarasate, ANDAR y ADHI-. La última es un programa de atención y trabajo con alumnado TDAH del Colegio Santa María la Real-Maristas, que en los últimos años ha destacado por poner en marcha iniciativas para abordar esta problemática que se han visto acompañadas por el éxito.

Para terminar, nos gustaría agradecer a todas las personas y estamentos implicados en esta investigación su colaboración, su disposición, su profesionalidad y su trabajo desinteresado. La intención del Consejo Escolar, tal y como está definida en la normativa que lo regula, es ofrecer análisis serios, basados en evidencias empíricas, que permitan a la sociedad en general y a los sectores educativos en particular, abordar las tareas que presenta la educación en nuestra Comunidad Foral de una forma eficaz, constructiva, correcta y justa para toda la ciudadanía.

Pedro González Felipe
Presidente del Consejo Escolar de Navarra

2.El TDAH: Una aproximación conceptual / Isabel Aracama Cobos

El TDAH, y las posibles repercusiones que tiene en la esfera personal y académica, preocupa a muchas familias cuyos hijos han sido diagnosticados con este síndrome.

Según los estudios realizados el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia pues afecta aproximadamente al 5% de los niños. Presenta además una gran variabilidad en función del sexo, pues se da mucho más en varones, en proporción 3:1.

Es un trastorno cuya frecuencia más alta ocurre en edad escolar, sobre todo entre los 6 y los 9 años de edad, por las dificultades de inatención e hiperactividad. Es un alumnado en riesgo de fracaso escolar y con frecuencia precisa de la atención de los servicios de orientación del centro educativo.

En Navarra, según los datos facilitados por Salud Mental, se han producido cambios sustanciales en la última década. Se ha pasado de 215 diagnosticados en 2001 a más de 1.000 en 2012, siendo la media de edad de 14 años y la ratio de 3,4 niños por cada niña.

La diferencia entre sexos parece explicarse por las dificultades de detección de la inatención como síntoma más frecuente en las chicas, frente a los chicos que desarrollan comportamientos más desajustados o problemas escolares y que son más fácilmente detectados.

Siendo esta una situación que afecta a muchos niños y niñas es conveniente seguir reflexionando sobre algunas cuestiones que afectan tanto a la detección y evaluación como al abordaje de este problema, y que hace necesaria una colaboración estrecha entre familias y profesionales que atienden a estos alumnos y alumnas.

En Navarra se ha multiplicado por cinco el número de casos diagnosticados entre los años 2001 y 2012, con una media de edad de 14 años y una ratio de aproximadamente 3 niños por cada niña.

2.1. Que es el TDAH

El concepto de TDAH ha ido cambiando a lo largo de la historia e incluso en estos momentos resulta difícil definir este concepto sea cual sea la vertiente desde la que lo hagamos.

En la actualidad se considera un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la infancia, que se caracteriza por un patrón persistente o continuo de inatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que lo observado habitualmente en personas de edad y nivel de desarrollo similar, e interfiere en los contextos en que esa persona se desenvuelve.

En la última revisión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) se recoge que las personas con este trastorno también pueden experimentar alteraciones en las funciones ejecutivas (que es la habilidad del cerebro para comenzar una actividad, organizarse y llevar a cabo tareas) y la memoria de trabajo, y que afecta tanto a niños como a adultos.

Tiene un origen fundamentalmente biológico aunque se han estudiado diversos factores etiológicos, genéticos y ambientales que contribuyen a su aparición.

El TDAH, un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la infancia, se caracteriza por un patrón persistente o continuo de inatención, hiperactividad e impulsividad.

El trastorno de déficit de atención /hiperactividad suele ir asociado a otro tipo de trastornos, es lo que se denomina comorbilidad. Algunos autores indican que el 87% de los niños que cumplen los criterios del TDAH tienen por lo menos un diagnóstico comórbido. Entre ellos, el Trastorno de Aprendizaje que ocurre aproximadamente entre el 20% y el 40% de los niños con diagnóstico de TDAH. Otros trastornos asociados son el Trastorno del Lenguaje, el Trastorno de Conducta o el Trastorno Negativista-Desafiante.

2.2. Detección y diagnóstico

La sospecha de que un alumno tenga un diagnóstico de TDAH puede surgir tanto en el ámbito familiar como en el escolar o el médico, por la presencia de ciertos síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, asociados en algunos casos a escaso rendimiento, dificultades de aprendizaje y de socialización.

No todos los niños con TDAH presentan los mismos síntomas ni con la misma intensidad. Cuando se detecta algún signo de alerta se pone en marcha el Protocolo de Derivación y Traspaso de Información de TDAH.

El diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en los criterios de las dos clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-V.

El DSMV diferencia tres subtipos:

- Inatento
- Hiperactivo-impulsivo
- Inatento e hiperactivo-impulsivo combinado

El niño predominantemente Inatento parece que no escucha cuando se le habla directamente, se cansa fácilmente en una actividad y cambia frecuentemente de juego y de tarea. Presenta dificultades para planificar y organizarse en el trabajo, puede olvidarse de actividades y le puede costar completar las tareas.

El niño en el que predominan los síntomas de Hiperactividad –Impulsividad es más movido que lo habitual para su edad. Realiza frecuentes cambios de postura y se mueve de manera inapropiada. Responde sin pensar y habla en exceso. Acostumbra a interrumpir conversaciones y actividades

de los demás. Le cuesta respetar los turnos y se suele mostrar impaciente.

El niño inatento e Hiperactivo-Impulsivo Combinado presenta características de uno y otro subtipo.

Es importante destacar que para un diagnóstico de TDAH estas características deben de tener un impacto importante en todas las áreas de funcionamiento del niño (académico, social, familiar).

Desde el ámbito escolar este diagnóstico clínico puede complementarse, si fuese necesario, con una evaluación psicopedagógica que aporte información sobre capacidades, aptitudes escolares, estilo de aprendizaje, y otros aspectos que valoren la presencia o no de fracaso escolar, así como de su funcionamiento social y emocional.

Otras manifestaciones que aparecen en el entorno escolar son un rendimiento académico por debajo de sus capacidades, dificultades de aprendizaje en lectura, escritura y matemáticas, habilidades sociales pobres, baja tolerancia a la frustración y autoestima baja, por las repercusiones que todos estos síntomas tienen en algunas áreas de funcionamiento.

2.3. Tratamiento

La finalidad de la intervención es un mayor ajuste del niño o adolescente al medio escolar, familiar y social desde un enfoque global, teniendo en cuenta las características personales del niño y al momento de desarrollo del trastorno.

Un número importante de publicaciones ponen de manifiesto la influencia de factores psicosociales y contextuales (como elementos protectores y de riesgo) en la evolución del trastorno hiperactivo: apoyos institucionales, relación con el grupo de iguales, medios de comunicación y entre ellos el papel especialmente de los padres. Un niño con TDAH se desarrolla en un contexto familiar en que todos sus miembros interactúan y se influyen mutuamente y en el que se toman decisiones que irán marcando el desarrollo de su hijo.

Según el estudio MTA, realizado en los años 90 por el NIMH (National Institute of

La intervención en niños con TDAH busca una mejor adaptación a su medio escolar, social y familiar. El tratamiento más efectivo suele ser el multimodal, que combina el farmacológico y el psicosocial.

Mental Health), el tratamiento que ha resultado de mayor efectividad es el denominado multimodal, que combina el tratamiento farmacológico y el psicosocial.

2.3.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe ser recomendado por un médico experto en el trastorno y tras un estudio individualizado.

En niños menores de 5 años es recomendable comenzar con la intervención psicoeducativa y si esta no da resultados iniciar la medicación. (NICE, 2008).

En el tratamiento del TDAH se utilizan casi exclusivamente dos tipos de fármacos: los estimulantes (metilfenidato) y no los estimulantes. Estos últimos surgen, según algunos autores, ante la presencia de trastornos comórbidos que hacen necesaria la aplicación de otras sustancias no estimulantes. La atomoxetina es el único fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento del TDAH.

Son tratamientos de larga duración, que deben iniciarse a dosis bajas para disminuir el riesgo de efectos secundarios, y que deben replantearse si dichos efectos son muy marcados. Entre los efectos secundarios más frecuentes se encuentran la disminución de apetito, las dificultades en el inicio del sueño, el efecto rebote, etc.

La repercusión que la medicación puede tener sobre el aprendizaje hace recomendable una coordinación entre los profesionales que están interviniendo.

2.3.2. Tratamiento psicosocial

El objetivo de esta intervención es que el niño consiga un funcionamiento más adecuado en los siguientes ámbitos:

- A) Ámbito cognitivo: mediante la reeducación de funciones como la atención, memoria, planificación y resolución de problemas.
- B) Ámbito físico: adquisición de hábitos de orden, limpieza, organización en

la presentación del trabajo.

- C) Ámbito comportamental: aceptación de las normas y de las consecuencias de sus acciones, autocontrol.
- D) Ámbito emocional: conocimiento y control de sus emociones, canalización adecuada de las mismas, asertividad y empatía hacia los otros.

Uno de los enfoques que ha demostrado su eficacia es el cognitivo –conductual cuyas líneas de intervención pueden ser:

1. Terapia Conductual, que está dirigido a aumentar en el alumnado las conductas positivas y reducir los comportamientos negativos a través de diferentes técnicas (refuerzo positivo, refuerzo negativo, “tiempo fuera”).
2. Entrenamiento de padres sobre manejo conductual, la mejora de la comunicación entre padres e hijos y el desarrollo de una atención positiva que ayude al desarrollo del niño.
3. Terapia Cognitiva, cuyo objetivo principal es enseñar técnicas de autocontrol. El entrenamiento en autoinstrucciones es uno de los esquemas de trabajo más utilizados y útiles en niños con TDAH porque les ayuda a ordenar su pensamiento y a regular su conducta.
4. Entrenamiento en habilidades sociales, que permitan que se desenvuelvan eficazmente en lo social y desarrollen actitudes y conductas prosociales.

2.4. Intervención escolar

Enfocar adecuadamente la intervención escolar conlleva una evaluación psicopedagógica en la que se identifiquen los ámbitos afectados, necesidades en esos ámbitos y se elabore un programa educativo ajustado a esas necesidades.

Para dar respuesta a las necesidades que pueda presentar este alumnado, deberá incluir, de manera prioritaria, adecuaciones en la metodología y en los procedimientos de la evaluación, además de otras posibles medidas y propuestas organizativas..

La intervención escolar exige articular medidas en relación a los síntomas nucleares, aspectos organizativos, curriculares y de evaluación, así como del comportamiento y del ámbito socio-emocional del alumnado con TDAH.

2.4.1. Medidas en el centro

Los centros deben considerar en los diferentes documentos y planes que elaboran anualmente, especialmente en el Plan de Atención a la Diversidad y en el Plan de Convivencia, propuestas que permitan articular y regular medidas tanto curriculares como organizativas que den respuesta a las necesidades educativas de todo el alumnado en general y específicamente, si fuese necesario, al alumnado con diagnóstico de TDAH.

2.4.2 Medidas en el aula

Las medidas adoptadas para todo el centro deberán concretarse en el aula en función de las características de este alumnado. A continuación, se indicarán algunas de ellas.

2.4.2.1. En relación a los síntomas nucleares del TDAH: Falta de atención, Hiperactividad, Impulsividad: Crear un entorno físico y ambiente estructurado, controlar el tiempo dedicado a las actividades, incrementar los periodos de concentración, ayudar a organizar y planificar su trabajo escolar, aumentar su capacidad de esfuerzo y su motivación por el trabajo, fomentar la actividad controlada, a petición y bajo la supervisión del adulto así como aumentar su capacidad de reflexión y aprovechar el error como punto de partida en la reflexión de conductas alternativas adecuadas.

2.4.2.2. En relación a aspectos organizativos y curriculares: Adecuar el entorno físico reduciendo la presencia de distractores y ubicando al alumno/a en un lugar donde las interferencias sean mínimas; flexibilizar y adaptar los métodos de trabajo, fomentar participación activa del alumno en el aprendizaje; organizar las sesiones de trabajo en el aula considerando las áreas de mayor esfuerzo intelectual, preparar las actividades teniendo en cuenta su mayor o menor complejidad, su carácter teórico-práctico, su carácter novedoso y su variedad.

2.4.2.3. Medidas relacionadas con el comportamiento: Establecer normas y límites claros mediante la acción coordinada y consensuada del profesorado en la concreción de esas normas y de las consecuencias del incumplimiento de las mismas; prevenir situaciones de conflicto en espacios donde se puedan dar con más frecuencia; posibilitar tutorías individualizadas y espacios de reflexión con personas que tengan ascendente/ poder sobre el alumno sobre las conductas desajustadas emitidas y la búsqueda de conductas alternativas socialmente más adecuadas; establecer protocolos de actuación, consensuados a nivel del centro y por el equipo docente, en casos de alumnado que presenta graves conflictos.

2.4.2.4. Medidas relacionadas con el ámbito socio-emocional: Ajustar las expectativas escolares, familiares y sociales a las realidad del niño, utilizar la comunicación asertiva “yo pienso” “yo opino” y promover una actitud empática, ayudándole a ponerse en la posición del otro, posibilitar que el alumno se vaya conociendo y vaya desarrollando una autoconcepción positiva de sí mismo; ayudarle a entender las claves sociales en interacción con los otros, enseñarle habilidades sociales básicas que le hagan sentirse competente, entrenarle en la resolución de conflictos.

2.4.2.5. Medidas relacionadas con la evaluación: Programar el calendario de exámenes con tiempo suficiente, ayudar en la preparación de un plan de estudio, diseñar pruebas más cortas, con preguntas también cortas y enunciados directos, diseñar actividades tanto de evaluación escrita como oral.

2.5. El TDAH en Navarra

Asociaciones

En Navarra existen tres asociaciones, ADHI, ANDAR (Tudela) y SARASATE, creadas en diferentes momentos por iniciativa de un grupo de padres y madres de niños y niñas con problemas de aprendizaje, comportamiento, déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Todas ellas dirigidas a mejorar la calidad de vida de niños que están diagnosticados de TDAH.

El trabajo de estas asociaciones está dirigido a sensibilizar a diferentes profesionales sobre el TDAH; mejorar la actuación de los niños mediante

grupos de apoyo y talleres orientados a trabajar las diferentes necesidades académicas, de relación, ocio, etc; al desarrollo de programas específicos; a la organización de Escuelas de padres y madres como un instrumento de apoyo a los mismos; a la organización de Jornadas y Sesiones Formativas y diferentes acciones encaminadas a favorecer la inclusión social de adultos que presentes este diagnóstico así como a sus familiares.

También realizan otras actividades todas ellas dirigidas a mejorar la calidad de vida de niños y adultos que están diagnosticados de TDAH.

En la página web de estas asociaciones se puede obtener información de su organización así como de las diferentes acciones que realizan y de los colectivos a los que se dirigen.

Departamento de Educación

Las necesidades del alumnado con Déficit de Atención e Hiperactividad pueden ser muy diferentes entre los mismos y pueden tener repercusiones diversas en los distintos ámbitos de su vida personal, familiar y social.

Con el objeto de regular y ordenar la atención educativa de las necesidades que el alumnado con TDAH ha llevado a cabo diferentes actuaciones:

- A) Publicación de la Orden Foral 65/2012, que regula y ordena la atención educativa de las necesidades del alumnado con TDAH. Esta norma lo define como un trastorno de inicio en la infancia; plantea cómo los centros deben definir en su Plan de Atención a la Diversidad las decisiones relativas al apoyo educativo de este alumnado bajo los principios de normalización, equidad e inclusión; establece la importancia de una detección precoz con el fin de prevenir posibles desajustes en el aprendizaje y propone adecuaciones en la metodología y en los procedimientos de la evaluación, y otras medidas y propuestas organizativas.
- B) Participación desde las Unidades de Apoyo y Departamentos de Orientación de los centros escolares en el circuito de diagnóstico definido en el “Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH en niños y adolescentes” del Departamento de Salud, según el cual, ante la sospecha de TDAH, se remite el niño a su pediatra para confirmar su sospecha y si es necesario, según criterios predefinidos, derivar a Salud Mental o Neuropediatría.

-
- C) Publicación de una guía para el profesorado “Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas” CREENA (2012) cuyo objetivo es proporcionar al profesorado información sobre este trastorno, pautas y estrategias que ayuden en el ajuste metodológico y de evaluación y que propicien el éxito escolar de este alumnado.
 - D) Adopción de medidas en la Selectividad, ahora conocidas como Pruebas de acceso y admisión a la Universidad, y en los ciclos formativos, referidas a la ampliación de tiempo, ubicación física alejada de zonas de paso, confirmar la comprensión de instrucciones y llamadas de atención para evitar distracciones. Estas medidas se aplicarán solamente a los alumnos detectados en la etapa anterior al Bachillerato o Ciclo Formativo de Grado Superior y previo informe de orientador del centro.
 - E) Participación en distintas jornadas.
 - F) Colaboración con las Asociaciones existentes en Navarra.

Marco legal

En la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), no se hace referencia de manera explícita al alumnado con TDAH, pero sí se habla del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo; en el Libro Blanco sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2013) se subraya el impacto psicológico que supone el TDAH, tanto para los niños y adolescentes como para sus familiares.

La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) se refiere a que “son las administraciones educativas las que deben de asegurar los recursos necesarios para aquellos alumnos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria” y entre ellos al alumnado con diagnóstico de TDAH.

La Orden Foral 65/2012, de 18 de Junio, del Consejero de Educación, por la que se 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, regula la respuesta educativa y las medidas de atención a la diversidad con necesidades específicas de apoyo educativo de trastorno por déficit de

atención e hiperactividad, algunas de las cuales hemos desarrollando en el presente documento.

3. El TDAH en centros educativos de Navarra: Un análisis estadístico/ Ángel Sanz Moreno

3.1. Amplitud del fenómeno

El fenómeno del TDAH ha estado presente en las aulas de Navarra de forma permanente asociado a explicaciones de tipo conductual y sin un enfoque verdaderamente técnico hasta hace varios años. Los síntomas se interpretaban de forma confusa basculando entre diferentes síndromes y explicaciones relacionadas con la falta de hábitos o con la falta de voluntad del alumno que lo sufría, sobre el cual recaía un sentimiento de culpabilidad.

Esta situación ha cambiado sustancialmente en los últimos años como consecuencia de la investigación médica sobre este fenómeno y la toma de conciencia de las familias, el profesorado y los especialistas en psicopedagogía. Hoy el abordaje de este fenómeno en los centros es diferente, aunque debe constatarse que estamos en las primeras fases de este enfoque más técnico y basado en evidencias científicas y en datos.

3.2 Diagnóstico del TDAH en Navarra

Realmente no existe un estudio global fiable de la situación del fenómeno de la prevalencia del TDAH en los centros educativos de Navarra. Se dispone de datos del alumnado médicamente diagnosticado, pero se

tiene la sospecha de que no todo el alumnado que presenta TDAH está médicamente diagnosticado.

Con datos actualizados al principio del curso escolar 2014–2015, hay en los centros educativos no universitarios de Navarra un total de 2.860 alumnos diagnosticados, lo que supone respecto al total de alumnado matriculado que asciende a 103.560 alumnos un 2,76 % del total.

El 2,75 % del alumnado escolarizado en enseñanzas no universitarias de Navarra está diagnosticado como TDAH

Debe tenerse en cuenta que el cálculo estadístico se ha realizado teniendo en cuenta el número de casos diagnosticados y con informe médico que así lo acredite.

3.3. Incidencia en las diferentes etapas educativas

Tal y como puede verse en la siguiente tabla, en términos absolutos, la mayor concentración de casos se da en las etapas de Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria. »

Etapa educativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bach. LOE	225	7,7	7,7	7,7
Bach. LOE Adultos Dist.	2	,1	,1	7,7
Bach. LOE Adultos Pres.	1	,0	,0	7,8
C.Preparatorio LOE	16	,5	,5	8,3
CF MEDIO	40	1,4	1,4	9,7
CF SUPER	4	,1	,1	9,8
CF AR GS	2	1	1	9 9
CFGM LOE	102	3,5	3,5	13,3
CFGS LOE	13	,4	,4	13,8
CPSE	1	,0	,0	13,8
Curso Preparatorio LOE	1	,0	,0	13,8
EI	17	,6	,6	14,4
EP	1202	40,9	40,9	55,3
ESO	1234	42,0	42,0	97,3
ESPA LOE D	4	,1	,1	97,4
ESPA LOE P	9	,3	,3	97,7
PCPI (Básica)	38	1,3	1,3	99,0
PCPI Taller Prof.	28	1,0	1,0	100,0
PCPIE	1	,0	,0	100,0
Total	2940	100,0	100,0	

Tabla 1. Alumnado diagnosticado en cada etapa educativa

En la Educación Infantil se registra un 0,6 % del total de casos diagnosticados en Navarra. El 40,9 % se constatan en la etapa de Educación Primaria, y un 42,0 % en la Educación Secundaria Obligatoria. En las enseñanzas postobligatorias, tanto en bachiller como en formación Profesional se concentran el 16,5 % del total de los casos.

Ahora bien, si se analizan los casos teniendo en cuenta el porcentaje respecto al alumnado escolarizado en cada etapa, se observa que

	Infantil y Primaria	ESO	Post obligatoria	
Diagnosticados	1219	1234	487	2940
Total alumnado por etapa	60353	25472	17735	103560
Porcentaje	2,02 %	4,84 %	2,74 %	2,84 %

Tabla 2. Porcentaje de alumnado por etapa educativa según el total escolarizado

Como puede observarse, el fenómeno incide porcentualmente más en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria, más del doble que en el resto de las etapas. Aplicando la prueba Chi cuadrado nos da unas diferencias significativas a un nivel de confianza del 95 %.

Porcentualmente, según el alumnado matriculado, la ESO es la etapa que más alumnos escolariza con TDAH en las enseñanzas básicas e Infantil

Abundando en este análisis, es posible analizar la incidencia en la Educación infantil y en la E. Primaria.

	Infantil	Primaria
Diagnosticados	17	1202
Total alumnado por etapa	20352	39831
Porcentaje	0,08 %	3,02 %

Tabla 3. Porcentaje de alumnado de Infantil y Primaria según el total escolarizado

La incidencia en Educación Primaria es muy superior a la de la Educación Infantil, 0,08 % del alumnado de esta etapa frente al 3,02 % de la E.Primaria.

Si se analiza pormenorizadamente el impacto en las enseñanzas postobligatorias se ve que donde más incide porcentualmente es en los PCPI con casi un 7 % del alumnado matriculado en los mismos. Le sigue por orden de prevalencia la Formación Profesional de Grado Medio con un 3,57 % del alumnado matriculado en los mismos. El bachillerato, con un 2,72 %, se sitúa a continuación y donde menos incide porcentualmente es en la Formación Profesional de Grado Superior.

	Bachiller	F.Profesional G.M.	F.Profesional G.S.	PCPI
Diagnosticados	225	142	17	66
Total alumnado por etapa	8260	3973	4031	945
Porcentaje	2,72 %	3,57 %	0,42 %	6,98 %

Tabla 4. Porcentaje de alumnado de Formación Profesional y bachillerato según el total escolarizado

Porcentualmente, según el alumnado matriculado, los PCPI concentran a más alumnos con TDAH que las enseñanzas profesionales y el bachillerato.

3.4. Incidencia por sexos

Tradicionalmente se viene asociando la hiperactividad con los niños; esta es una de las dimensiones del TDAH. Conviene constatar atendiendo a los datos si efectivamente se produce esa diferencia entre el alumnado de ambos sexos.

Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Chico	2205	75,0	75,0	75,0
Chica	735	25,0	25,0	100,0
Total	2940	100,0	100,0	

Tabla 5. Porcentaje de diagnósticos según sexo del alumnado

Como puede observarse en la tabla tres de cada cuatro diagnosticados son chicos, es decir el 75 % de los diagnósticos corresponden a estudiantes varones. Aplicando la prueba estadística de U de Mann-Whitney se comprueba que las diferencias son estadísticamente significativas.

Esta diferencia se constata en el siguiente gráfico:

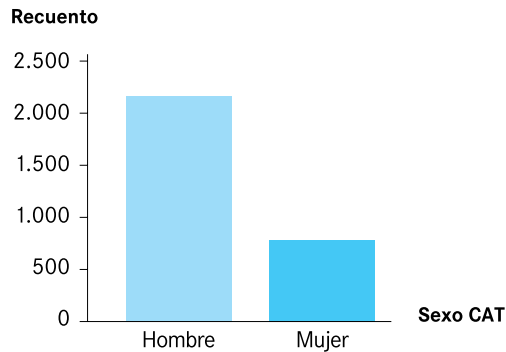


Gráfico 1. Porcentaje de diagnósticos según sexo del alumnado

Tres de cada cuatro diagnósticos existentes de TDAH corresponden a un niño, adolescente o joven varón.

3.5 Incidencia según el ISEC del Centro

Como puede observarse en la tabla, el mayor porcentaje de casos se concentra en los tramos centrales de la distribución de la variable ISEC (Índice socioeconómico y cultural del centro), disminuyendo significativamente los porcentajes tanto en el caso de alumnos escolarizados en centros con nivel bajo del ISEC así como en centros con nivel alto de ISEC.

Debe tenerse en cuenta que esta variable se distribuye siguiendo la curva normal, y por lo tanto el mayor porcentaje se concentra entre valores -1 y +1 desviación típica.

Distribución por tramos de ISEC

ISEC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor que -0,5	347	11,8	11,8	11,8
Desde -0,5 hasta 0,5	2021	68,7	68,9	80,7
Mayor que 0,5	565	19,2	19,3	100,0
Total	2933	99,8	100,0	
No consta	7	,2		
Total	2940	100,0		

Tabla 6. Porcentaje de diagnósticos según ISEC de centro

El 68,9 % de los diagnósticos corresponden a alumnos escolarizados en centros con un índice socioeconómico y cultural medio, un 11,8 % se escolarizan en centros con índice bajo y un 19,3 % lo hacen en centros con índices altos.

El mayor porcentaje de alumnos diagnosticados con TDAH en Navarra están escolarizados en centros con alumnado de un nivel socioeconómico medio.

Aplicando la prueba estadística de U de Mann-Whitney se comprueba que las diferencias son estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95 %.

En el siguiente gráfico se puede observar este fenómeno.

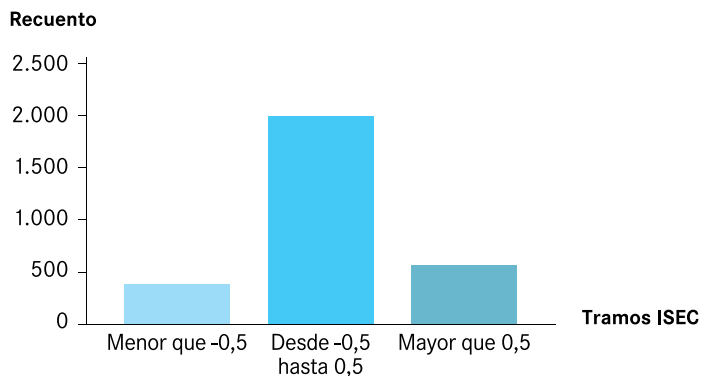


Gráfico 2. Porcentaje de diagnósticos según ISEC de centro

3.6 Incidencia según tipología de centro

Como puede observarse en el siguiente cuadro, el mayor porcentaje de casos diagnosticados corresponde al alumnado de los centros públicos, con un 57,8 % del total de casos frente al 42,2 % de alumnado escolarizado en centros concertados.

	Frecuencia	Porcentaje
Privado Concertado	1240	42,2
Público	1700	57,8
Total	2940	100,0

Tabla 7. Porcentaje según titularidad de centro

Estas cifras absolutas hay que cotejarlas con datos respecto al porcentaje de casos con relación al alumnado que escolariza cada red.

En la siguiente tabla puede verse esta relación.

	Privado Concertado	Público	Total
Diagnosticados	1240	1700	2940
No diagnosticados	35910	64710	100620
Total	37150	66410	103560
Porcentaje	3,34 %	2,56 %	2,84 %

Tabla 8. Porcentaje según titularidad de centro según alumnado escolarizado

Se constata un mayor porcentaje en la concertada respecto al número de alumnos que escolariza esta red.

Atendiendo al alumnado escolarizado, los centros concertados tienen mayor proporción de alumnos diagnosticados.

3.7 Tamaño de centro y TDAH

Observando la tabla siguiente se constata que más de la mitad del alumnado diagnosticado se escolariza en centros de tamaño grande (más de cinco líneas). Uno de cada cuatro aproximadamente lo hace en centros medianos (cuatro a cinco líneas) y también uno de cada cuatro, aproximadamente, se escolariza en centros pequeños.

Distribución por Número de líneas del Centro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 línea (4 grupos o menos)	84	2,9	2,9	2,9
2/3 líneas (5 a 12 grupos)	560	19,0	19,1	21,9
4/5/ líneas (13 a 20 grupos)	695	23,6	23,7	45,6
mas de 5 líneas (más de 20 grupos)	1597	54,3	54,4	100,0
Total	2936	99,9	100,0	
No consta	4	,1		
Total	2940	100,0		

Tabla 9. Porcentaje según tamaño de centro

Lógicamente al aumentar el tamaño del centro aumenta el número de diagnósticos

En el siguiente gráfico se constata estas diferencias según tamaño de centro.

Recuento

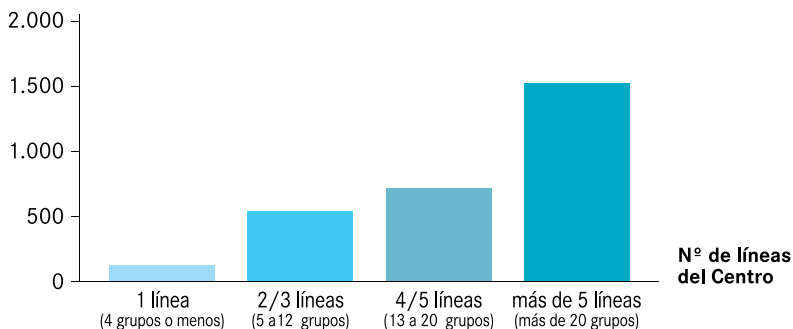


Gráfico 3. Porcentaje según tamaño de centro

3.8 Evolución de datos: 2009- 2013

En el siguiente gráfico se puede constatar la evolución del número de diagnósticos desde el año 2009 hasta el año 2013.

Además de presentar los datos en términos globales, se desagregan por tipos de centros (públicos – concertados) y por sexos dentro de cada red.

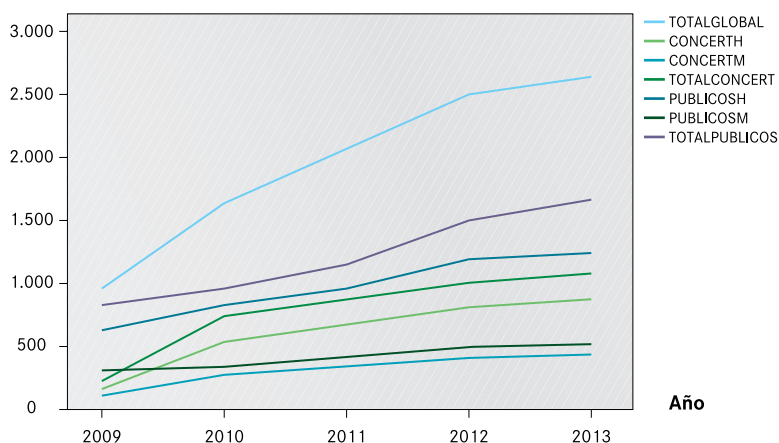


Gráfico 4. Evolución de diagnósticos

Lo primero que sobresale es el aumento importante de casos que progresivamente se da año tras año desde el año 2009 hasta el año 2013. El año clave es el paso del 2009 al 2010 con un incremento muy marcado, sobre todo en la concertada. A partir del año 2010 el incremento anual es más moderado.

Los casos diagnosticados desde el año 2009 se han ido incrementando progresivamente cada año, fundamentalmente entre los chicos, mientras que el número de diagnósticos de chicas se mantiene más o menos estable a lo largo del tiempo

Sobresale en estas series temporales la falta de incremento anual en el caso de chicas, tanto de la concertada como sobre todo de la pública.

3.9 Proyección de datos hacia el futuro

Extrapolando estos datos a lo largo de los próximos años y suponiendo la misma pauta que ha seguido el fenómeno hasta el año 2013, se constata un incremento verdaderamente importante en los próximos tres años. En el curso 2018 se acercaría a 5.000 el número de diagnosticados.

Si se sigue con la tendencia de los últimos años, en el año 2015 el número de alumnos diagnosticados se quintuplicará respecto al año 2009.

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
TOTALGLOBAL Modelo_1	Predicción	3199	3628	4056	4485	4913
	LCS	3810	4285	4757	5226	5693
	LCI	2588	2971	3356	3744	4134

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.

Tabla 10. Predicción de casos hasta el año 2018

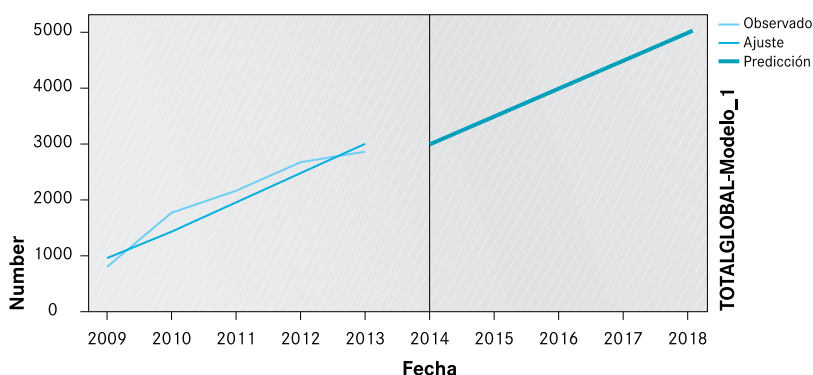


Gráfico 5. Predicción de casos hasta el año 2018

4. El TDAH en el ámbito familiar: Una visión empírica/ Raquel Artuch Garde

El trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones que hoy en día son más estudiadas y controvertidas durante la etapa escolar. Su naturaleza es compleja y la mayoría de los especialistas coinciden en considerar que el TDAH hace referencia a una dificultad para controlar la conducta como por ejemplo dificultades para mantener la atención, falta de control del impulso y excesiva actividad (CREENA, 2012). Además, Barkley (2006) uno de los autores que más ha estudiado el tema, habla de dos consecuencias adicionales que puede causar el TDAH: la dificultad para seguir las normas e instrucciones y una excesiva variabilidad en sus respuestas a situaciones. En este sentido, con frecuencia, además de los síntomas centrales se suelen producir problemas asociados que tienen importantes implicaciones en la escuela, la familia y en las relaciones interpersonales (García, Grau y Garcés, 2014).

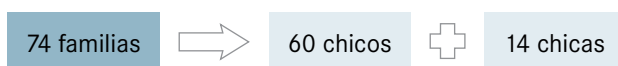
La intervención en el trastorno por déficit de atención no ha adoptado un modelo único sino que se ha enfocado desde diferentes perspectivas considerándose que las intervenciones no farmacológicas son un componente necesario del tratamiento (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013). En este sentido, las Asociaciones de TDAH son (o deben ser) un pilar para las familias y chicos/as que acuden a ellas con la intención de recibir un tratamiento y atención psicológicas y psicopedagógicas más allá de la farmacológica administrada desde el ámbito sanitario.

Todos estos aspectos se han contemplado en el cuestionario diseñado para las familias a través del cual se ha procurado recoger la opinión de estas acerca del proceso y su visión general sobre el TDAH desde que su hijo o hija fue diagnosticado.

El objetivo fue conocer el grado de satisfacción de las familias con el funcionamiento, tratamiento y resultados obtenidos desde que son miembros de las asociaciones navarras de TDAH. A través de sus testimonios se buscó comprender la satisfacción de ellas con respecto al tratamiento de sus hijos en el TDAH, la mejora o no tras acudir a ellas, la relación entre acudir a la asociación, y poseer más conocimientos acerca del trastorno y de cómo sobrellevarlo con sus hijos sin que lleguen a crearse problemas graves, etc.

4.1. Descripción del estudio

En el estudio participaron 74 familias que pertenecen a asociaciones navarras de TDAH y que respondieron sobre sus hijos. Por tanto, se recogen datos de 60 chicos (81.1%) y 14 chicas (18.9%) con lo que se vislumbra el sesgo masculino de afección del TDAH. La edad de los alumnos/as que participaron en el estudio oscila entre los 8 y los 18 años, siendo la media 12.38 años.



En relación a la fecha del diagnóstico y tratamiento, a 8 de cada 10 chicos/as se les diagnosticó el trastorno entre los años 2008 y 2013 donde el diagnóstico para la mayoría de ellos no presentaba comorbilidad con ningún otro trastorno. A su vez, la mayoría de estas familias señalan que no tienen (al menos diagnosticado) ningún familiar con TDAH además de su hijo o hija.

En cuanto al *tipo de tratamiento* que están siguiendo el 78.1% de las familias expresa que su hijo/a recibe tratamiento farmacológico. Sin embargo, sólo el 58.3% recibe atención psicológica y en ocasiones psicopedagógica. En este sentido, también se ha preguntado por la duración del tratamiento para

lo cual señalamos que el 44.1% de los chicos y chicas llevan en tratamiento entre 1 y 3 años, el 30.5% menos de uno y el 25.4% más de tres. Finalmente el 46.4% de las familias expresaron que su hijo/a recibe además otro tipo de tratamiento o apoyo fuera de la asociación que complementa o apoya al que recibe en la misma.

Los alumnos y las alumnas que acuden a las asociaciones tienen entre 8 y 18 años.

Por etapas educativas (primaria y secundaria) y por cursos (1º a 6º de primaria y 1º a 4º de la E.S.O) se encuentra que los alumnos que cursan **educación Primaria forman el 61.6% de los que acuden a las asociaciones**, y en concreto, el 30% está estudiando 5º y 6º de primaria. El **38,4%** de los alumnos restantes que acude a estas asociaciones **están estudiando ESO, Bachillerato o Formación Profesional**, observándose que el 12% está en 1º de ESO. En conclusión, se podría decir que el alumnado que acude a las asociaciones de TDAH se encuentra mayoritariamente concentrado en los cursos 5º y 6º de primaria y 1º de ESO.

Del mismo modo, 1 de cada 4 familias expresa que su hijo o hija ha repetido curso y casi 3 de cada 4 manifiesta que su hijo o hija no tiene ninguna adaptación curricular en el centro.

Los alumnos y alumnas que acuden a las asociaciones de TDAH se encuentran mayoritariamente concentrados en los cursos 5º y 6º de primaria y 1º de ESO.

En cuanto al tipo de centro en el que estudian los chicos y chicas que acuden a estas asociaciones, el 56.2% reciben la educación en colegios públicos, el 42.5% en concertados y el 1.4% en otro tipo como centros de FP. La mayoría de las familias señalan que no han cambiado a sus hijos de colegio tras haberles diagnosticado TDAH. Tan sólo un 16.2% dijeron que sí lo había hecho generalmente por no estar satisfechos con el trato educativo recibido.

Este aspecto puede ser debido a que el grado de acuerdo de las familias con el tipo de atención que reciben sus hijos en el centro es el siguiente: el 18.3% está en total desacuerdo, el 40.8% regular y el 34.9% de acuerdo y muy de acuerdo.

Años asociados y grado de satisfacción

En cuanto a los años que llevan como socios, el 24.3% de las familias llevan menos de un año asociados, el 40% entre 1 y 3 años y el 37.7% manifiesta que son socias desde hace más de tres años.

La mayoría de las familias (90.1%) expresan que han sido formadas o se han interesado por ello desde que su hijo fue diagnosticado de TDAH y además matizan que esa formación ha sido adecuada y que aplican las pautas recibidas habitualmente (74.6%). Sin embargo, el 60% de las familias no recibe apoyo individual algo que quizás podría ser necesario en momentos puntales y específicos para tratar con cada familia.

¿Cómo es el cuestionario que se empleó?

Se realizó un cuestionario al efecto, a través del cual se preguntó a las familias de hijos con TDAH que acuden a alguna asociación de TDAH cómo es y cómo ha evolucionado su situación personal y familiar desde el diagnóstico.

Para la realización del mismo se tuvieron en cuenta diversos estudios e investigaciones así como la opinión y sugerencias de los representantes de las asociaciones de TDAH navarras. Para ello, se mantuvo una reunión con ellos/as y se recogieron y tuvieron en cuenta sus opiniones y sugerencias.

El cuestionario está compuesto por dos partes: una primera parte más descriptiva que pretendía conocer el tipo de chicos y chicas que acuden a las asociaciones y una segunda parte en la que se recogen los datos (según la opinión de los padres y madres) en cuanto a la evolución de su hijo desde su diagnóstico y la evolución de la situación familiar antes y después de acudir a la asociación. Finalmente, se dejó un apartado en el que los padres y madres podían anotar cualquier tipo de observación, opinión o comentario que quisiesen.

Con ello, las partes de cuestionario para familias con hijos o hijas con TDAH fueron las siguientes:

¿Qué se preguntó en el cuestionario?

Primera parte	Segunda parte
• Datos generales de su hijo/a • Datos sobre su escolarización. • Datos sobre el diagnóstico y el tratamiento. • Datos sobre el Apoyo familiar y la participación en Asociaciones.	• Datos sobre la evolución de vuestro/a hijo/a desde su diagnóstico. • Ámbito personal • Ámbito familiar • Ámbito escolar • Datos sobre la evolución de la situación familiar. • Ámbito familiar-relacional • Ámbito escolar

Primera parte: pretende agrupar información acerca del perfil del alumno/a que acude a las asociaciones en cuanto a variables *personales* (edad, sexo), *escolares* (curso actual, tipo de centro, repetición de curso, adaptaciones curriculares, etc.), relacionadas con el *diagnóstico* (fecha, comorbilidad, familiares, tratamiento), relacionadas con el apoyo *familiar* y la *participación en la asociación* (años en la asociación, participación, formación recibida, apoyo individual, aplicación de pautas).

Segunda parte: el objetivo de la segunda parte del cuestionario es conocer la evolución tanto de los hijos como de las familias desde que sus hijos fueron diagnosticados con TDAH. Deben contestar a las afirmaciones agrupadas en tres ámbitos: personal, familiar y escolar.

En esta segunda parte se presentan a las familias unas afirmaciones en las que deben señalar el grado de acuerdo (de 1=*nada* a 5=*mucho*) con las mismas.

El cuestionario y cada una de las preguntas que lo componen se pueden consultar en el ANEXO.

¿Cómo se realizó el estudio?

El cuestionario se realizó para ser contestado en dos modalidades (online y papel). Las Asociaciones fueron las encargadas de entregar a las familias cada cuestionario en el que debían contestar aspectos acerca de su hijo o hija y de ellos mismos como familiares. Se dejó un tiempo (aproximadamente un mes) para que las familias cumplimentaran los cuestionarios y los entregaran de nuevo a las asociaciones y estas lo remitieran al Consejo Escolar. Finalmente, se realizaron los análisis de los datos recogidos en cada cuestionario y se redactaron los resultados.

Se siguió el siguiente procedimiento en la realización del estudio:

1. Realización del cuestionario provisional
2. Reunión con las asociaciones para recoger opiniones y hacer modificaciones sobre el cuestionario provisional
3. Elaboración del cuestionario definitivo
4. Entrega (envío online) del cuestionario definitivo a las asociaciones
5. Las asociaciones entregan el cuestionario a las familias (en algunos casos un profesional ayudó a las familias a completar el cuestionario)
6. Recogida de los cuestionarios cumplimentados (en papel y online)
7. Análisis de las respuestas de los cuestionarios
8. Redacción de los resultados

A continuación se muestran los resultados de la segunda parte del cuestionario relacionados con la evolución personal y familiar. Los datos descriptivos se han detallado anteriormente cuando se detalla la edad de los alumnos, el año de diagnóstico, el curso en el que estudian, etc. Por tanto, lo que se indica en este apartado es la opinión que tienen las familias sobre si ha habido evolución o no desde que sus hijos acuden a las asociaciones de TDAH.

4.2. Datos sobre la evolución del alumnado

En este apartado se recogen los datos acerca de la evolución que las familias expresan que ha tenido su hijo desde que acude a la asociación de TDAH. Para poder señalar que verdaderamente había existido una mejoría entre el ANTES de acudir a la asociación y el AHORA, se realizó un análisis para observar la significatividad o no de la diferencia de medias, para lo

cual se pudo observar que todas las diferencias son significativas al nivel de $p<0.001$.

En términos generales se advierte una mejora en los tres ámbitos de desarrollo (personal, escolar y familiar) que se detalla a continuación:

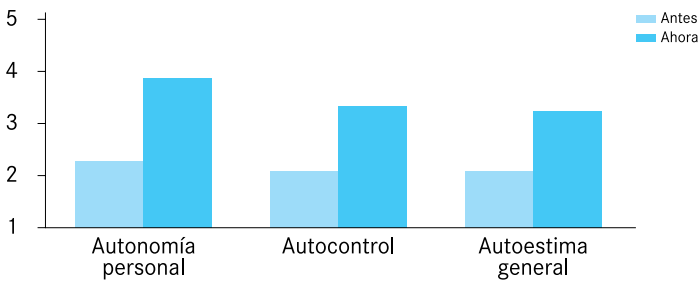
4.2.1. Evolución personal

Como se ha señalado, la mejora ha sido general para todos los apartados desde que los hijos acuden a las asociaciones. Destaca la mejoría señalada por los padres en la autonomía personal, en ponerse a hacer las tareas y la rapidez para hacerlas, en la capacidad para controlar las distracciones y mantener la atención sin distraerse.

Se nota una menor mejoría desde que acude a la asociación en la capacidad para relacionarse con otros, la capacidad para retener y recordar información y capacidad para tomar decisiones.

A continuación se describen cada una de estas diferencias.

Gráfico 1. Autonomía, autocontrol y autoestima

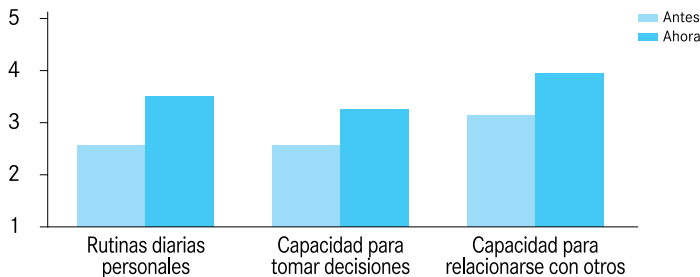


Como se puede ver en el Gráfico 1, las columnas azul suave corresponden a los valores que los alumnos tenían antes de llegar a la asociación y las columnas en azul fuerte su comportamiento actual, una vez que forman parte de las asociaciones. En este primer gráfico se señalan los aspectos relacionados con la autonomía del alumno, el autocontrol y su autoestima general. En los tres casos se detecta un aumento en los niveles de

autonomía personal, autocontrol y autoestima tras acudir a las asociaciones. Los padres y madres manifiestan que sus hijos han pasado de ser poco autónomos y controlar poco su comportamiento a hacerlo regular y volverse bastante autónomos tras haber acudido a la asociación.

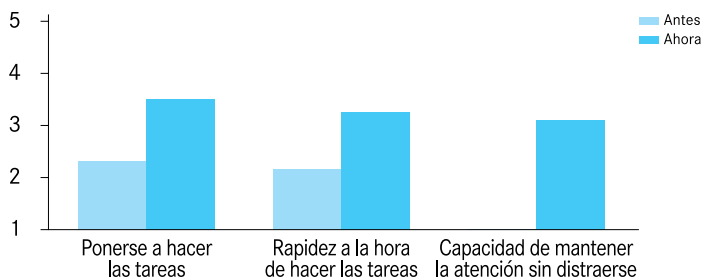
Los padres observan que la autoestima general de sus hijos e hijas ha mejorado desde su entrada a la asociación.

Gráfico 2. Rutinas, decisiones y relación con los demás



En el Gráfico 2 se puede observar que en los tres casos también hay una mejora desde que los chicos y chicas acuden a las asociaciones. En este caso, la evolución se refiere a la *realización de rutinas diarias*, la *capacidad de tomar decisiones* y la *capacidad para relacionarse con otros*. Para los dos primeros aspectos, se observa que los chicos y chicas antes de acudir a las asociaciones cumplían *poco* sus rutinas diarias y no expresaban mucho su capacidad para tomar decisiones. Tras acudir a la asociación, se puede observar cómo la evolución ha sido muy positiva y los alumnos han mejorado en ambos aspectos. En cuanto a la *capacidad para relacionarse con otros*, se aprecia que la mejora desde que acuden a las asociaciones es menor, pero ello es debido a que antes de acudir a las asociaciones ya tenían, en general, buena capacidad para relacionarse con otras personas.

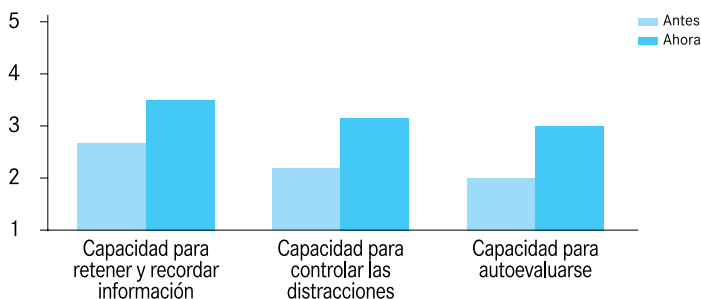
Gráfico 3. Tareas escolares y atención



El Gráfico 3 está relacionado con aspectos referidos a las tareas escolares. Este es uno de los aspectos en el que los alumnos mejoran sustancialmente, es decir, se constata que desde que los chicos y chicas acuden a las asociaciones *han mejorado su comportamiento para ponerse a hacer las tareas* y han mejorado en *la rapidez para hacerlas*. En ambos aspectos tiene mucho que ver su *mejora en la capacidad para mantener la atención sin distraerse*, aspecto que afecta directamente en el tiempo que pueden necesitar para hacer las tareas del colegio. Si aprenden a regular su comportamiento y además utilizan herramientas de autorregulación y autocontrol necesarias para no distraerse, la realizan en un entorno ordenado y limpio, sin objetos distractores con mucha probabilidad lograrán finalizar la tarea en menor tiempo.

Ponerse a hacer las tareas es el aspecto del ámbito personal que más se ha mejorado.

Gráfico 4. Recordar información, control de distracciones y autoevaluación



De los datos que se pueden observar en el Gráfico 4, se destaca que los chicos y chicas han mejorado bastante en su *capacidad para controlar las distracciones* y en su capacidad para autoevaluarse. Antes de formar parte de las asociaciones controlaban poco sus distracciones mientras que ahora ese control es mayor. Se destaca que desde que acuden a las asociaciones son capaces de permanecer más tiempo atendiendo una clase, realizando una tarea o simplemente jugando.

También en este gráfico se puede observar cómo ha mejorado de antes a ahora su capacidad para autoevaluarse, lo que significa que los chicos y chicas se analizan con mayor frecuencia, están aprendiendo a conocerse a sí mismos, a observar su conducta, sus acciones y sus consecuencias y así, conocer la evolución y el proceso en su comportamiento.

En menor medida han mejorado su *capacidad para retener y recordar información*. Los padres señalan que antes de asistir a las asociaciones la capacidad de sus hijos para retener y recordar información no era regular, sin embargo, aunque la mejora haya sido menor que en los casos anteriores, también han mejorado en este aspecto desde que acuden a las asociaciones. Este hecho puede ser debido a que retener y recordar información tienen que ver con aspectos cognitivos y no tanto conductuales que son más fáciles de aprender, modificar y adquirir.

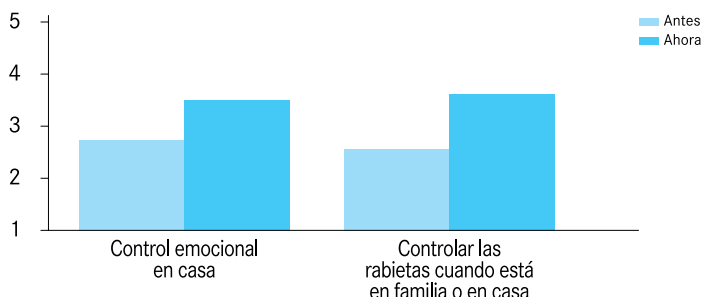
4.2.2. Evolución familiar

A continuación se presenta la evolución en el ámbito familiar desde que acuden a las asociaciones. Es decir, se señalan las mejoras o no relacionadas con la familia, padres, hermanos y en general con los comportamientos en casa.

Se aprecia cómo se ha producido una mejora en todos los aspectos del entorno familiar aunque no ha sido tan destacable como las producidas en el *ámbito personal* que se acaba de comentar. Se destaca que los chicos y chicas han mejorado en el *control de las rabietas* cuando están en familia, también en el *aprovechamiento del tiempo en casa* y fundamentalmente ha mejorado su motivación. En menor medida se notan mejorías en *decir la verdad* o en *colaborar en las actividades familiares*, entre otros.

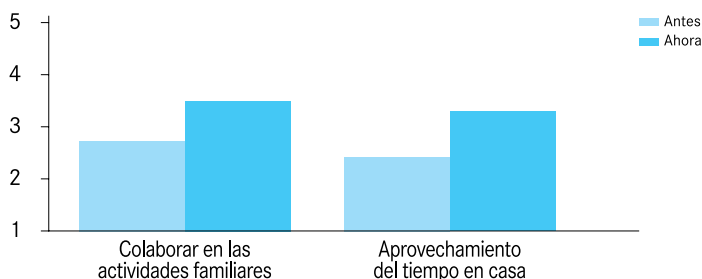
A continuación se muestran cada uno de los gráficos.

Gráfico 5. Control emocional y de rabietas dentro de casa



El gráfico 5 indica que tanto el control de las emociones como el *control de las rabietas cuando se está en familia han mejorado*. Se puede observar como antes de acudir a las asociaciones los chicos y chicas controlaban *poco o regular* sus emociones y actualmente ese control es más regular y frecuente.

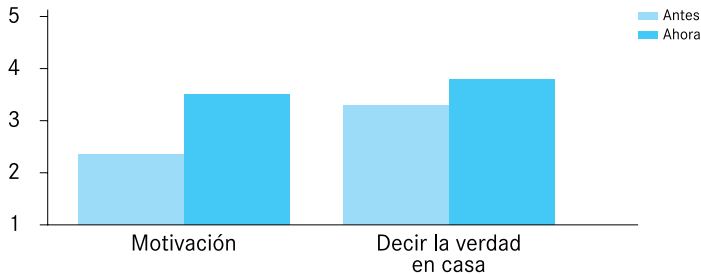
Gráfico 6. Colaboración en actividades familiares y aprovechar el tiempo en casa



En este caso (Gráfico 6), se contempla de nuevo que los chicos y chicas *colaboran más en casa desde que acuden a las asociaciones*. También aprovechan un poco más el tiempo en casa, pero sigue siendo este un aspecto que hay que seguir trabajando para mejorarlo. A pesar de que aprovechen más el tiempo en casa, se podría conseguir que el aprovechamiento fuera mayor.

Desde que acuden a las asociaciones mejora la motivación en los chicos y chicas cuando están en casa.

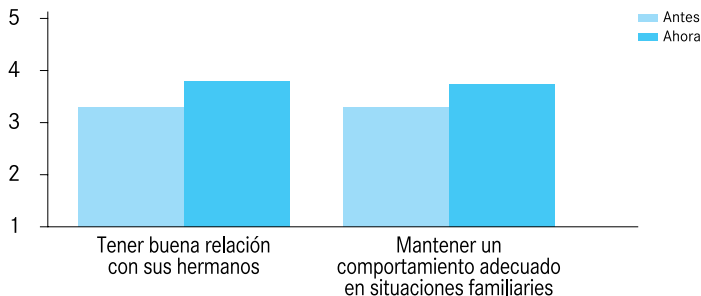
Gráfico 7. Motivación y sinceridad



El gráfico 7 muestra dos aspectos diferentes. Por un lado se ve la mejora en cuanto a la *motivación general* que muestran los chicos y chicas cuando están en casa, en familia. En este sentido, desde que acuden a las asociaciones esta “motivación familiar” ha mejorado.

Por otro lado, lo que también ha mejorado, aunque en menor grado, es que los chicos y chicas digan la verdad en casa. Esta leve mejoría es un aspecto relativamente positivo puesto que la puntuación antes de acudir a las asociaciones no era muy baja. Los padres indicaron que *en general*, regularmente, sus hijos decían la verdad en casa, pero se resalta que este hecho ha mejorado y que en la actualidad son *bastante* sinceros cuando están en familia.

Gráfico 8. Relación con hermanos y comportamiento en situaciones familiares



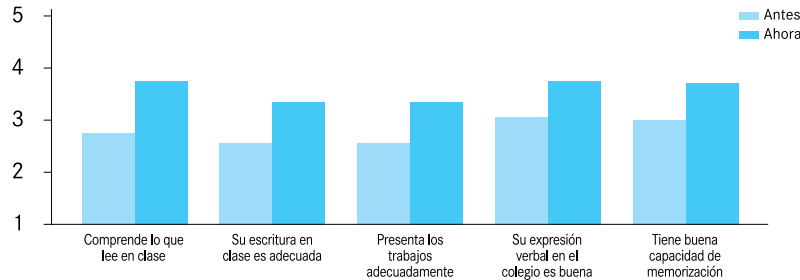
Se percibe (Gráfico 8) la *buen relación* que tienen los chicos y chicas que acuden con *sus hermanos y hermanas*. Un hecho que se ha visto mejorado desde que acuden a las asociaciones, indirectamente afectados por las mejoras producidas en el ámbito personal que se ha señalado anteriormente (autoestima, autonomía, control de distracciones, toma de decisiones, etc.)

4.2.3. Evolución en el ámbito escolar

En este apartado relacionado con la mejora escolar, se encuentra de nuevo una mejoría general en cada una de las preguntas, sin embargo, tal y como ha ocurrido con el ámbito familiar, la diferencia no es tan grande como la producida en el ámbito personal. A continuación se puede observar cómo la mayor evolución se ha producido en *tener una adecuada organización y planificación escolar, en trabajar de forma adecuada en clase, comprender lo que lee en clase y presentar los trabajos adecuadamente*.

Por el contrario, se ha mejorado poco la buena relación con los amigos del colegio ya que inicialmente la puntuación ha sido alta expresando que los chicos y chicas mantienen muy buena relación sus compañeros/as.

Gráfico 9. Aspectos académicos mostrados en clase



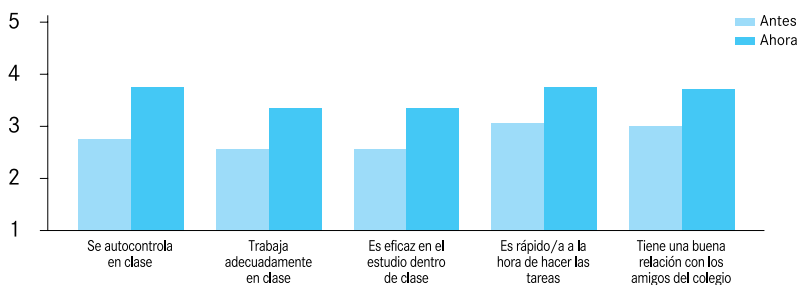
En el Gráfico superior (Gráfico 9) se recogen algunos de los aspectos referidos a la evolución de los aspectos académicos mostrados en clase. En concreto se indica, como en gráficos anteriores, que ha habido una evolución positiva y se ha producido una mejora en todos los aspectos desde que los chicos y chicas acuden a las asociaciones. Si se analizan las columnas, se detecta que en los aspectos que más han mejorado han sido

en *comprensión lectora*, en *escritura* y en la *presentación de los trabajos* adecuadamente. Este es un aspecto importante a destacar ya que antes de acudir a las asociaciones puntuaban bajo.

La última columna del gráfico muestra la evolución de la capacidad de memorización en el ámbito escolar. Los padres consideran que antes de acudir a las asociaciones la capacidad de memorización de sus hijos era *regular* (3 sobre 5) mientras que en la actualidad ha mejorado un poco. Se contrasta este aspecto con el Gráfico 4 donde la pregunta era similar y hacía referencia a la *capacidad para retener y recordar información*. En ese caso, como se ha comentado, los padres consideraban para este mismo aspecto un valor un poco menor (2.59 sobre 5). *¿Por qué siendo la misma pregunta, en el ámbito escolar se puntúa mejor que en el ámbito personal?*

Finalmente cabe destacar positivamente que los padres señalen que la expresión verbal en el colegio sea buena.

Gráfico 10. Comportamiento en clase

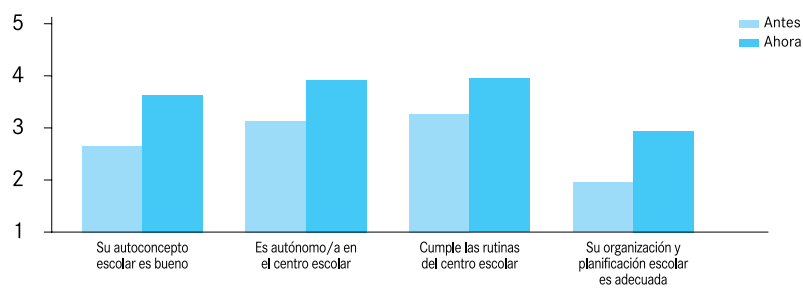


Los padres manifiestan que el comportamiento de los chicos y chicas con TDAH ha progresado adecuadamente. Dicen que su *trabajo* en clase es cada vez mejor, sin embargo, aunque no sea el aspecto más importante, los chicos y chicas podrían *mejorar en la rapidez para hacer las tareas*, un aspecto complejo por la distracción, pero mejorable con la enseñanza de pautas de autorregulación y control de la conducta, entre otros aspectos. De hecho, se indica en azul cómo su nivel de *autocontrol* en clase no era muy bajo y tras acudir a las asociaciones ha mejorado. Finalmente, como ya se ha comentado, los padres de estos chicos y chicas, dicen que tienen buena relación con otras personas y en concreto que se *relacionan adecua-*

damente con sus compañeros de clase siendo este un aspecto muy positivo para su buen desarrollo personal y académico.

Se destaca la evolución en la organización y la planificación escolar.

Gráfico 11. Autoconcepto escolar, autonomía y organización en el centro escolar



El Gráfico 11, muestra la evolución en varios aspectos como son: el *autoconcepto escolar*, la *autonomía*, *rutinas y organización escolar*. En cuanto al autoconcepto escolar o dicho de otro modo, la percepción que tienen los chicos y chicas relacionada con los aspectos académicos (cómo se ven a sí mismo en relación a los estudios, a la escuela, se ven capaces, no capaces, etc.), se destaca positivamente cómo este autoconcepto escolar ha mejorado desde que acuden a las asociaciones. Es decir, parece que la visión que tienen de sí mismos/as como estudiantes ha mejorado.

Se puede observar que su nivel de *autonomía* en el centro no ha aumentado como en los aspectos anteriores, un aspecto explicable si se tiene en cuenta que su nivel antes de acudir a las asociaciones no era bajo. Luego se entiende que estos chicos y chicas antes de acudir a las asociaciones eran autónomos y en la actualidad, acudiendo a las asociaciones, lo son un poco más.

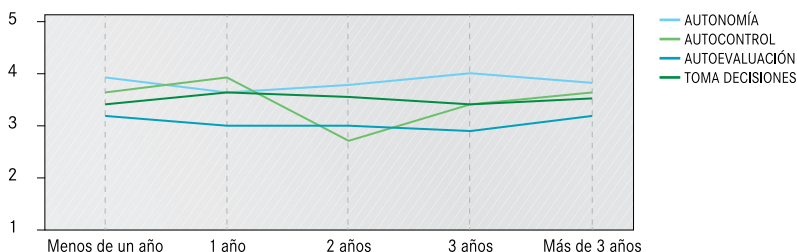
Antes de acudir a las asociaciones, los padres expresan que sus hijos e hijas con TDAH tenían buena puntuación en cuanto al cumplimiento de las *rutinas* dentro del centro escolar, sin embargo, su *organización y planificación* escolar no era tan buena. Este aspecto que parece contradictorio

puede ser explicable quizás porque la organización y planificación escolar se refieren a su comportamiento consigo mismos mientras que las *rutinas* indican el cumplimiento o no de las normas, hábitos y prácticas escolares que se realizan en conjunto en el centro y que pueden realizarlas “siguiendo” a sus compañeros.

¿Existe relación entre en el número de años asociados y la evolución en los ámbitos personal, familiar y escolar?

En el gráfico siguiente (nº 12) se puede ver en horizontal el número de años desde el cual un chico o chica acude a una asociación de TDAH. En vertical, se observan los números del 1 (nada) al 5 (mucho) que establecen el grado de mejora en cada uno de los siguientes aspectos: autonomía, autocontrol, autoevaluación y toma de decisiones. De este modo, nos preguntamos ¿el número de años de asistencia a una asociación influye directamente en el desarrollo de las capacidades señaladas?

Gráfico 12. Relación años asociados y evolución en autonomía, autocontrol, autoevaluación y toma de decisiones



Se destaca que los chicos y chicas que llevan más años en las asociaciones tienen un nivel de desarrollo de las cuatro capacidades señaladas ligeramente superior. Cabría esperar que las capacidades mejoraran progresivamente en función del número de años en la asociación, pero no ocurre así en todos los sujetos. Si se tiene en cuenta cada una de las líneas, se comprueba que su evolución no es creciente, es decir, no va en aumento en función del número de años, a más años mayor puntuación en las capacidades. Se aprecia así que por ejemplo el autocontrol (línea roja) su evolución es irregular. Se constata que en los chicos que llevan asociados más de dos

años su capacidad de autocontrol es menor que la de aquellos que llevan menos tiempo acudiendo a las asociaciones o de aquellos que llevan más. En cuanto a las demás capacidades, se puede señalar que su desarrollo es más o menos constante destacando la puntuación en autonomía (línea azul claro) para la cual los padres resaltan que es bastante buena.

Se pueden observar en los gráficos del anexo (Gráficos 13 a 22), la relación entre los años asociados y su influencia en cuanto a los demás aspectos señalados en el cuestionario como puede ser el establecimiento de rutinas, el control emocional, la relación con los otros, etc.

Si algo cabe destacar de esta influencia es que quienes llevan más años puntúan más alto fundamentalmente en los aspectos relacionados con el *ámbito académico* como son la presentación de los trabajos, la expresión verbal en clase, el cumplimiento de las rutinas en clase o trabajar adecuadamente en el aula.

Pero en cualquier caso, para esta muestra de alumnos, queda indicado un desarrollo mayor de las capacidades de los *ámbitos personal y familiar* en función de los años asociados. Como aspecto destacable, los chicos que llevan dos años asociados tienen un desarrollo más bajo en casi todos los aspectos evaluados. Cabría preguntarse si es resultado de las características concretas de estos alumnos o si sucede algo cuando los chicos llevan dos años en las asociaciones que haga que el desarrollo y adquisición de hábitos, control de impulsos, etc., disminuya.

De todos modos, para estas variables se recomendaría observar cada uno de los casos y comprobar si existe algún factor dentro de las asociaciones que haga que se produzcan estos altibajos en el desarrollo de las capacidades internas de estos chicos y chicas o por el contrario, observar si este efecto es fruto de la evolución normal de ellos mismos y de las características personales. No se comportan igual un niño de 9 años que uno de 13 y por tanto puede que teniendo adquiridas unas habilidades de autocontrol a los 9 años, a los 13 por la importancia que a esta edad se da al entorno, a las experiencias novedosas y al grupo de amigos, se realicen comportamientos más impulsivos y sin pensar en las consecuencias.

Quienes llevan más años en las asociaciones puntúan más alto en los aspectos relacionados con el *ámbito académico*.

4.3 Datos sobre la evolución de las familias

En este punto se recogen los datos sobre cómo perciben las familias su evolución en la forma de afrontar el trastorno como consecuencia del apoyo recibido en la Asociación. De forma similar al punto anterior, se dividió este apartado en dos secciones: evolución en el ámbito escolar y evolución en el ámbito familiar-relacional.

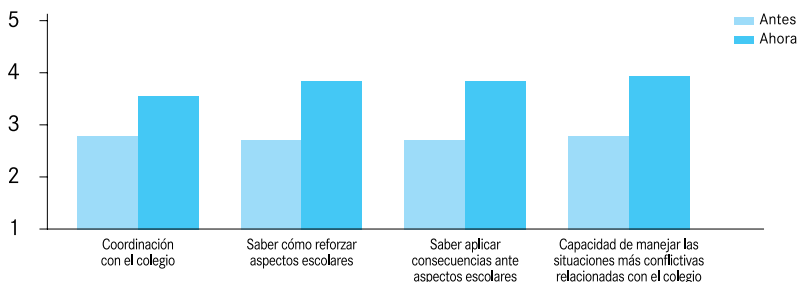
4.3.1. Evolución en el ámbito escolar

Como en los puntos anteriores, la evolución –desde antes de acudir a las asociaciones a la actualidad– ha sido positiva en todos los aspectos, sin embargo, a continuación se recogen sólo aquellos en los que la evolución desde que los padres acuden a la Asociación es mayor o más destacable.

Se percibe la mayor evolución de los padres desde que acuden a la Asociación en que *saben más y mejor cómo reforzar los aspectos escolares, saben cómo organizar las rutinas del día a día*, también se percibe una mejoría en que en la actualidad *entienden mejor el “comportamiento”* de su hijo/a.

Por el contrario, se observa una evolución menor en la *coordinación entre los padres y el colegio*.

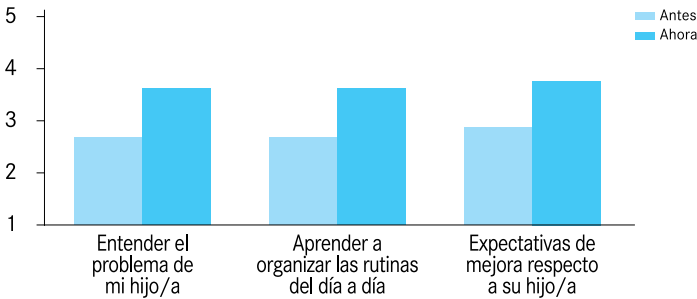
Gráfico 23. Relación de la familia con el colegio y con los aspectos escolares



En el gráfico 23 se puede observar que las familias, desde que acuden a las asociaciones de TDAH, *han mejorado su relación con los centros* educativos en los que estudian sus hijos y en general, han mejorado en *saber cómo manejar los aspectos académicos*. Por ejemplo saber *reforzar* a sus hijos cuando hacen algo bien relacionado con el colegio (tareas, trabajos, asistencia, comportamiento, etc.) o *aplicar consecuencias* cuando realizan algo que no es correcto. Finalmente, destacan que también han mejorado en su *capacidad para manejar las situaciones más conflictivas* relacionadas con el centro educativo.

En el siguiente gráfico (nº 24) se señala la opinión de las familias en relación al trastorno y a las expectativas de mejora y evolución de sus hijos/as. En este sentido también se evidencia una mejoría en ambos aspectos. Así, las familias dicen que en la actualidad entienden bastante mejor qué es lo que le sucede a su hijo o hija. Comienzan a comprender sus comportamientos, actitudes y respuestas emocionales y saben cómo *establecer mejor las rutinas del día a día*. La formación e información que reciben en estas asociaciones influye mucho en su conocimiento sobre el trastorno. Del mismo modo, se destaca que este conocimiento puede haber afectado a sus expectativas de mejora puesto que tienen mejores expectativas sobre el trastorno de su hijo desde que asisten y son atendidos en las asociaciones.

Gráfico 24. Comprensión del TDAH y expectativas de mejora



4.3.2. Evolución en el ámbito familiar-relacional

Para este último apartado también se aprecia una evolución positiva en todos los aspectos del ámbito familiar que pueden verse afectados por el trastorno. Entre ellos, se constata que desde que acuden a las asociaciones las familias manifiestan que han mejorado en la *motivación que dan a su hijo/a*, en cómo *resaltar lo positivo* de ellos/as y en saber cómo *mantener el autocontrol ante las rabietas*, contestaciones, etc.

Del mismo modo aunque en menor grado, las familias señalan que han mejorado en la *aplicación de consecuencias* ante situaciones familiares pero como antes de acudir a la asociación ya lo realizaban bastante, la diferencia entre el antes y el ahora no es tan grande.

Para consultar detenidamente cada uno de los gráficos, se puede ir al Anexo y observar los correspondientes (Gráficos 25, 26 y 27).

Acudiendo a las asociaciones los padres destacan que:

- han aprendido cómo reforzar los aspectos escolares
- han mejorado en la organización de las rutinas del día a día
- han aprendido cómo motivar a su hijo/a y cómo resaltar sus aspectos positivos y sus capacidades
- han sabido entender “qué les ocurría” a sus hijos e hijas (entender el trastorno)

Conclusiones

Como conclusión de esta parte, y teniendo en cuenta la pequeña muestra, podríamos aportar algunas conclusiones orientativas acerca de qué opinan en la actualidad algunas familias navarras que acuden a las asociaciones de TDAH.

Se puede destacar que para esta muestra de chicos y chicas y familiares, y teniendo en cuenta sus testimonios, ha habido una mejoría en todos los aspectos evaluados destacando que ha habido una mayor evolución en el *ámbito personal* frente al escolar y familiar. Como dato destacable además de los aportados, se aprecia que, en general, quienes reciben tratamiento psicológico frente a quienes sólo lo hacen farmacológicamente obtienen mejores resultados. Y estos resultados mejoran si además los padres acuden a sesiones formativas.

Del mismo modo, se resalta que las familias que acuden a las asociaciones están satisfechas con el trato recibido en ellas, y con los resultados que han obtenido que se extienden desde entender mejor el trastorno, comprender mejor el comportamiento de sus hijos, saber cómo aplicar consecuencias y apoyos en el ámbito escolar y en el familiar, o saber cómo manejar su nivel de estrés.

Por tanto, con los datos recogidos se ha cumplido el objetivo del estudio ya que se ha conocido el grado de satisfacción de las familias con el funcionamiento, tratamiento y resultados obtenidos desde que son miembros de las asociaciones navarras de TDAH.

5. El TDAH: Cuatro experiencias de intervención

5.1. “Reeducación psicopedagógica” (Asociación Sarasate)

“La Asociación TDAH Sarasate nació en el año 2008 por iniciativa de un grupo de padres y madres de niños y niñas con problemas de aprendizaje, comportamiento, déficit de atención con hiperactividad (TDAH), quienes aunaron esfuerzos para desarrollar un proyecto que ha permitido día a día mejorar la calidad de vida de los principales afectados (niños, adolescentes y adultos) y de sus allegados.

En la actualidad nuestra Asociación alberga 185 socios, con edades comprendidas entre los 6 y los 40 años. Somos 166 familias, que seguimos trabajando y mejorando gracias a los programas e intervenciones, y tratamos de llegar al mayor número de

Resumen

El Programa de *Entrenador Cognitivo* está dirigido a niños y adolescentes que requieren ayuda psicopedagógica en las tareas escolares, que necesitan apoyo por manifestar dificultades en el ámbito escolar. Es un plan de Intervención Individualizado, en el que se marcan los objetivos a trabajar con el alumno o alumna afectado. El *Entrenador Cognitivo* ofrece: apoyo para mejorar aquellas áreas en las que se presentan mayores dificultades, y un entrenamiento para lograr una mejor organización y planificación. Proporciona técnicas de estudio tratando de crear hábito y autonomía.

Autores

Jessica Rodríguez Zubillaga, psicóloga de la asociación, es la persona responsable del Programa. Supervisa y coordina la labor del *Entrenador Cognitivo* con el alumno y mantiene comunicación periódica con la familia.

Punto de partida

El Programa de *Entrenador Cognitivo* parte de las necesidades académicas del alumnado con TDAH, que presenta dificultades en el ámbito escolar: planificación, organización, trabajo y resultados.

La Psicóloga realiza una valoración del alumno, a partir de la información aportada por los padres, por el propio niño, y la realización de pruebas psicológicas. A partir de ahí, emprende la búsqueda de un *Entrenador* adecuado a las características y necesidades individuales de cada caso.

Entrenador y familia contactan para comenzar las clases de apoyo. La Psicóloga supervisa el proceso y atiende cualquier incidencia que pueda surgir.

Realización

La reeducación psicopedagógica a través del Entrenador Cognitivo es un refuerzo escolar individualizado en el propio domicilio familiar.

El objetivo principal es reducir los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competencia académica. Se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

Otros objetivos más específicos son:

- Mejorar el rendimiento escolar.
- Trabajar buenos hábitos y técnicas de estudio.
- Elaborar estrategias de preparación y elaboración de exámenes.
- Mejorar la autoestima y aumentar la motivación.
- Mostrar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras del estudio.
- Reducción y/o eliminación de comportamientos inadecuados.
- Coordinación entre familia, psicóloga y centro escolar.

Evolución y resultados

Es conveniente información visual (tablas, gráficos, datos...) que muestren el punto de partida de la situación y los logros.

Resulta complicado evaluar los resultados del programa **Entrenador Cognitivo**, ya que está diseñado especialmente para cada niño, de manera personalizada. Cada alumno presenta unas determinadas dificultades. Los objetivos, logros y metas a conseguir son diferentes en cada uno de ellos, y por eso tienen su **Entrenador Cognitivo** personal.

La mayoría de nuestros chicos lleva varios años beneficiándose del programa, siendo su evolución muy satisfactoria.

La Psicóloga realiza el seguimiento del proceso, a través del cual los padres transmiten cómo el niño va mejorando y avanzando.

Se estima que los objetivos marcados se cumplen en un 90 por ciento de los casos.

- La adecuada planificación de los objetivos adaptándose a la situación personal y real del niño o adolescente.
- La correcta elección del voluntario que ofrece el apoyo escolar.
- Comunicación y coordinación entre familia, Entrenador y Psicóloga, para detectar cualquier fallo y resolverlo a tiempo para no entorpecer la evolución del alumno.

Conclusiones

Esta práctica es replicable en otros contextos, como el colegio, aunque debe llevarse de manera individual en la propia aula con el grupo grande, o en un grupo reducido de apoyo (grupo de diversificación o apoyo).

Es sostenible, gracias al esfuerzo económico de las familias y la ayuda de la Asociación, que ofrece un precio asequible para utilizar este recurso.

Cuando existe una correcta comunicación entre familia, Entrenador y Psicóloga, es evaluable, ya que se analizan obstáculos y logros.

La labor del **Entrenador Cognitivo** es competencial. Permite a graduados de Magisterio, Psicología, Pedagogía, etc., adquirir experiencia. Siempre

están respaldados por la Psicóloga, por si surgen dudas o dificultades, y por lo tanto estar más preparados profesionalmente.

El programa de **Entrenador Cognitivo** sigue siendo totalmente necesario, ya que las dificultades académicas es uno de los problemas más destacables de los niños y adolescentes con TDAH. Este apoyo les ayuda a reducir el impacto que provoca la sintomatología de este trastorno.

Originalidad

Si es posible, siempre es interesante mostrar un rasgo distintivo, original, específico de esta práctica, que la distinga de otras similares.

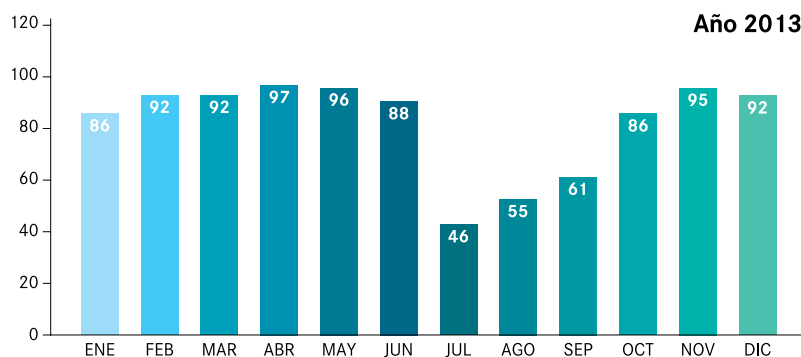
Por ejemplo, su eficacia, su relevancia social, su carácter equitativo, prospectivo, interdisciplinar, innovador...

Uno de los aspectos más distintivos, dentro de la reeducación psicopedagógica, es que se realiza en el propio domicilio familiar. Este hecho beneficia en algunos aspectos el trabajo, ya que el niño se siente más seguro y cómodo, y el **Entrenador Cognitivo** puede observar de primera mano el comportamiento del niño y la relación que mantiene con su entorno.

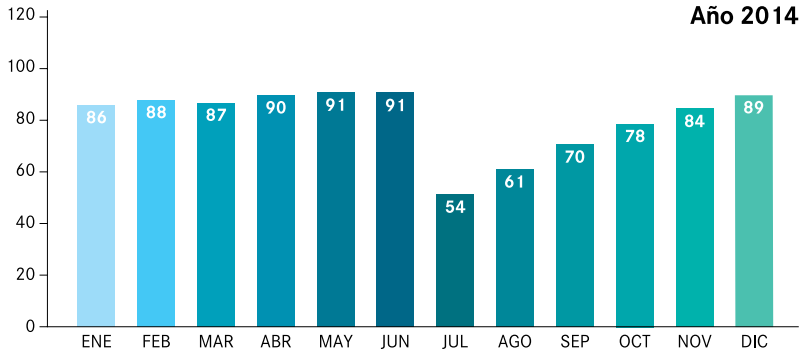
Anexos

A) DATOS REALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA (2013 – USUARIOS)
A continuación representamos el número de niños, niñas y adolescentes de nuestra Asociación que han contado con el apoyo de nuestros *Entrenadores Cognitivos* a lo largo de los dos últimos años.

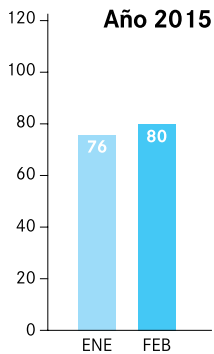
AÑO 2013: La media se sitúa en 89 usuarios



AÑO 2014: La media se sitúa en 80,75 usuarios



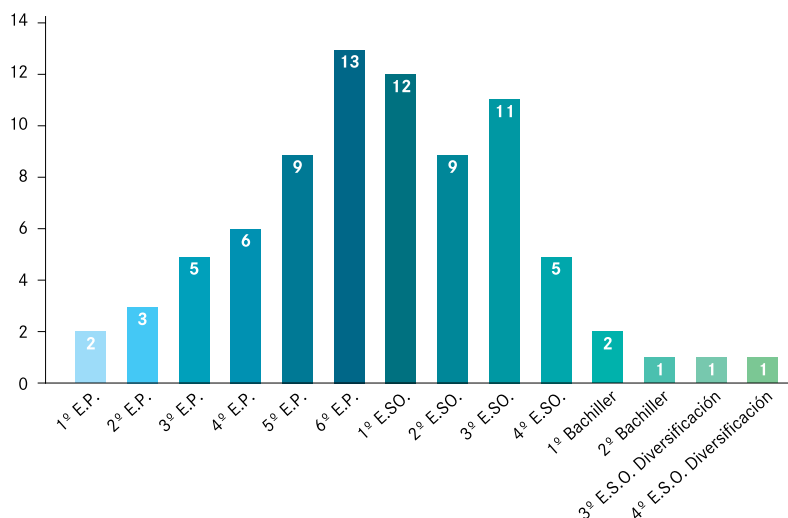
AÑO 2015:



B) USUARIOS DEL PROGRAMA POR CURSO ESCOLAR (2014/2015).

En la siguiente gráfica, el número de alumnos que actualmente cuentan con un Entrenador Cognitivo, por cursos.

Alumnos con entrenador (por cursos)



5.2. “Taller de HH.SS.: Modificación de conducta desde una perspectiva reforzadora y ecológica” (Asociación ANDHAR)

La Asociación ANDAR (Asociación Navarra de apoyo a personas con TDAH de la Ribera y sus familias) nace en Tudela en 2004 de la mano de varias familias con esta problemática. Actualmente la forman 133 familias de toda la Ribera. Los objetivos siempre han sido: apoyarnos mutuamente, formarnos, dar a conocer el TDAH y demandar una atención adecuada y coordinada en los distintos ámbitos. Para ello llevamos a cabo diversas actividades dirigidas tanto a familias como a personas con TDAH: formación para familias, intervención individualizada a familias y chicos y chicas, actividades grupales para el desarrollo escolar, de las técnicas de estudio, ocio, deporte, etc. Complementadas siempre con nuestras acciones de sensibilización y difusión, contacto con profesionales e instituciones, etc.

En definitiva, todas las que sean necesarias para llevar a cabo nuestra misión: *mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH y de sus familias.*

Resumen

Se trata de una actividad grupal donde las sesiones van dirigidas a niños/as de entre 6 y 10 años, con un diagnóstico de TDA-H, donde los síntomas de Hiperactividad están causando problemas de relación con los iguales sobre todo en actividades lúdicas.

Las sesiones tienen una duración de 1 hora y se realizan una vez a la semana, en ellas hay un listado con una serie de conductas positivas relacionadas con los juegos y las normas grupales. Cada vez que los monitores observan alguna conducta positiva del listado le dan un punto al chico/a que ha presentado la conducta positiva y que más tarde podrá canjear por golosinas u otros premios. Cabe destacar que cada vez que se apuntan puntos, se para toda la actividad y se resalta el porqué del punto a todos los participantes.

Autores

La idea de presentar una actividad con este formato es de los Psicólogos de la Asociación, Patricia Asiáin Rubio y Jesús Puertas Ruiz.

El desarrollo de la misma se lleva a cabo por Jesús Puertas y Jorge Pérez (voluntario de la asociación).

Punto de partida

Aunque el TDA-H es un Trastorno único, el nivel de alteración que puede producir en los afectados y sus familiares es muy heterogéneo, esto hace que tengamos que programar actividades que abarquen aspectos concretos de la sintomatología. El problema que aborda esta actividad no ocurre en todas las personas con TDA-H, pero sí a aquellos que presentan síntomas de hiperactividad e impulsividad de manera más acentuada.

Cuando se trata de niños y niñas más pequeños (entre 5 y 10 años), cuya problemática principal se deriva de los síntomas atrás citados y entornos sociales, trabajar con ellos de manera individualizada no produce un efecto

terapéutico significativo, ya que el entorno de un despacho con un adulto y el patio de un colegio difieren bastante.

Ante esta situación se pensaron en alternativas para poder ofrecer una actividad efectiva y en un contexto lo suficientemente ecológico como para que los niños/as generalizarán el aprendizaje y pudiera dar respuesta a las demandas de las familias que principalmente eran:

- Que sus hijos no eran aceptados entre sus iguales en los momentos lúdicos como consecuencia de una serie de conductas disruptivas derivadas de la sintomatología.
- Sus hijos manifestaban malestar por el hecho de no ser aceptado o tener dificultades de relación.

Realización

El objetivo principal es que los niños/as participantes adquieran las habilidades necesarias para poder afrontar con éxito las situaciones de juego con sus iguales, para que, al mismo tiempo, puedan disfrutar de ellas y sentirse aceptados.

Para hacer que la actividad tenga la máxima efectividad posible buscamos dos cosas:

- Que la actividad tuviera un contexto ecológico, esto es, que las situaciones sobre las que se intervengan sean lo más parecido a situaciones reales.
- Utilizar técnicas de modificación de conducta de manera muy, muy continua en el tiempo, es decir, no esperamos al final de la actividad para premiar a los chicos/as, sino que lo hacemos de manera instantánea (cosa que no suele pasar con frecuencia en la vida real). Exclusivamente trabajamos con refuerzo positivo, ya que eso permite que los profesionales que dirigen la actividad puedan centrarse únicamente en las conductas positivas, que al principio suelen ser las excepciones.

Al mismo tiempo también se les da alternativas en momentos de conflicto para que al solventarlo no surja un nuevo problema, un ejemplo de esta situación sería: un niño se cuela en su turno y el afectado lo resuelve empujando. Los monitores intervendrían para ver que de que otras maneras se podía haber solucionado el problema.

Evolución y resultados

Esta actividad comenzó en Octubre de 2014 en el momento que pudimos formar un grupo con las necesidades específicas anteriormente explicadas. En el momento de inicio se pasó a las familias un cuestionario (Anexo 1), y cuando termine la actividad en Junio se pasara el mismo cuestionario para comparar y poder evaluar resultados obtenidos.

Aunque aún no podamos ofrecer datos estadísticamente definitorios, hemos decidido publicar esta actividad por los buenos resultados que se están observando en las sesiones y por las manifestaciones de mejora que nos transmiten los familiares.

Cabe destacar que el sistema de refuerzo utilizado es el mismo que utilizan los videojuegos y que hacen que la conducta persista y se repita; situación-respuesta-consecuencia en un periodo de escasos segundos. Siendo siempre la consecuencia positiva cuando aparecen las respuestas socialmente adecuadas.

Como citábamos anteriormente, después de 9 sesiones los familiares transmiten mejoras en situaciones de juego con iguales al mismo tiempo que los niños nos cuentan que presentan menos conflictos tanto físicos como verbales y un mayor número de interacciones positivas con sus compañeros en los recreos, la hora del comedor o al finalizar las clases.

Por si resulta de interés, no tendremos inconveniente en compartir los resultados finales de los cuestionarios en junio con quien nos los solicite.

Conclusiones

Con esta actividad creemos estar dando respuesta a las demandas de algunas de nuestras familias respecto al problema específico explicado, el trabajo con los padres es fundamental para que continúen el estilo pedagógico que utilizamos en las sesiones (situación-respuesta-consecuencia).

Al hacer que la actividad se desarrolle en un contexto que a los chicos/as les resulta cotidiano, aumentan las probabilidades de que las habilidades que van desarrollando se generalicen a otros entornos.

El sistema de refuerzo inmediato y persistente puede llevarse a cabo por cualquier persona adulta del entorno de los niños/as con TDA-H y que presentan una problemática específica en sus relaciones con iguales. Lo único que hace falta es fijarnos en las excepciones, en cuando lo hacen bien y que a nuestro modo de ver es la parte más complicada. Cuando alguien hace 99 cosas mal y 1 bien nos cuesta poner mucho el foco en las conductas adecuadas.

La actividad se puede evaluar de forma cuantitativa y cualitativa, aunque el papel subjetivo y observacional de los familiares y adultos del entorno de los niños pueden ser muy clarificadores, ya que, ver que el niño/a puede jugar tranquilamente y sin conflictos puede ser un indicador muy significativo para el objetivo que se persigue.

Originalidad

Las personas diagnosticadas con TDA-H presentan un conjunto de síntomas similares, pero al mismo tiempo pueden darse distintos subtipos, con-sin hiperactividad. Incluso entre personas de un mismo subtipo podemos encontrar problemáticas diferentes. Esto hace que ante un mismo trastorno podamos encontrar un espectro de actuación muy amplio.

Nosotros hemos querido centrar la intervención de esta actividad en un aspecto muy concreto, con un grupo de problemática homogénea, seleccionando los casos que encajaban en los objetivos propuestos.

Al mismo tiempo, el hecho de que los chicos/as del grupo presenten mayor desadaptación en contextos lúdicos, debido a sus síntomas de hiperactividad e impulsividad, hace que la actividad sea un reto para los profesionales, ya que el pilar central es reforzar las conductas positivas constantemente e ignorar las negativas. ¿Y por que ignorar las conductas negativas? Porque si también centráramos la atención en las conductas negativas, la continuidad de la sesión se vería afectada ya que como sabemos levantarse, interrumpir, curiosar, moverse en momentos inadecuados no dejan de ser algo normal para estos chicos.

Hacer que aprendan y aparezcan mayor número de conductas positivas pueden ganarle espacio a las conductas derivadas de los síntomas.

Anexo I

Nombre:

Fecha:

CUESTIONARIO VALORACIÓN TALLER HHSS.

A rellenar por el familiar.

Responde del 1(nada) al 5 (mucho).

1. Respeta las normas en los juegos.

1 2 3 4 5

2. Respeta los turnos de palabra sin interrumpir.

1 2 3 4 5

3. Trata bien a los compañeros.

1 2 3 4 5

4. Es capaz de jugar con otros chicos sin que tengamos que intervenir.

1 2 3 4 5

5. Controla sus reacciones ante situaciones de conflicto (empujones de otros compañeros, provocaciones, etc.)

1 2 3 4 5

Nombre:

Fecha:

CUESTIONARIO VALORACIÓN TALLER HHSS.

A rellenar por el profesional.

Responde del 1(nada) al 5 (mucho).

6. Respeta las normas en los juegos.

1 2 3 4 5

7. Respeta los turnos de palabra sin interrumpir.

1 2 3 4 5

8. Trata bien a los compañeros.

1 2 3 4 5

9. Es capaz de jugar con otros chicos sin que tengamos que intervenir.

1 2 3 4 5

10. Controla sus reacciones ante situaciones de conflicto (empujones de otros compañeros, provocaciones, etc.)

1 2 3 4 5

5.3. “Programa RETO (Responsabilidad, Entusiasmo, Tolerancia, Organización): Funciones Ejecutivas” (Asociación ADHI).

Adhi es una Asociación sin ánimo de lucro, pionera a nivel estatal y cofundadora de la Federación Española para el Estudio y Tratamiento del TDAH. Fue constituida en el año 1998 con el fin de orientar, asesorar, investigar y colaborar con profesionales dedicados al estudio del TDAH, así como con personas afectadas directa o indirectamente con el mismo. Está formada por padres y madres de niños y niñas con Déficit de atención, Impulsividad e Hiperactividad y ayuda a las familias en las que existe algún miembro con este trastorno, teniendo siempre presente que aprendiendo a tratar a estos niños con terapias adecuadas los problemas tienden a disminuir, al llegar la adolescencia o la vida adulta.

El número de socios que tenemos actualmente son 346 padres y 199 niños con TDAH. Durante el año 2014 en distintos programas han participado 131 niños y 47 padres, la mayoría en distintos programas.

Resumen

Entre las múltiples actividades que llevamos a cabo, nuestro principal proyecto es el Programa RETO (Responsabilidad, Entusiasmo, Tolerancia, Oportunidad), cuyo objetivo es crear una alternativa para los niños y jóvenes con TDAH, con el propósito de complementar y nunca sustituir, la labor educativa de la escuela y el hogar. A través de este programa y dado que los niños y jóvenes con TDAH tienen muy mermadas las funciones ejecutivas, se les ayuda a crear hábitos y se les dota de estrategias para paliar la problemática que genera el trastorno en todos los ámbitos de su vida (escolar, familiar y social). Es una metodología novedosa que aglutina todos y cada uno de los aspectos del estudiante con TDAH. Lo implementamos en Navarra en el año 2008 habiendo aumentado progresivamente el número de participantes.

Autores

La Autora del Programa Marina Peña (Psicóloga de prestigio internacional y acreedora del Hall Of Fame de CHADD 2001 – Children and Adults with

Deficit Disorder-y de la Fundación de los EEUU de Niños y Adultos con Trastornos de Aprendizaje y Atención, y autora del Programa Psicoeducativo RETO); Para implementar este programa el equipo de trabajo pasó por un proceso de formación realizado por su autora, quien constantemente actualiza sus conocimientos, aportándoles las últimas novedades en el campo del tratamiento psicoeducativo del TDAH y TA. El equipo de trabajo de la Asociación ADHI está formado en la parte psicológica y pedagógica por: “Psicóloga Clínica, Líder del programa, Psicopedagoga, Pedagoga, Maestro y Técnico Superior en Integración Social “ y en la parte administrativa y ejecutiva miembros de la Junta de la Asociación y una recepcionista.

Punto de partida

ADHI (Asociación para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad) es una asociación sin ánimo de lucro que nació, como tal en 1998, tras varias reuniones de un grupo de padres/madres que tenían una inquietud común: un hijo/a con diagnóstico de TDAH y un desconocimiento casi absoluto de lo que aquello implicaba. Hasta el 2008 trabajamos con los niños impartiendo diferentes talleres, cuando conocimos el Programa Reto viendo que aglutinaba de manera integral todas las necesidades que conlleva el trastorno en un niño/a con TDAH, (Organización, planificación, técnicas de estudio, respeto, disciplina...), decidimos implementarlo en nuestra Asociación. El programa está avalado por los buenos resultados obtenidos en su aplicación en otros países.

Realización

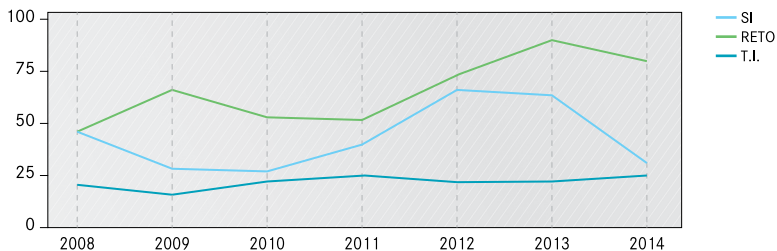
El objetivo principal del Programa RETO es “APRENDER SINTIENDO”. Pretende facilitar y adquirir determinados procedimientos, estrategias, así como el uso de herramientas, hábitos y técnicas de estudio, que favorezcan la autonomía personal y autoestima del alumno. Se trata por tanto, de apoyar y guiar al alumno en la adquisición de su propio autoaprendizaje, mantenimiento, y generalización de determinadas habilidades y estrategias que le van a permitir ponerlas en práctica tanto en el ámbito escolar como personal y social. En el Programa Reto se busca el despertar a la motivación y el desarrollo de la confianza del alumno/a promoviendo una actitud positiva hacia el aprendizaje académico y la consecución de sus propias Metas. Se trabajan las “Funciones Ejecutivas” que se encuentran

mergadas en alumnos con TDA-H: Control de la atención. Resolución de problemas. Organización y planificación de ideas. Entrenamiento de la Memoria de trabajo. Entrenamiento autocontrol de la impulsividad cognitiva y conductual. Entrenamiento autoinstruccional. Trabajo de las dificultades de aprendizajes. Respeto y disciplina.

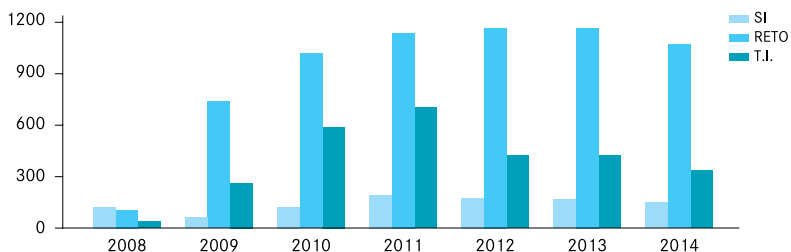
Evolución y resultados

Número de participantes.

Hay un protocolo a seguir que nos permite conocer a los niños/as a través de cuestionarios, programa SI, y entrevista con la psicóloga clínica con el objetivo de conocer la problemática que tiene cada uno. Dependiendo de los resultados, el equipo de trabajo decidirá la terapia necesaria: “T. Instru- mental (TDAH con dificultades básicas del aprendizaje) o Programa Reto (funciones ejecutivas)”. Una vez adquirida la metodología de trabajo se les da de alta



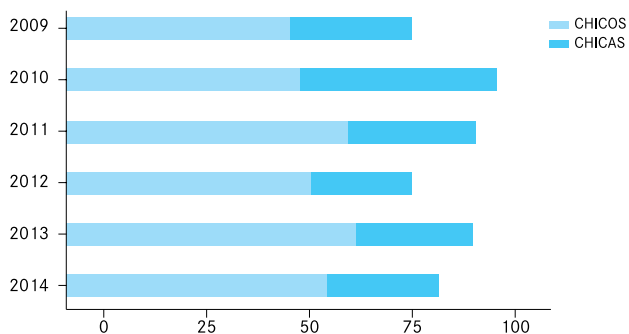
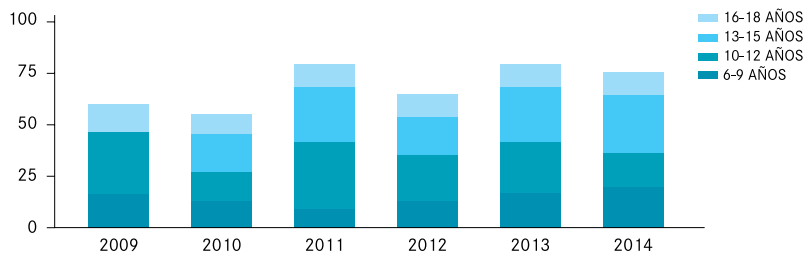
Sesiones de trabajo



Composición del grupo de alumnos.

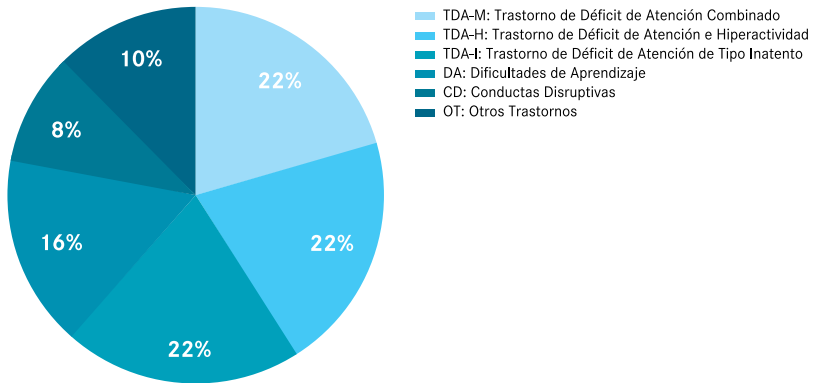
El grupo de alumnos que acude, se puede clasificar por tramos de edad y por género como sigue:

Tramos de edad de los alumnos



El requisito indispensable para pertenecer a ADHI es tener trastorno por déficit de atención, pero la mayoría de los casos, está constatado, (60%) tienen otros trastornos asociados, como se ve en la gráfica:

Diagnóstico

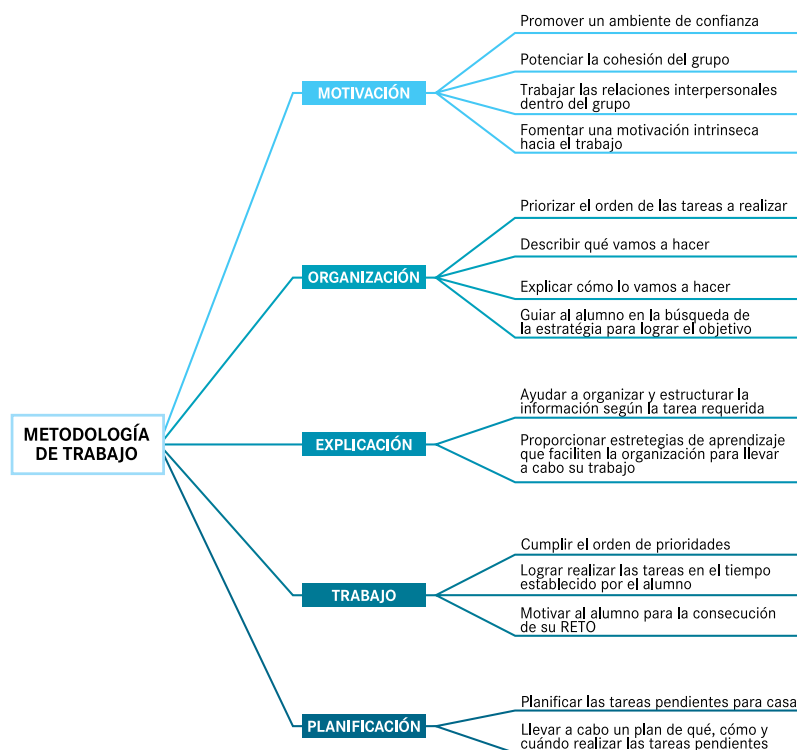


Áreas de trabajo.

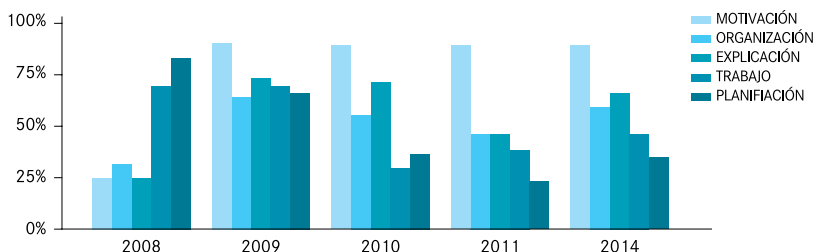
Como explicamos en el proyecto, el Programa RETO trabaja las funciones ejecutivas, que estos niños/as tiene muy mermadas o no las tienen.

La metodología de trabajo que nosotros planteamos divide cada sesión en cinco momentos, y valoramos dentro de cada uno de ellos diferentes aspectos.

Los momentos y destrezas que trabajamos son:



La adquisición por los alumnos de esta metodología de trabajo se refleja en la siguiente grafica donde se aprecia como el programa refuerza la motivación hacia el trabajo, su autonomía y otros aspectos.

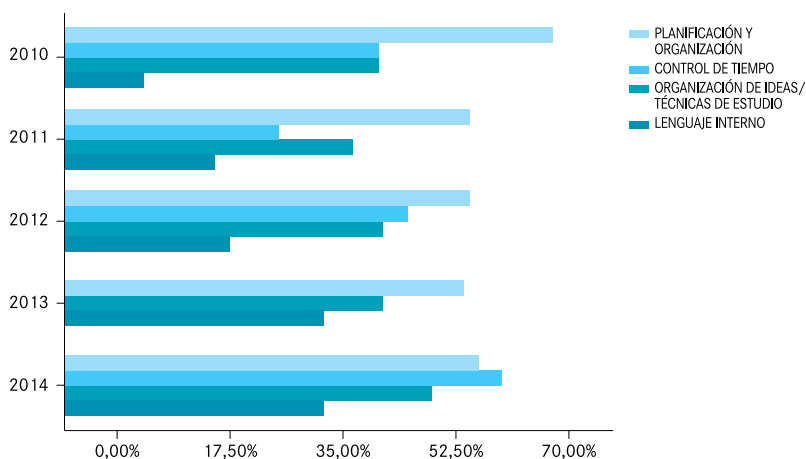


Resultados.

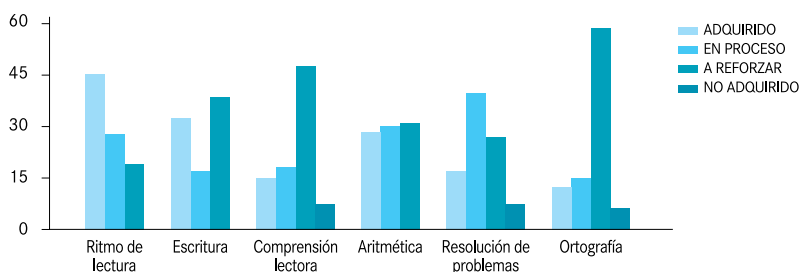
Durante estos años hemos trabajado las funciones ejecutivas fijándonos sobre todo en las siguientes áreas: Planificación y organización Control del tiempo Lenguaje interno Organización de ideas y adquisición de técnicas de estudio

En cada apartado valoramos diferentes cuestiones:

- 1.1. En el área de Planificación y organización, se valora la adquisición del hábito de llevar la agenda escolar, el orden en la carpeta /archivador y mochila, cuidado de cuadernos, control de horario semanal, planificación del trabajo a medio plazo y priorización de tareas.
- 1.2. En el área de Control del tiempo se valora la adquisición de nociones temporales.
- 1.3. En el apartado de Organización de ideas y técnicas de estudio tenemos en cuenta la elaboración de esquemas y resúmenes, técnicas de memorización, preparación de exámenes, uso de fichas, secuencias temporales, redacciones escritas, toma de apuntes, expresión oral y escrita, comprensión oral y lectora.
- 1.4. En el área de Lenguaje interno se valora el pensamiento analítico, pensamiento reflexivo y autoinstrucciones. Este apartado sobre todo en secundaria.



Resultados en áreas básicas de aprendizaje



Conclusiones

Este Programa sí es aplicable en otro contexto, siempre con sus adecuadas modificaciones y personal cualificado en esta metodología. Los recursos necesarios fundamentalmente serían: Los profesionales con motivación y una buena actitud, material específico propio del programa, esquemas, etc... Una vez adquirida la metodología ya es el propio estudiante el que la aplica por sí mismo en diferentes ámbitos: casa, escuela, estudio diario... etc En cada área se evalúa de manera individualizada la consecución de los objetivos.

Fue a final de 2008, coincidiendo con el inicio del curso escolar 2008-2009, cuando ADHI implementó el programa RETO. Desde entonces han trans-

currido ya siete años, y seguimos trabajando con la misma ilusión ya que cuanto más conocemos el programa más creemos en sus beneficios. En este momento, nuestro trabajo ya se ha asentado y podemos evaluar sus resultados con perspectiva.

Gracias a este programa los niños/as con TDAH pueden tener un buen futuro ya que les ayuda en su autonomía e independencia en todos los ámbitos de su vida.

SER GUÍAS PARA QUE SE ABRAN EL CAMINO DE LA VIDA.

Originalidad

El RETO es un programa que, si bien muchos pueden decir que hacen algo parecido, lo que le distingue y así lo hemos podido comprobar, es su estructura, pensada al milímetro por su autora Marina Peña.

RETO proporciona un apoyo individualizado y personalizado, adaptado a las características, necesidades, nivel de desarrollo, ritmo y dificultades que presenta cada alumno/a. Se trabaja en diferentes áreas curriculares, potenciando e incidiendo sobre aquellas en las que se encuentra mayor dificultad y su rendimiento académico es menor.

Al ser un programa integral, además de los aspectos educativos se trabaja, todo aquello que envuelve al niño/a, adolescente con TDAH y a su entorno, problemas emocionales, socio-afectivos... etc. Fomenta la independencia en todos los ámbitos de su vida cotidiana, pertenencia al grupo, conocerse así mismo y conocer su trastorno para aprender estrategias y así paliar su sintomatología.

Como innovador y para conocer lo descrito anteriormente se pasa un programa interactivo (Programa SI, “Soy Independiente”) de motivación hacia el aprendizaje y autoconocimiento personal, que además permite conocer las habilidades y dificultades del niño/a.

Estamos orgullosos de ser pioneros en España en impartir esta metodología de trabajo que aglutina todos y cada uno de los aspectos del estudiante con TDAH.

5.4. “Intervención escolar para alumnado con TDAH o trastornos de aprendizaje” (Colegio Santa María la Real-Maristas)

El Colegio Santa María la Real - Maristas de Sarriguren escolariza a 1688 alumnos, desde el primer ciclo de Educación Infantil hasta el Bachillerato. Aproximadamente 104 de ellos han recibido un diagnóstico de TDAH por parte de un servicio de salud.

Resumen

Durante el curso 2013-2014 el Colegio Santa María la Real – Maristas puso en marcha un programa para mejorar el rendimiento del alumnado con TDAH o trastornos de aprendizaje. Los elementos básicos de este programa eran una guía de intervención preparada en el centro y los planes individuales que los profesores preparaban, tomando como referencia la guía y las recomendaciones del departamento de orientación. Para valorar la eficacia de esta medida, se compararon las calificaciones de los 42 alumnos de primaria atendidos, antes y después del uso de los planes. Se observaron mejoras significativas en la media global y en algunas áreas. Esas mejoras se relacionaban, sobre todo, con medidas de apoyo, selección de contenidos y adaptación de pruebas de evaluación.

Autores

Juan C. Ripoll Salceda.
Beatriz Saralegui Aristu.
Mikel Yoldi Hualde.
Gerardo Aguado Alonso.

Punto de partida

La publicación de la Orden Foral 65/2012 que regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo debidas a trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o a trastornos de aprendizaje estableció, con carácter general, las líneas para la atención escolar al alumnado con estos problemas. Este cambio hizo necesario actualizar los procedimientos de atención a la diversidad en el centro y

daba la posibilidad de organizar un conocimiento práctico adquirido durante años de trabajo con alumnado con TDAH y otros problemas de aprendizaje.

Realización

Los objetivos de esta experiencia son:

1. Mejorar el rendimiento escolar del alumnado con TDAH y trastornos de aprendizaje.
2. Adaptar el proceso de atención a la diversidad del centro a la OF 65/2012.
3. Dotar al profesorado de un repertorio amplio de estrategias de atención a la diversidad aplicables en el aula ordinaria.

Para alcanzar estos objetivos preparamos una guía con medidas relacionadas con el entorno, las actividades de enseñanza, la tarea, la evaluación, la organización y el comportamiento. Esta guía estaba basada en las indicaciones de la administración educativa, evidencias científicas y buenas prácticas del centro.

Los tutores de este alumnado reciben, al comenzar el curso escolar una recomendación con las medidas que el departamento de orientación considera que pueden ser beneficiosas y, cuando es posible, una copia del plan que cada alumno tenía en el curso anterior. Con esta documentación y la guía como material de consulta los equipos de profesores preparan los planes individuales para el curso, envían una copia al departamento de orientación y los presentan a las familias de los alumnos.

Evolución y resultados

La eficacia de esta forma de trabajar se valoró con alumnado de educación primaria, comparando las calificaciones obtenidas por los 45 alumnos que tuvieron planes individuales en la primera y segunda evaluaciones del curso anterior al plan con las obtenidas en la primera y segunda evaluaciones del curso en el que comenzaban a trabajar con plan individual. Además se compararon las mejoras obtenidas por el alumnado con TDAH (22 personas) con las que obtuvieron sus 23 compañeros con trastornos de aprendizaje o bajo rendimiento escolar por otros motivos.

Alumnado con TDAH		Trastorno de aprendizaje y bajo rendimiento	
Área	Tamaño del efecto	Área	Tamaño del efecto
Primera evaluación			
Calificación media	0,67**	Calificación media	0,73**
Conoc. del Medio	0,58*	Conoc. del Medio	0,74**
Lengua Española	0,56**	Lengua Española	0,63**
Matemáticas	0,50*	Matemáticas	0,87**
		Educación Artística	0,76**
Segunda evaluación			
Calificación media	0,45**	Calificación media	0,37**
Conoc. del Medio	0,76**	Conoc. del Medio	0,52*
		Lengua Española	0,43*
		Educación Artística	0,37*

Significación estadística:
 * $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$

La tabla que acompaña este texto muestra las áreas en las que se produjo una mejora significativa. En las asignaturas que no aparecen en la tabla las calificaciones no cambiaron sustancialmente. Para interpretar estos resultados es necesario tener en cuenta que un tamaño del efecto menor que 0,20 se considera irrelevante, entre 0,20 y 0,50 se trata de un efecto pequeño, entre 0,50 y 0,80 un efecto mediano y un efecto mayor que 0,80 se considera grande.

Las medidas empleadas por el profesorado que tuvieron mayor relación con las mejoras fueron la selección de contenidos, la adaptación de pruebas de evaluación y el refuerzo y apoyo. Esto indica que los resultados se deben

tomar con cautela ya que no se puede descartar la hipótesis de que las mejoras observadas en el rendimiento se deban a la facilitación que pueden suponer la selección de contenidos y la adaptación de pruebas de evaluación.

Las medidas que se emplearon con mayor frecuencia fueron la situación en la parte delantera de la clase, exámenes adaptados, selección de compañeros, aviso de fechas de examen y entrega de trabajos, guiones para preparar exámenes, revisión periódica de la carpeta y revisión de mochila, agenda y cajón.

Conclusiones

Proponemos una forma de trabajo con el alumnado con TDAH y trastornos de aprendizaje sencilla con bajo coste económico y acorde con el conocimiento actual sobre estos problemas y las estrategias para su tratamiento. No somos tan ingenuos como para pensar que se pueda trasladar a otro centro por la simple adopción de los materiales, aunque su consulta puede proporcionar ideas interesantes sobre posibles actividades y estrategias.

En la actualidad se continúa utilizando este procedimiento de intervención y al mismo tiempo se están recogiendo los materiales que se están empleando o creando para la aplicación de las distintas medidas de modo que en el futuro se pueda preparar una nueva guía en la que las medidas y las estrategias vayan acompañadas de los recursos necesarios para su aplicación.

Originalidad

El uso de una guía de intervención y de planes individuales para el alumnado no es especialmente novedoso. Muchos colegios lo están empleando, pero lo que nos puede diferenciar de ellos es que una de las fuentes para la redacción de nuestra guía fue la revisión extensa de la investigación científica sobre medidas educativas para la atención al TDAH, aplicando la filosofía de la educación basada en evidencias.

Otra de nuestras fuentes han sido las propias prácticas del centro. En cierta manera, esta experiencia es el estado actual de un proceso de varios años en el que la formación, el liderazgo, la sensibilidad y la inquietud por atender al alumnado con dificultades de aprendizaje van construyendo una

cultura escolar que, en el caso del TDAH, no sólo cristaliza en la guía, sino que también ha dado como resultado dos libros sobre intervención educativa en TDAH, un blog especializado y numerosas presentaciones en jornadas y cursos de formación a profesorado de otros centros.

Pero quizá lo más importante de todo es que se ha intentado valorar la eficacia de las medidas. Las limitaciones del método utilizado impiden obtener conclusiones firmes, pero es interesante que se observe una mejora en el rendimiento académico cuando está documentado que este rendimiento tiende a disminuir progresivamente en el alumnado con TDAH a lo largo de la escolaridad.

6. Conclusiones

El presente estudio es una aproximación al fenómeno del TDAH en la sociedad navarra, en especial en el ámbito educativo. Para conocer más datos habría que continuar realizando más estudios, y habría que seguir detenida y personalmente la evolución de los chicos afectados y sus familias. Igualmente la evolución del sistema educativo, normativa, currículos, medidas de atención educativa, serán determinantes en su tratamiento.

Este informe que presenta el Consejo Escolar de Navarra pretende ofrecer datos que permitan a la comunidad educativa, a las familias, a los profesionales educativos y a las autoridades reflexionar sobre este fenómeno. En los años venideros, será importante observar el incremento de casos diagnosticados, así como la aplicación de adaptaciones educativas, seguimientos psicológicos y tratamientos farmacológicos.

El mejor conocimiento del TDAH posibilitará optimizar el uso de recursos educativos, una mayor eficacia de los tratamientos y una mejora en el rendimiento escolar de los chicos y chicas diagnosticadas.

Con el deseo de poder ofrecer sugerencias a los equipos de trabajo así como a los responsables educativos, se presentan reunidas las conclusiones de las diferentes partes de las que consta el estudio. Por una parte las del análisis estadísticos de los datos actuales del fenómeno del TDAH en nuestra Comunidad Foral, y por otra las conclusiones del estudio realizado con las familias integradas en alguna de las asociaciones navarras que trabajan con el trastorno.

1. En este momento no existe un estudio global fiable de la prevalencia del TDAH en los centros educativos de Navarra. No obstante, atendiendo a los

datos disponibles referidos al alumnado diagnosticado en las enseñanzas no universitarias, se puede afirmar que el 2,75 % del alumnado presenta TDAH.

2. En las Enseñanzas Básicas (Primaria y ESO) y en Infantil, el mayor número de alumnado diagnosticado de TDAH se concentra en las etapas de Infantil y Primaria con 1.219 alumnos y alumnas, y en la Educación Secundaria Obligatoria con 1.234, bajando sustancialmente el número de casos en las enseñanzas postobligatorias, con 487 diagnósticos. No obstante, cuando se calcula el porcentaje de diagnósticos con relación al total del alumnado matriculado en la etapa se constata que es en la ESO en donde se concentra un mayor porcentaje de alumnado que alcanza el 4,84 % del total de alumnos matriculados en esta etapa.

3. Dentro de la Formación Profesional y el bachillerato sobresale el porcentaje de alumnado de PCPI diagnosticado con TDAH, ya que un 6,98 % del total de alumnos matriculados en estos programas formativos están diagnosticados.

4. La incidencia del TDAH no es la misma entre alumnos y alumnas. El fenómeno tiene mayor prevalencia entre los niños, adolescentes y jóvenes varones. Así, tres de cada cuatro diagnósticos existentes en las enseñanzas no universitarias corresponden a varones.

5. Parece ser que el nivel socioeconómico y cultural del alumnado escolarizado en los centros no incide perceptiblemente sobre la incidencia del TDAH en el alumnado no universitario de Navarra. La mayor proporción del alumnado diagnosticado está escolarizado en centros con un nivel socioeconómico y cultural alrededor de la media (media desviación típica hacia arriba y hacia abajo), mientras que pocos alumnos se hayan escolarizados en centros con nivel medio alto o alto (más de media desviación típica) o en centros con un nivel medio bajo o bajo (menos de media desviación típica). Esta distribución se corresponde con la distribución sociológica de esta variable.

6. Los centros públicos escolarizan más alumnos diagnosticados de TDAH (1700 alumnos) que los centros concertados (1240 alumnos). No obstante, teniendo en cuenta el número total de alumnos matriculados en cada red, proporcionalmente los centros concertados escolarizan

mayor proporción (3,34%) que los centros públicos (2,56 %) de alumnado diagnosticado con TDAH.

7. Conforme aumenta el tamaño del centro se incrementa igualmente el número de diagnósticos de TDAH. Sobresale el salto del número de diagnósticos entre centros medianos (de trece a veinte grupos) con 695 diagnósticos y los centros grandes (más de veinte grupos) con 1597 diagnósticos. En el informe no se ha calculado el porcentaje correspondiente a cada caso, por lo tanto no es posible sacar conclusiones fiables de estos datos respecto a la incidencia del tamaño del centro.

8. Cada año se incrementa significativamente el número de diagnósticos. Si en el año 2009 no llegaban a mil el número de alumnos diagnosticados, cuatro años más tarde ascendía a casi el triple. Diferencialmente el diagnóstico de chicos se incrementa sustancialmente, mientras que el diagnóstico de niñas se mantiene prácticamente estable con un incremento pequeño.

9. Según la información aportada por las familias, la evolución de los chicos y chicas en los tres ámbitos de estudio (personal, familiar y escolar) ha sido favorable. Sin embargo, se destaca su mejora en el ámbito escolar frente a las otras dos (ej: *ponerse a hacer las tareas y presentación de los trabajos adecuadamente*).

10. Tras el tratamiento los padres y madres perciben que su autoconcepto escolar ha mejorado. Es decir, parece que la visión que tienen de sí mismos como estudiantes ha mejorado.

11. Las familias de estos chicos y chicas dicen que tienen buena relación con otras personas y en concreto que se *relacionan adecuadamente con sus compañeros de clase* siendo este un aspecto muy positivo para su buen desarrollo personal y académico.

12. Para estos 74 chicos y chicas, no se observa una evolución constante en función de los años asociados. Quienes llevan más años únicamente puntúan más alto en los aspectos relacionados con el *ámbito académico* como son la presentación de los trabajos, la expresión verbal en clase, el cumplimiento de las rutinas en clase o trabajar adecuadamente en el aula. En los demás ámbitos la evolución es similar.

13. En general, quienes reciben tratamiento psicológico frente a quienes sólo lo hacen farmacológicamente obtienen mejores resultados. Y estos resultados mejoran si además los padres acuden a sesiones formativas.

14. Acudir a las asociaciones ha ayudado a los padres a saber más y mejor cómo reforzar los aspectos escolares, saber cómo organizar las rutinas del día a día y ha mejorado su relación con los centros educativos en los que estudian sus hijos.

15. Actualmente, los padres de estos chicos entienden mejor qué es lo que le sucede a sus hijos. Entienden mejor su comportamiento, sus actitudes y respuestas emocionales y saben y han aprendido cómo mejorar las rutinas del día a día.

7. Bibliografía

Arco Tirado, José Luis Arco Tirado; Fernández Martín, Francisco D. e Hinojo Lucena, Francisco Javier (Universidad de Granada). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica*, Psicothema 2004, Vol. 16.

Artigas Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del Neurodesarrollo*, Viguera Editorial
Orjales Villar, I. (2000) *Déficit de atención con hiperactividad*, CEPE Editorial.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (2010) *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, Panamericana Editorial.

Barkley, R. (2006). Niños hiperactivos. *Cómo comprender y atender a sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona, Paidós.

Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra, (2013). *Atentos al déficit de atención (TDAH)*.

CREENA (2012). Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (tdah) en las aulas. Pamplona, Gobierno de Navarra. Departamento de Educación.

Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo, Javier Correas Lauffer and F.J. Quintero Lumbreras (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, Editorial:Elsevier Masson.

García, J.V., Grau, C. y Garcés, J. (2014). *Cuestionarios TDAH para profesores. Un análisis desde los criterios del DSM-IV-TR Y DSM-V. REOP*. Revista española de orientación psicopedagógica, 25, (1), 62-77.

García de Vinuesa, F., González Pardo, H., Pérez Álvarez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad*, Alianza Editorial.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

Orden foral 65/2012, de 18 de junio, del Consejero de Educación, por la que se 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.

Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación, por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra. (BON N° 93 - 30 de julio de 2008)

Protocolo de derivación y traspaso de información TDAH en niños y adolescentes.

Libro Blanco europeo sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (2013): ADHD: making the invisible visible (TDAH: haciendo visible lo invisible). Disponible en :www.infocop.es/view_article.asp?id=4622

(Referencias de las principales aportaciones del Colegio Santa María la Real en relación a la atención educativa a alumnado con TDAH)

Ripoll, J. C. y Yoldi, M. (2009). *Alumnos distraídos, inquietos e impulsivos (TDA-H)*. Madrid: CEPE.

Ripoll, J. C. (2014). *Estudiar y hacer la tarea. Alumnos de la ESO, incluso con TDAH*. Madrid, CEPE.

Ripoll, J.C. (2014). “*Intervención en un problema de comportamiento a través del asesoramiento a la familia. Material complementario.*” En J.N. García (Ed.). *Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje*. Madrid, Pirámide.

Rojas Marcos, L. (2008). *Hiperactivos*, Lo Que No Existe Editorial.

Ripoll Salceda, J.C. y Yoldi Hualde, M. (2009). *Alumnos distraídos, Inquietos e Impulsivos*, CEPE Editorial.

S. Young, M. Fitzgerald, M.J. Postma. *TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados* (2013).

Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.

Zevallos, S. y Ripoll, J. C. (2013). *Uso de flash-cards para mejorar el aprendizaje de alumnos con TDAH. Comunicación presentada en las Jornadas Virtuales Científico Técnicas Sobre el TDAH del Grupo Albor-Cohs.*
www.academia.edu/5320542/Uso_de_flash-cards_para_mejorar_el_aprendizaje_de_alumnos_con_TDAH

8. Anexos

ANEXO I

Análisis de variables TDAH en Navarra

Parte I

Tablas

Distribución por Titularidad del Centro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Privado Concertado	1240	42,2	42,2	42,2
Público	1700	57,8	57,8	100
Total	2940	100,0	100,0	

Etapa educativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bach. LOE	225	7,7	7,7	7,7
Bach. LOE Adultos Dist.	2	,1	,1	7,7
Bach. LOE Adultos Pres.	1	,0	,0	7,8
C.Preparatorio LOE	16	,5	,5	8,3
CF MEDIO	40	1,4	1,4	9,7
CF SUPER	4	,1	,1	9,8
CF.AR.GS	2	,1	,1	9,9
CFGM LOE	102	3,5	3,5	13,3
CFGS LOE	13	,4	,4	13,8
CPSE	1	,0	,0	13,8
Curso Preparatorio LOE	1	,0	,0	13,8
EI	17	,6	,6	14,4
EP	1202	40,9	40,9	55,3
ESO	1234	42,0	42,0	97,3
ESPA LOE D	4	,1	,1	97,4
ESPA LOE P	9	,3	,3	97,7
PCPI (Básica)	38	1,3	1,3	99,0
PCPI Taller Prof.	28	1,0	1,0	100,0
PCPIE	1	,0	,0	100,0
Total	2940	100,0	100,0	

Distribución de Centros por número de Grupos

Número de grupos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	7	2,7	2,7	2,7
2	8	3,1	3,1	5,8
3	3	1,1	1,2	6,9
4	15	5,7	5,8	12,7
5	16	6,1	6,2	18,8
6	10	3,8	3,8	22,7
7	5	1,9	1,9	24,6
8	13	5,0	5,0	29,6
9	17	6,5	6,5	36,2
10	7	2,7	2,7	38,8
11	12	4,6	4,6	43,5
12	11	4,2	4,2	47,7
13	7	2,7	2,7	50,4
14	4	1,5	1,5	51,9
15	5	1,9	1,9	53,8
16	8	3,1	3,1	56,9
17	12	4,6	4,6	61,5
18	20	7,6	7,7	69,2
19	6	2,3	2,3	71,5
20	6	2,3	2,3	73,8
21	3	1,1	1,2	75,0
22	6	2,3	2,3	77,3
23	5	1,9	1,9	79,2

Número de grupos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
24	3	1,1	1,2	80,4
25	3	1,1	1,2	81,5
26	11	4,2	4,2	85,8
27	4	1,5	1,5	87,3
28	2	,8	,8	88,1
29	2	,8	,8	88,8
30	2	,8	,8	89,6
32	3	1,1	1,2	90,8
33	2	,8	,8	91,5
34	2	,8	,8	92,3
35	2	,8	,8	93,1
37	1	,4	,4	93,5
38	1	,4	,4	93,8
39	3	1,1	1,2	95,0
40	2	,8	,8	95,8
41	1	,4	,4	96,2
42	1	,4	,4	96,5
47	2	,8	,8	97,3
52	5	1,9	1,9	99,2
57	1	,4	,4	99,6
67	1	,4	,4	100,0
Total	260	99,2	100,0	
No consta	2	,8		
Total	262	100,0		

Distribución por Número de líneas del Centro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 línea (4 grupos o menos)	84	2,9	2,9	2,9
2/3 líneas (5 a 12 grupos)	560	19,0	19,1	21,9
4/5/ líneas (13 a 20 grupos)	695	23,6	23,7	45,6
mas de 5 líneas (más de 20 grupos)	1597	54,3	54,4	100,0
Total	2936	99,9	100,0	
No consta	4	,1		
Total	2940	100,0		

Distribución por tramos de ISEC

ISEC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor que -0,5	347	11,8	11,8	11,8
Desde -0,5 hasta 0,5	2021	68,7	68,9	80,7
Mayor que 0,5	565	19,2	19,3	100,0
Total	2933	99,8	100,0	
No consta	7	,2		
Total	2940	100,0		

Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Chico	2205	75,0	75,0	75,0
Chica	735	25,0	25,0	100,0
Total	2940	100,0	100,0	

Parte II

Incidencia del sexo del alumnado

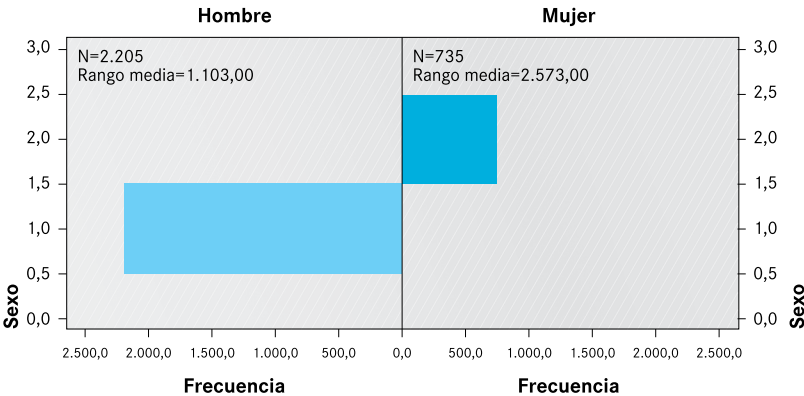
Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de sexo es la misma entre las categorías de SexoCAT	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asíntóticas. el nivel de significancia es ,0

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Sexo CAT



Nº total	2.940
U de Mann-Whitney	1.620.675,000
W de Wilcoxon	1.891.155,000
Estadístico de contaste	1.620.675,000
Error estándar	14.947,417
Estadístico de contraste estandarizado	54,213
Significación asintónica (prueba bilateral)	,000

Incidencia de la titularidad del centro en el que se escolariza

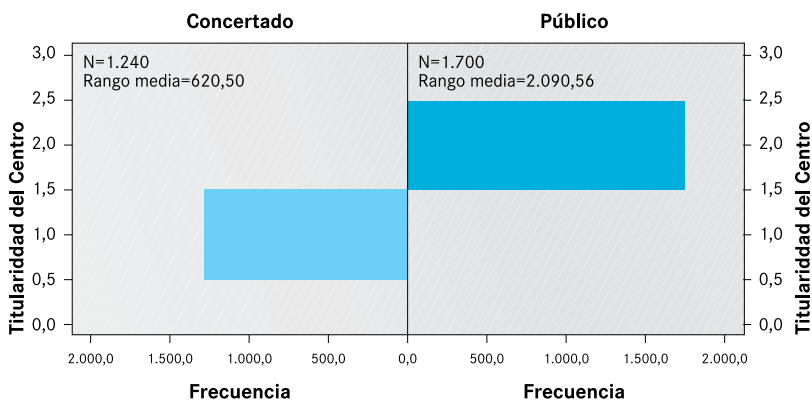
Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Titularidad del Centro es la misma entre las categorías de Titularidad del Centro	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Sexo CAT



Nº total	2.940
U de Mann-Whitney	2.108.000,000
W de Wilcoxon	3.553.850,000
Estadístico de contraste	2.108.000,000
Error estándar	19.441,995
Estadístico de contraste estandarizado	54,213
Significación asintótica (prueba bilateral)	,000

Incidencia del ISEC de centro

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tramos ISEC es la misma entre las categorías de Tramos ISEC.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Tramos ISEC

Nº total	2.933
Estadístico de contraste	2.932,000
Grados de libertad	2
Significación asintónica (prueba bilateral)	,000

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates

Incidencia del tamaño del centro

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Número de líneas del Centro es la misma entre las categorías de Número de líneas del Centro.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Número de líneas del Centro

Nº total	2.936
Estadístico de contraste	2.935,000
Grados de libertad	3
Significación asintótica (prueba bilateral)	,000

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates

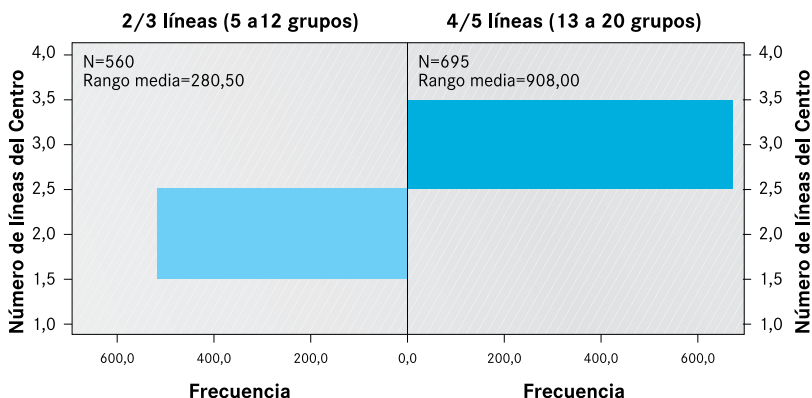
Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Número de líneas del Centro es la misma entre las categorías de Número de líneas del Centro.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Número de líneas del Centro



Nº total	1.255
U de Mann-Whitney	389.200,000
W de Wilcoxon	631.060,000
Estadístico de contaste	389.200,000
Error estándar	5.495,334
Estadístico de contraste estandarizado	35,412
Significación asintónica (prueba bilateral)	,000

Incidencia de la etapa educativa (edad del alumnado)

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Etapa educativa es la misma entre las categorías de Etapa educativa.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Etapa educativa

Nº total	2.940
Estadístico de contraste	2.939,000
Grados de libertad	18
Significación asintónica (prueba bilateral)	,000

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates

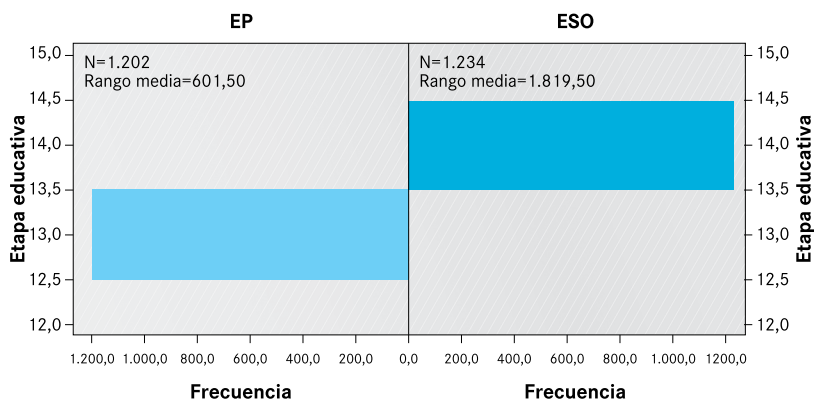
Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Etapa educativa es la misma entre las categorías de Etapa educativa.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula

Se muestran significaciones asintóticas. el nivel de significancia es ,05

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Etapa educativa



Nº total	2.436
U de Mann-Whitney	1.483.268,000
W de Wilcoxon	2.245.263,000
Estadístico de contaste	1.483.268,000
Error estándar	15.029,348
Estadístico de contraste estandarizado	49,346
Significación asintónica (prueba bilateral)	,000

Parte III

Asociación con variables

Asociación con Titularidad del Centro

	Privado Concertado	Público	
Diagnosticados	1240	1700	2940
No diagnosticados	24024	57032	81056
	25264	58732	83996

$$\chi^2 = 212,07 \text{ } (\chi^2_{(1)}, (0,95) = 3,841)$$

Asociación con modelo lingüístico

	Modelo D	Modelo G	
Diagnosticados	457	2483	2940
No diagnosticados	21742	52444	74186
	22199	54927	77126

$$\chi^2 = 261,33 (\chi^2_{(1)}(0,95) = 3,841)$$

Asociación con etapa educativa

	Infantil y Primaria	ESO	Post obligatoria	
Diagnosticados	1219	1234	407	2860
No diagnosticados	59134	24238	17328	100700
	60353	25472	17735	103560

$$\chi^2 = 549,59 (\chi^2_{(2)}(0,95) = 5,991)$$

Parte IV

Series temporales y tendencias

Tendencia de diagnósticos en alumnos de Centros Privados concertados

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
CONCERTH-Modelo_1	0	,815		0		0

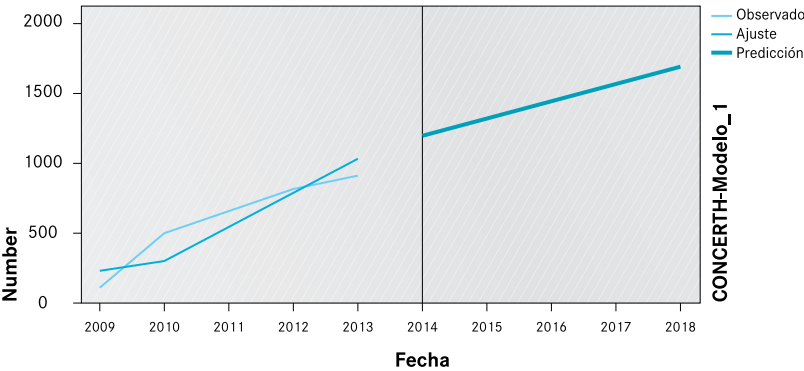
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo			Estimación	SE	t	Sig.
CONCERTH-Modelo_1	Sin transformación	Alfa (nivel)	,300	,319	,942	,416
		Gamma (tendencia)	2,354E-5	,280	8,404E-5	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
CONCERTH-Modelo_1	Predicción	1006	1165	1323	1481	1639
	LCS	1431	1608	1784	1960	2134
	LCI	582	721	862	1002	1114

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en alumnas de Centros Privados concertados

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
CONCERTH-Modelo_1	0	,853		0		0

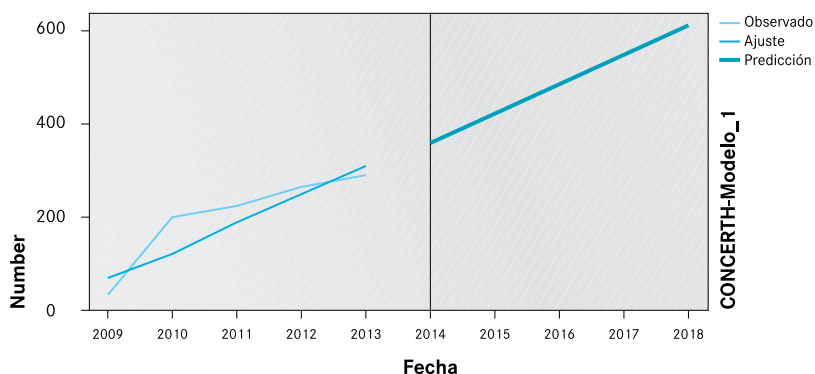
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo		Estimación	SE	t	Sig.
CONCERTH-Modelo_1	Sin transformación Alfa (nivel)	,300	,306	,982	,399
	Gamma (tendencia)	5,508E-6	,265	2,081E-5	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
CONCERTH-Modelo_1	Predicción	375	437	499	561	623
	LCS	521	589	658	726	793
	LCI	229	285	341	397	453

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del período de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en Centros Privados concertados

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
CONCERTH-Modelo_1	0	,827		0		0

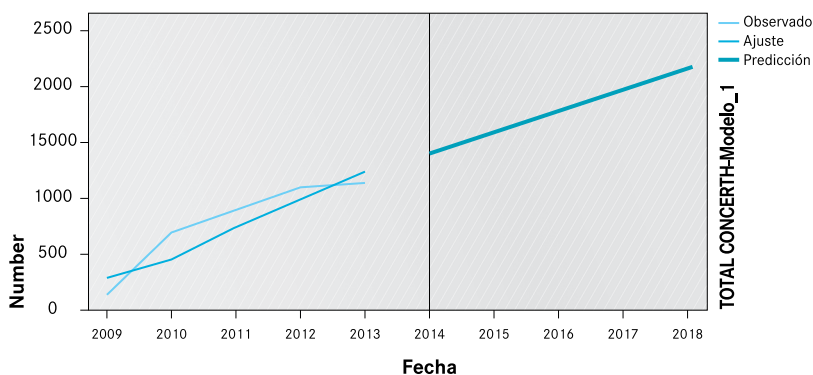
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo	Estimación	SE	t	Sig.
CONCERTH-Modelo_1 Sin transformación Alfa (nivel)	,300	,315	,954	,410
Gamma (tendencia)	9,954E-6	,275	3,618E-5	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
CONCERTH-Modelo_1	Predicción	1382	1602	1822	2042	2262
	LCS	1950	2195	2440	2683	2926
	LCI	813	1008	1204	1401	1599

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en Centros Públicos (Alumnos)

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
PUBLICCOSH-Modelo_1	0	,959		0		0

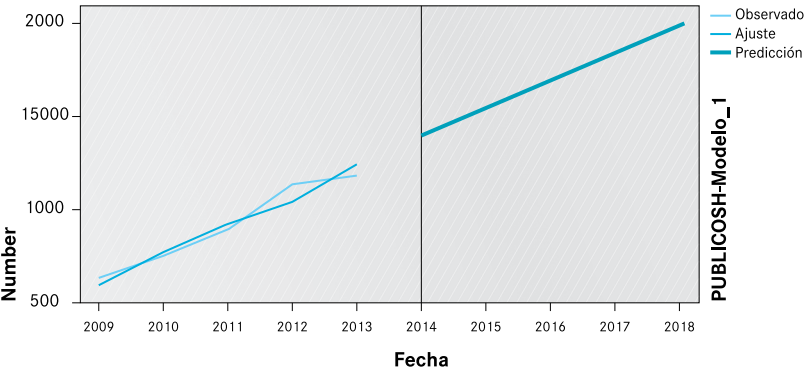
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo		Estimación	SE	t	Sig.
PUBLICOSH- Modelo_1	Alfa (nivel)	,391	,299	1,308	,282
	Gamma (tendencia)	1,462E-7	,117	1,244E-6	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
PUBLICOSH- Modelo_1	Predicción	1381	1536	1690	1845	1999
	LCS	1566	1734	1901	2068	2234
	LCl	1197	1338	1479	1622	1765

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en Centros Públicos (Alumnas)

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
PUBLICOSH-Modelo_1	0	,966		0		0

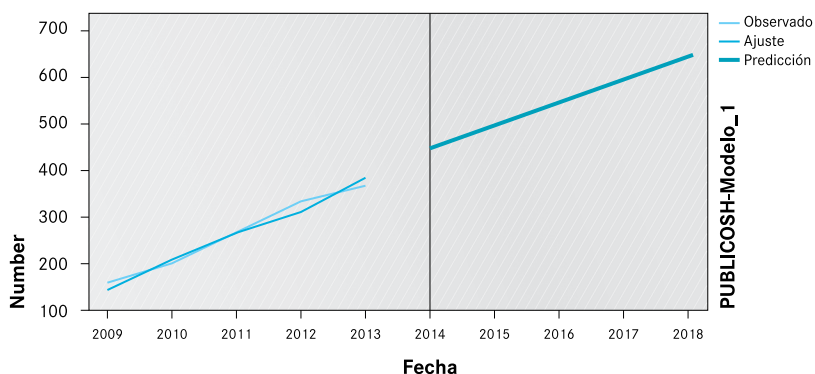
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo	Estimación	SE	t	Sig.
PUBLICOSH- Sin transformación Alfa (nivel) Modelo_1	,393	,288	1,368	,265
Gamma (tendencia)	8,963E-7	,108	8,337E-6	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
PUBLICOSH-Modelo_1	Predicción	438	491	545	599	653
	LCS	496	554	612	670	727
	LCI	379	429	478	528	579

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del período de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en Centros Públicos (Todos)

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
		R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.	
TOTALPUBL-Modelo_1	0	,961		0		0

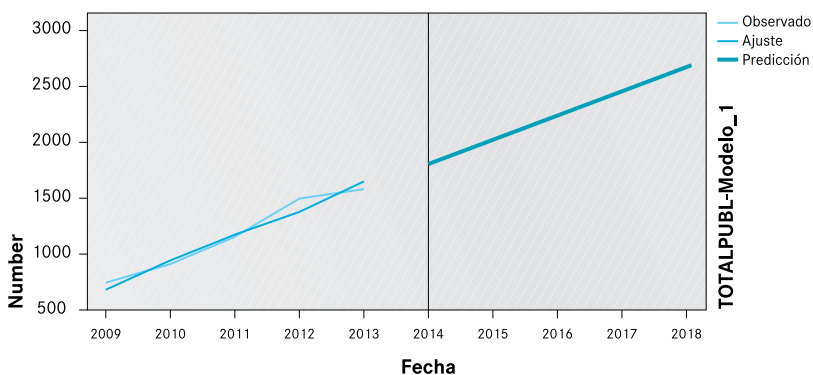
Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo	Estimación	SE	t	Sig.
TOTALPUBL- Sin transformación Alfa (nivel)	,391	,294	1,331	,275
Modelo_1 Gamma (tendencia)	1,371E-6	,114	1,199E-5	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
TOTALPUBL-Modelo_1	Predicción	1819	2027	2236	2444	2652
	LCS	2061	2287	2512	2736	2959
	LCI	1577	1768	1959	2152	2345

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.



Tendencia de diagnósticos en todos los Centros

Estadísticos del modelo

Modelo	Número de predictores	Estadísticos de ajuste del modelo	Ljung-Box Q(18)			Nº de valores atípicos
			R cuadrado	Estadísticos	DF	Sig.
TOTALGLOBAL-Modelo_1	0	,942			0	

Parámetros del modelo de suavizado exponencial

Modelo	Estimación	SE	t	Sig.	
TOTALGLOBAL- Sin transformación Modelo_1	Alfa (nivel)	,396	,452	,877	,445
	Gamma (tendencia)	7,029E-6	,158	4,441E-5	1,000

Predicción

Modelo		2014	2015	2016	2017	2018
TOTALGLOBAL- Modelo_1	Predicción	3199	3628	4056	4485	4913
	LCS	3810	4285	4757	5226	5693
	LCI	2588	2971	3356	3744	4134

Para cada modelo, las predicciones empiezan después del último valor no perdido en el rango del período de estimación solicitado, y finaliza en el último período para el cual los valores perdidos de todos los predictores están disponibles o al final de la fecha del periodo de predicción solicitado, lo que suceda antes.

ANEXO II

CUESTIONARIO TDAH PARA FAMILIAS

Estudio del Consejo Escolar de Navarra junto con la colaboración de las Asociaciones Navarras de TDAH (Sarasate, ANDAR y ADHI)

1. Datos generales de su hijo/a

Sexo: ☐ Chico ☐ Chica

Edad actual: _____

Curso escolar actual: _____

2. Datos sobre su escolarización

A. Tipo de centro en el que estudia actualmente: ☐ Público ☐ Concertado

B. Modelo lingüístico del centro: _____

C. ¿Ha cambiado alguna vez de centro educativo debido al diagnóstico de TDAH de su hijo/a ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles fueron sus motivos? _____

D. ¿Ha repetido algún curso? ☐ Sí ☐ No Cuál/es: _____

E. ¿Tiene algún tipo de adaptación curricular en el centro? ☐ Sí ☐ No
Cuál/es: _____

F. ¿Estáis de acuerdo con el tipo de atención que recibe en el colegio/instituto?
☐ En total desacuerdo ☐ Regular ☐ De acuerdo
☐ Muy de acuerdo ☐ No lo sé

F. ¿En que asignaturas presenta mayor dificultad? _____

3. Datos sobre el diagnóstico y el tratamiento

- A.Cuál es la Fecha del diagnóstico: _____ o Edad a la que fue diagnosticado/a vuestro/a hijo/a: _____
- B.¿Ha sido diagnosticado o presenta actualmente algún otro trastorno (comorbilidad)? ☐ Sí ☐ No
Cuál/es: _____
- C.¿Existe algún familiar más diagnosticado con TDAH? ☐ Sí ☐ No
¿Quién es?: _____
- D.¿Recibe tratamiento farmacológico? ☐ Sí ☐ No
¿Durante cuánto tiempo? _____
- E.¿Recibe tratamiento psicológico? ☐ Sí ☐ No
¿Dónde recibe el tratamiento? _____
¿Durante cuánto tiempo? _____
- F.¿Estáis de acuerdo con el tipo de tratamiento psicológico que recibe vuestro hijo/a? ☐ Sí ☐ No ¿Por qué? _____

4. Datos sobre el Apoyo familiar y la participación en Asociaciones

- A.¿Recibe algún otro tratamiento o apoyo fuera de la Asociación diagnosticado/a vuestro/a hijo/a: ☐ Sí ☐ No
Cuál/es: _____
- B.¿Cuántos años lleváis como socios de la Asociación?
☐ <1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ >3
- C.¿Cuántos años lleva tu hijo/a en intervención individual?
☐ <1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ >3
- D.¿Participa en alguna otra actividad de la Asociación? ☐ Sí ☐ No
- E. Cómo padres, ¿Habéis recibido formación/orientación psicoeducativa a raíz del diagnóstico? ☐ Sí ☐ No
¿En qué ha consistido? _____
- F.¿Consideráis que esa formación/orientación ha sido la adecuada para vosotros? ☐ Sí ☐ No
Si vuestra respuesta es negativa, indicad la razón _____
-

Ámbito familiar

13. Decir la verdad en casa
14. Controlar las rabietas cuando está en familia o en casa
15. Colaborar en las actividades familiares
16. Aprovechamiento del tiempo en casa
17. Motivación
18. Control emocional en casa
19. Tener buena relación con sus hermanos
20. Mantener un comportamiento adecuado en situaciones familiares

Antes					Actualmente				
1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho

Ámbito escolar

21. Comprende lo que lee en clase
22. Su escritura en clase es adecuada
23. Presenta los trabajos adecuadamente
24. Su expresión verbal en el colegio es buena
25. Tiene una buena relación con los amigos del colegio
26. Su autoconcepto escolar es bueno
27. Se autocontrola en clase
28. Trabaja adecuadamente en clase
29. Es eficaz en el estudio dentro de clase
30. Es autónomo/a en el centro escolar
31. Tiene buena capacidad de memorización
32. Cumple las Rutinas del centro escolar
33. Es rápido/a a la hora de hacer las tareas.
34. Su organización y planificación escolar es adecuada

Antes					Actualmente				
1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho

6. Datos sobre la evolución de la situación familiar

Se pretende recoger información sobre la evolución de la forma de afrontar el trastorno desde el punto de vista familiar, como consecuencia del apoyo recibido en la Asociación.

**Si en algún momento no tenéis información para responder a una cuestión o desconocéis la respuesta, podéis dejar en blanco la casilla, y pasar a la siguiente pregunta.*

Ámbito escolar

1. Coordinación con el colegio
2. Entender el problema de mi hijo/a
3. Capacidad para manejar las situaciones más conflictivas relacionadas con el colegio
4. Expectativas de mejora respecto a su hijo/a
5. Aprender a organizar las rutinas del día a día
6. Saber cómo reforzar aspectos escolares
7. Saber aplicar consecuencias ante aspectos escolares.

Antes					Actualmente				
1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho

Ámbito familiar-relacional

7. Aprender a motivar a su hijo/a
8. Aprender cómo resaltar lo positivo de vuestro hijo/a
9. Saber manejar el nivel de estrés
10. Saber administrar el Bienestar personal ante dificultades y problemas
11. Aprender a dar confianza a vuestro hijo/a
12. Saber cómo mantener el autocontrol ante las rabietas, contestaciones, etc. de los hijos/as
13. Aplicar consecuencias ante situaciones familiares

Antes					Actualmente				
1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho

7. Observaciones

A continuación podéis señalar o indicar cualquier tipo de comentario, sugerencia u opinión para aclarar alguna pregunta del cuestionario, aportar otra información, etc.:

ANEXO III

Tablas y gráficos del estudio de familias

Gráficos relacionados con la **evolución de los chicos y chicas desde su diagnóstico**.

Gráfico 13. Relación años asociados y rutinas y tareas

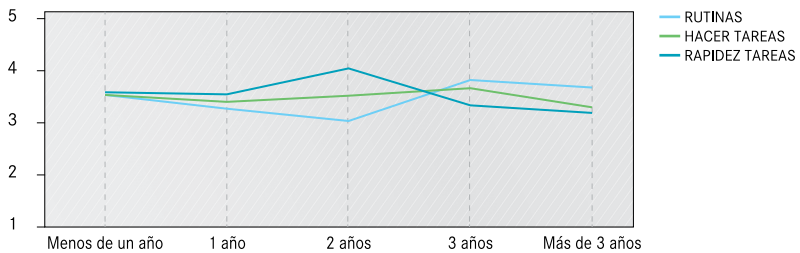


Gráfico 14. Relación años asociados, memoria y atención

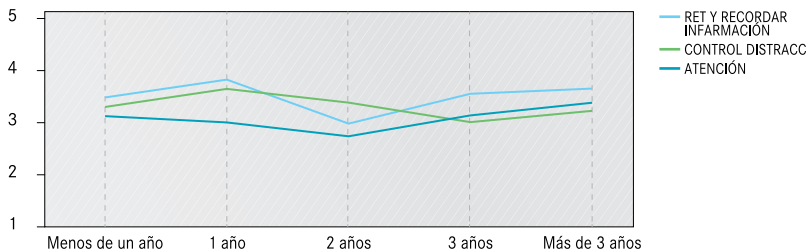


Gráfico 15. Relación años asociados, autoestima y relación con los otros

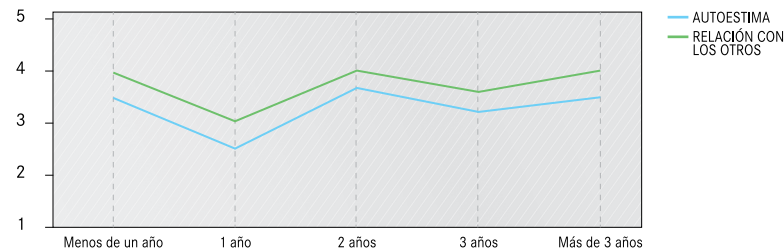


Gráfico 16. Relación años asociados, control emocional y de rabietas

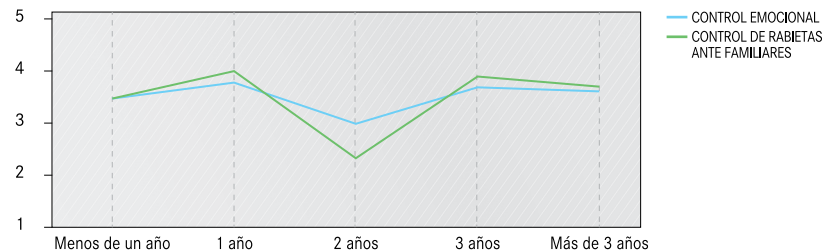


Gráfico 17. Relación años asociados y comportamiento en casa

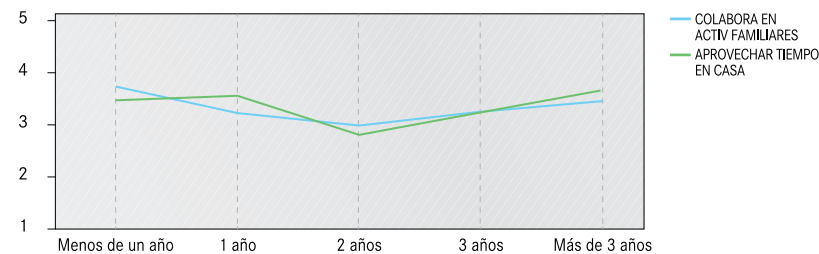


Gráfico 18. Relación años asociados sinceridad y motivación

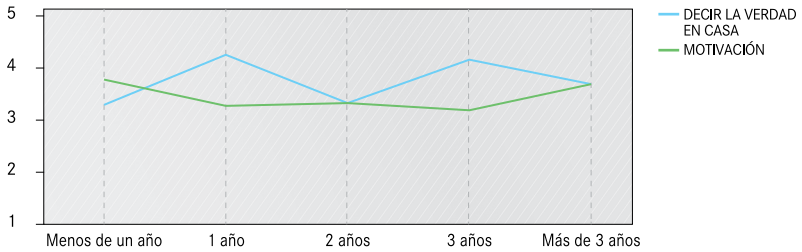


Gráfico 19. Relación años asociados, relación con los hermanos y comportamiento ante familiares

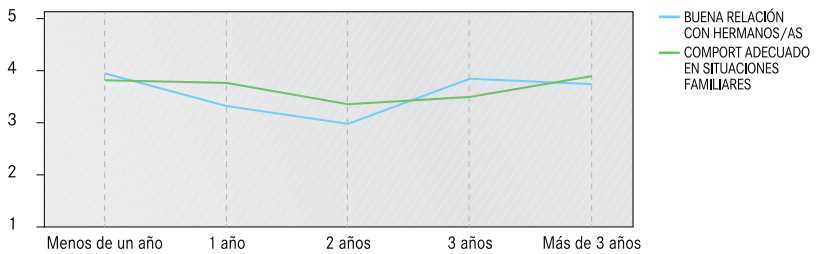


Gráfico 20. Relación años asociados y aptitudes escolares

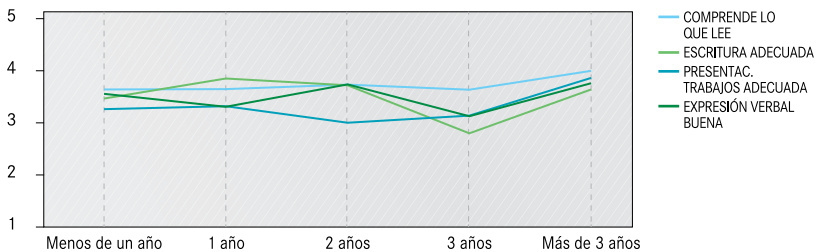


Gráfico 21. Relación años asociados y aptitudes escolares

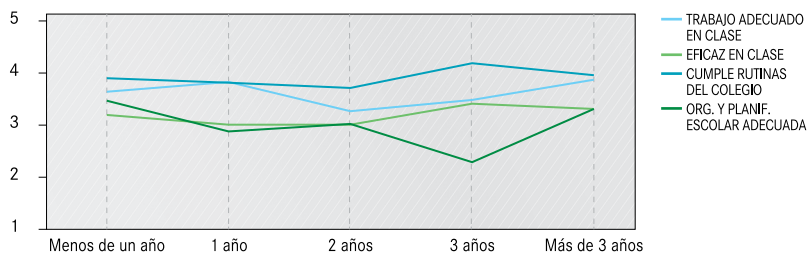
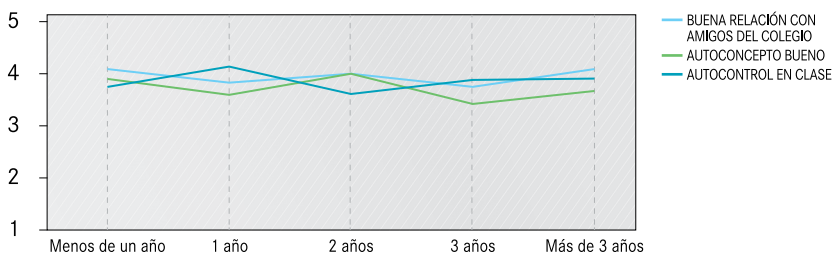


Gráfico 22. Relación años asociados, autocontrol y relación con los compañeros



Gráficos relacionados con **la evolución de la situación familiar**

Gráfico 25. Evolución en dar confianza, motivación y resaltar lo positivo

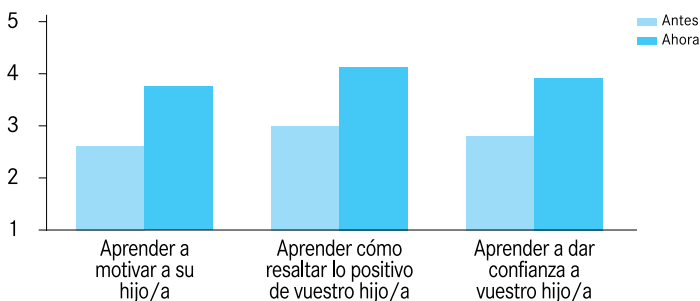


Gráfico 26. Evolución en manejo del estrés y el autocontrol

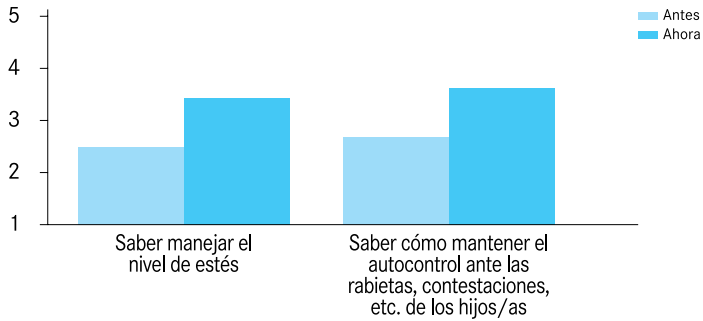


Gráfico 27. Evolución bienestar personal y aplicación de consecuencias

