

PSICOLOGÍA

Amaia EQUIZA LOPERENA

ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL
PROFESORADO DE EDUCACIÓN
INFANTIL Y PRIMARIA FRENTE AL
TDAH

TFG/*GBL* 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Maestro de Educación Primaria
/
Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Grado en Maestro en Educación Primaria
Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL
PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y
PRIMARIA FRENTE AL TDAH / HAUR
HEZKUNTZAREN ETA LEHEN HEZKUNTZAREN
IRAKASLERIAREN JARRERA ETA EZAGUTZA
AFNH-REN AURREAN***

Amaia EQUIZA LOPERENA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

Amaia EQUIZA LOPERENA

Título / Izenburua

Actitud y conocimiento del profesorado de Educación Infantil y Primaria frente al TDAH/Haur Hezkuntzaren eta Lehen Hezkuntzaren irakasleriaren jarrera eta ezagutza AFNH-ren aurrean

Grado / Gradu

Grado en Maestro en Educación Primaria / Lehen Hezkuntzako Irakasleen Gradua

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

María Jesús ÁLVAREZ URRICELQUI

Departamento / Saila

Psicología y Pedagogía/Psikologia eta Pedagogia

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Preámbulo

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el Real Decreto 861/2010, establece en el Capítulo III, dedicado a las enseñanzas oficiales de Grado, que “estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo Fin de Grado [...] El Trabajo Fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.

El Grado en Maestro en Educación Primaria por la Universidad Pública de Navarra tiene una extensión de 12 ECTS, según la memoria del título verificada por la ANECA. El título está regido por la *Orden ECI/3857/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria*; con la aplicación, con carácter subsidiario, del reglamento de Trabajos Fin de Grado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad el 12 de marzo de 2013.

Todos los planes de estudios de Maestro en Educación Primaria se estructuran, según la Orden ECI/3857/2007, en tres grandes módulos: uno, *de formación básica*, donde se desarrollan los contenidos socio-psico-pedagógicos; otro, *didáctico y disciplinar*, que recoge los contenidos de las disciplinas y su didáctica; y, por último, *Practicum*, donde se describen las competencias que tendrán que adquirir los estudiantes del Grado en las prácticas escolares. En este último módulo, se enmarca el Trabajo Fin de Grado, que debe reflejar la formación adquirida a lo largo de todas las enseñanzas. Finalmente, dado que la Orden ECI/3857/2007 no concreta la distribución de los 240 ECTS necesarios para la obtención del Grado, las universidades tienen la facultad de determinar un número de créditos, estableciendo, en general, asignaturas de carácter optativo.

Así, en cumplimiento de la Orden ECI/3857/2007, es requisito necesario que en el Trabajo Fin de Grado el estudiante demuestre competencias relativas a los módulos de formación básica, didáctico-disciplinar y practicum, exigidas para todos los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Primaria.

En este trabajo, el módulo *de formación básica* está presente a lo largo de todo el documento. Los conocimientos adquiridos sobre diversidad cultural, sociología, bases psicológicas, habilidades comunicativas e instituciones educativas en los 4 años de carrera han hecho posible el desarrollo de una base docente que poco a poco ha ido incrementando. En este trabajo, pretendo demostrar el aprendizaje que he ido construyendo sobre los diferentes contenidos impartidos en las asignaturas cursadas, centrándome principalmente en el funcionamiento de los centros escolares, la legislación vigente, la atención a la diversidad y principalmente en las figuras del profesor y el alumnado.

El módulo *didáctico y disciplinar* permite enmarcar el modo de enseñanza de los distintos profesores, así como el grado de formación de los mismos. De esta forma, tanto el tipo de actitud que adopta un docente, como los conocimientos que muestra ante el alumnado, repercuten en el proceso de enseñanza-aprendizaje condicionando la educación de los alumnos/as. Este módulo recoge a su vez, el tipo de recursos y medidas que el profesorado utiliza a la hora de actuar ante un caso de TDAH, realizando las adaptaciones necesarias y requeridas por el sujeto en cuestión. Todo ello muestra la capacidad de los maestros para dar respuesta a las necesidades que se presenten en el aula.

Asimismo, el módulo *practicum* se expone a través de los saberes adquiridos en los periodos de prácticas escolares. De este modo, tanto la participación en un aula TGD como la estancia en un aula ordinaria, han hecho posible el aprendizaje de metodologías, estrategias y herramientas (que en un futuro podrán ser utilizadas), así como la puesta en práctica de los saberes alcanzados durante los años de carrera. Este módulo recoge la realidad de los centros escolares, la función de los distintos profesionales dentro del organismo y las relaciones entre los mismos y la familia, así como la diversidad existente entre el alumnado. Este módulo se enmarca principalmente en la parte empírica del documento.

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es descrito como una de las alteraciones más comunes de la infancia, mostrando una prevalencia del 3-7% de los niños en edad escolar.

En este trabajo se ha querido hacer una investigación acerca de la actitud y conocimientos que muestra el profesorado de las etapas de Educación Infantil y Primaria del colegio Público Mendillorri sobre el trastorno.

De esta forma, a través de cuestionarios compuestos de 6 preguntas, se ha obtenido la información necesaria para conocer las ideas y expectativas que los docentes tienen sobre los estudiantes que presentan estas características. A partir de los resultados, se concluye que tanto los profesores jóvenes como los más veteranos manifiestan una actitud favorable hacia el trastorno, siendo los docentes con más experiencia quienes demuestran mayores conocimientos acerca de la alteración.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH); profesores; actitud; conocimiento; expectativas.

Abstract

The ADHD is one of the most common disruptions during childhood. Nearby 3-7% of children in school age suffer it.

This project showed an investigation about the teachers' attitude and knowledge about this subject in Infant and Primary Education in "Colegio Público Mendillorri".

Therefore, the information was obtained through questionnaires which contained 6 different questions. These questionnaires encompass the vital information to have knowledge about the ideas and expectations of teachers about pupils who present these characteristics. From the results, we can conclude young teachers and as well more experienced teachers show a positive attitude to the disruption. However, the more mature teachers manifest more information about the disruption.

Keywords: Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD); teachers; attitude; knowledge; expectation.

Laburpena

Arreta faltagatiko nahasmendua (hiperaktibitatearekin) haurtzaroan agertzen den nahasmendurik ohikoenetarikoa da, hain zuzen ere prebalentzia-tasa eskolako haurren %3tik %7-ra bitartekoa delarik.

Lana honetan, Mendillorriko ikastetxe publikoan nahasmendu hau pairatzen duten ikasleen artean ikerketa bat egin da, hain zuzen ere irakasleriak bai Haur Hezkuntzako zein Lehen Hezkuntzako etapetan eta haien inguruan adierazten duten jarrera eta ezagutzen ingurukoa, alegia.

Modu honetan, 6 galderek osaturiko galdeketen bidez irakasleriak ezaugarri hauek dituzten ikasleei buruzko ideiak nahiz igurikapenak ezagutzeko beharrezko informazioa lortu egin da. Lortutako emaitzak erreparatuz ondoriozta daiteke bai gazteak diren irakasleak zein adina gehiagoko maisu-maistrek nahasmenduaren inguruko jarrera onuragarri bat agertzen dutela. Era berean, hauek esperientzia gehien dutenak izanik, nahasmenduaren inguruko ezagutza aunitz adierazten dituzte.

Hitz gakoak: Arreta Faltagatiko Nahastea Hiperaktibitatearekin (AFNH); irakasleak; jarrera; ezaguera; itxaropenak.

Índice

Introducción	1-2
1. Marco teórico	3
1.1. Características del TDAH	3-17
1.1.1. Definición TDAH	3
1.1.2. Tipología del trastorno	3-5
1.1.3. Trastornos asociados	5-6
1.1.4. Historia del TDAH	6-11
1.1.5. Etiología	12-13
1.1.6. Aspecto neurológico y psicopatológico	13
1.1.7. Detección y diagnóstico	14-15
1.1.8. Criterios para el diagnóstico	15
1.1.9. Tratamiento	15-17
1.2. Legislación	17-23
1.2.1. Normativa nacional	17-18
Ley Orgánica de Educación (LOE)	
1.2.2. Normativa foral	18-23
Orden Foral 93/2008	18-21
Orden Foral 65/2012	21-23
1.3. Estado de la investigación	23-28
2. Parte empírica	29-43
2.1. Contextualización	29-31
2.2. Objetivos	31
2.3. Hipótesis	31
2.4. Metodología	31-33
2.5. Resultados de la investigación	34-39
2.6. Discusión	39-43
Conclusiones	45-47
Referencias	49-53
Anexos	55-57
A. Anexo I	55-57

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, vivimos en una sociedad en la que el avance de las investigaciones y sus resultados están permitiendo conocer los diferentes tipos de dificultades que presentan los niños/as que se encuentran en edad escolar. Así pues, uno de los trastornos más conocidos y comentados es el TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Esta alteración se presenta en los alumnos/as con síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, lo que provoca en el estudiante dificultades a la hora de seguir y trabajar en las actividades planteadas en clase. De esta forma, dichos problemas muestran al profesorado la necesidad de poner en marcha ciertas adaptaciones que permitan al alumno/a desarrollar el conocimiento de forma sencilla y sin complicaciones.

En la actualidad este trastorno ha creado una serie de debates acerca de su verdadera existencia, debido al parecido de los síntomas con los comportamientos que normalmente presenta un niño/a de esas edades y la cantidad de casos diagnosticados en los últimos años, lo que afecta de forma directa al profesorado. De este modo, la investigación que se va a exponer en este documento describe la actitud y conocimientos que los docentes tienen acerca del TDAH, ya que creo que es uno de los sectores más afectados e influyentes sobre el alumnado de estas características.

En este trabajo, se van a reflejar las características propias del TDAH, así como su diagnóstico y tratamiento, relacionando dichos contenidos con la realidad existente en los centros escolares y concretamente en el colegio Público de Mendillorri, lugar donde he cursado las prácticas docentes. Así pues, se va a analizar el papel que desempeña un docente del siglo XXI teniendo en cuenta la cantidad de información existente acerca de este trastorno.

El documento consta de una parte teórica y una empírica. En primer lugar, se exponen las características propias del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, así como su historia, etiología, diagnóstico y formas de tratamiento, lo que engloba la

información más técnica del trabajo. A continuación, se mencionan las leyes que recogen la normativa que el profesorado de los centros escolares debe tener en cuenta a la hora de trabajar con el alumnado que presenta el trastorno. Por último, se hace una recopilación de diferentes artículos publicados sobre el TDAH a lo largo de la historia, en los que se tratan los aspectos más debatidos del trastorno. La elección de dichos documentos establece una vía de relación con la investigación que se desarrolla en el presente trabajo.

La segunda sección se compone de la parte empírica, en la que se describe la investigación que se lleva a cabo en el centro escolar Público Mendillorri. Primeramente, se expone la contextualización del colegio, en la cual se detalla el tipo de centro que es, la misión y el Plan de Atención a la Diversidad. Seguidamente se describe el objetivo y la hipótesis que posteriormente será verificada o refutada. A continuación, se recoge la metodología utilizada para conseguir los datos necesarios, los resultados y el análisis de éstos, en el que se contrasta la hipótesis planteada. Por último, se determinan las conclusiones a las que se ha llegado a través de la realización del conjunto del proyecto.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Características TDAH

1.1.1 Definición TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y se caracteriza por un patrón permanente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que se da con mayor frecuencia y gravedad de lo normal en individuos de un nivel de desarrollo similar, tal y como indica López-Ibor, J.J., Valdéz, M., (2002). Según el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) afecta de un 3 hasta un 7% de los niños/as en edad escolar (con una proporción de 4:1, 4 niños por cada niña), lo que indica por estadística, que debería haber al menos un niño/a con este tipo de trastorno en un aula ordinaria.

Hay un amplio consenso en considerar el TDAH como un trastorno de origen neurobiológico, con un fuerte componente hereditario y que se define como un déficit en las funciones ejecutivas que provoca problemas de gestión de la conducta, del manejo del tiempo y de autorregulación. Se caracteriza por la presencia de tres síntomas: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad motora y/o vocal.

Es muy frecuente llegar a confundir un niño/a movido o despistado con un caso de TDAH, sin embargo, el hecho de diagnosticar este tipo de trastorno quiere decir que la sintomatología se da con alta frecuencia considerando, de esta forma, el comportamiento y funcionamiento cognitivo del niño/a como una patología la cual le crea problemas de adaptación social, escolar y/o familiar.

1.1.2. Tipología del trastorno

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV- TR) existen tres subtipos de TDAH. Dependiendo de los síntomas que manifieste cada sujeto, se podrá clasificar en un tipo u otro. Hay que tener en cuenta que ni los síntomas ni la intensidad y frecuencia de éstos va a ser expresada de la misma forma en diferentes personas. De esta forma, se describen estos tres subtipos:

- TDAH subtipo predominante inatento: cumple más de 6 ítems de los criterios de déficit de atención durante 6 meses (criterio A).

- TDAH subtipo predominante hiperactivo-impulsivo: cumple más de 6 ítems de los criterios de hiperactividad e impulsividad durante 6 meses (criterio B).
- TDAH subtipo predominante combinado: se da si cumple tanto el criterio A como el criterio B en los últimos 6 meses.

Así pues, dependiendo del tipo de TDAH, podemos detectar distintas peculiaridades. De esta forma, el perfil de niño/a con trastorno predominio de déficit de atención (subtipo inatento) es diferente al del sujeto con el trastorno predominantemente hiperactivo (subtipo hiperactivo-impulsivo). Los síntomas TDAH predominante inatento (criterio A) serían los siguientes:

- Frecuentemente no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en la tarea escolar, el trabajo u otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- Habitualmente parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- Con frecuencia no sigue instrucciones ni finaliza tareas escolares, pedidos u obligaciones (descartando la opción de deberse a un comportamiento negativista o la incomprensión de las instrucciones).
- Frecuentemente tiene dificultades para organizarse a la hora de realizar tareas o actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares o domésticas)
- Habitualmente extravía objetos y cosas necesarias para tareas o actividades.

- Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Normalmente es descuidado en las actividades diarias.

En cambio los síntomas del TDAH predominante hiperactivo-impulsivo (criterio B) serían:

- Con frecuencia mueve manos y pies o se “remueve” en el asiento.
- Frecuentemente, se levanta y abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta en exceso en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- Habitualmente tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- Constantemente está en marcha o actúa como si tuviese un motor.
- A menudo habla en exceso.
- Normalmente precipita respuestas antes de haber terminado de preguntar.
- Frecuentemente tiene dificultades para guardar turno.
- Con frecuencia interrumpe o se entromete en las actividades de otros, como por ejemplo conversaciones o juegos.

1.1.3. Trastornos asociados

El TDAH tiene una alta comorbilidad, lo que quiere decir que puede tener uno o más trastornos asociados, habitualmente cualquier otro trastorno psiquiátrico que se encuentre en el DSM-IV. Así pues, los sujetos con TDAH *“tienen dificultades con otros aspectos de su aprendizaje, la regulación emocional, el funcionamiento social o la conducta”* (Brown, T.E., 2006). Así pues, tal y como cuenta Brown, T.E. (2006) en el estudio realizado por MTA (Multimodal Treatment Study of Children with Attention

Deficit Hyperactivity Disorder, 1999) de niños/as diagnosticados de TDAH subtipo combinado con edades de entre siete y nueve años, se descubrió que el 70% cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV para otro trastorno psiquiátrico en el año anterior dando como resultados: trastorno negativista (40%), trastorno de ansiedad (34%), trastorno de conducta (14%), trastorno de tics (11%), trastorno afectivo (4%), manía (2%). El hecho de detectar otro trastorno aparte del TDAH implica diagnosticar una serie de características propias de él mismo, ya que de otra forma pueden llegar a confundirse los síntomas mostrados por el sujeto y diagnosticar un trastorno que no existe.

1.1.4. Historia del TDAH

La definición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha variado a lo largo de la historia. Así pues, este término ha ido evolucionando según el síntoma al que se le ha dado mayor importancia en las investigaciones científicas.

En 1948, Phineas Gage, un joven trabajador en la construcción de vías de ferrocarril sufrió uno de los accidentes más increíbles de la historia. Su trabajo consistía en la colocación de cargas explosivas en los huecos perforados en la roca. Así pues, todos los días colocaba pólvora en un agujero hecho en la roca, posteriormente lo tapaba con arena para colocar más tarde una barra de hierro por encima. El 13 de septiembre de ese mismo año, Phineas olvidó tapar el agujero con arena, lo que provocó que surgiera una pequeña chispa que hizo explotar la pólvora, desplazando la barra metálica hacia la cabeza de éste y atravesando el cráneo desde la mejilla izquierda a la parte superior de la cabeza. Gage logró sobrevivir al accidente estando consciente en todo momento. Así pues, con el paso del tiempo, comenzó a mostrar acciones impropias de él hasta el momento, al no mantenerse mucho tiempo en una misma tarea o presentarse impaciente en determinadas situaciones, síntomas que posteriormente se relacionarían con el TDAH.

Así pues, el hecho de llegar hasta el trastorno que hoy en día es, viene de un largo camino que comenzó con la introducción del término diasquisis por parte del neurólogo Constantine von Monakow a mediados del siglo XIX, refiriéndose a los

efectos que se podían ver en el funcionamiento cerebral debido a la presencia de una lesión, sin dar importancia a su localización. De esta forma, el neurólogo alemán Kurt Goldstein adoptó la misma postura que Monakow y continuó investigando acerca del cerebro, considerándolo *“un ente activo y participativo en el procesamiento de la información”* (Quintero, Correas, 2006, 4). Conforme a ello, defendió la teoría de que el organismo actúa como un todo y la enfermedad lo altera en su totalidad. Así pues, según el neurólogo, cada lesión cerebral provoca un trastorno determinado y es la reacción general del organismo la que permite comprender el síntoma.

Otra de las descripciones acerca del trastorno es realizada por el médico alemán Hoffman en 1854, quien describe a su hijo como “Fidgety Phill” (o lo que es lo mismo “Phill, El intranquilo”). De esta forma, para dejar constancia del comportamiento de su hijo, decide hacer un escrito acerca de la conducta mostrada en diferentes situaciones. Sin embargo, a pesar de su publicación, dichas descripciones no causan ningún impacto entre la comunidad científica al ser clasificadas de “poco científicas”.

Es así cuando en el año 1902 se comienza a hablar del trastorno por mediación del pediatra británico George Still, quien publicó un artículo en la revista “The Lancet” en el cual describía a un grupo de 20 niños/as con síntomas similares a lo que hoy sería diagnosticado como un TDAH de tipo combinado. Los pequeños manifestaban una gran falta de atención y control sobre su conducta, viéndose su atención dominada por aquellos estímulos con los que recibían una respuesta inmediata. Esas dificultades para mantener el control hicieron que el pediatra se refiriera a ese conjunto de síntomas como “Defecto de Control Moral”, aclarando el concepto “moral” como la capacidad cognitiva de diferenciar lo bueno de lo malo. Es a partir de ahí cuando ya empieza a suponer que se trata de una enfermedad neurológica originada como consecuencia de una herencia biológica o una lesión cerebral en el momento de nacer.

Durante la primera mitad del siglo XX, el TDAH fue entendido como resultado de un daño cerebral muy leve, por lo que empezó a denominarse Daño Cerebral Mínimo.

Durante los años 1917 y 1918 se dio una *“epidemia de encefalitis que dejó como secuelas un cuadro clínico similar al que hoy se conoce como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”* (Quintero, F.J, Correas, J., 2006).

Llegados los años 50, surgió el concepto de Disfunción Cerebral Mínima (DCM), sustituyendo de esta forma el anterior. Así pues, el período que transcurre de la década de los 50 a la de los 70 fue la época en la que la hiperactividad se convirtió en el síntoma primario, por lo que el nombre del trastorno volvió a ser alterado y adoptó el de Síndrome Hiperkinético. En 1960, Stella Chess junto a otros investigadores separan la noción de hiperactividad de la de lesión cerebral y la presentan como un trastorno del comportamiento. Tal y como cuentan Quintero y Correas (2006), tras las investigaciones realizadas, la doctora introduce la idea de niño/a hiperactivo con un diagnóstico evolutivo en el cual detalla que los primeros síntomas comienzan hacia los 3-4 años. A pesar de la frecuente comorbilidad con crisis epilépticas, se va produciendo una mejoría progresiva hasta su resolución en la etapa de la adolescencia.

En 1968, el TDAH aparece por primera vez en el DSM II con el nombre de *“Reacción Hiperkinética de la infancia”*. El DSM-II lo describe como una reacción caracterizada por la hiperactividad, inquietud, falta de distracción y de concentración sobre todo en los niños/as más pequeños, reduciéndose hacia la llegada de la adolescencia. Así pues, el DSM-II reconoce e incluye también el concepto del TDAH como daño cerebral mínimo, lo cual trae consigo una serie de críticas que determinan el término como insuficientemente específico y defectuoso. [En <http://adhdhistory.umwblogs.org/> consultado en 22/5/14]

En la década de los 70, empiezan a tener importancia y por tanto a ser relevantes los aspectos cognitivos (dificultad para mantener la atención frente a la hiperactividad). Las investigaciones realizadas por Virginia Douglas en 1972 afectaron de manera determinante para la denominación del TDAH en el DSM-III-TR (1980), pasando a tener el nombre de la actualidad, remarcando el aspecto atencional y la escasa autorregulación o impulsividad que podía ir acompañada de hiperactividad. Esta publicación permite ver un cambio en cuanto al enfoque adoptado a la hora de

definirlo, al mostrar una preocupación por una correcta identificación del trastorno (epidemiológico) y no tanto por la explicación del origen de éste (etiológico). De esta forma, ya en 1978 se comienzan a conocer las características de lo que hoy en día entendemos como TDAH predominantemente inatento descritas por el escocés Sir Alexander Crichton en su libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el TDAH como entidad clínica y queda recogido en el grupo de trastornos del comportamiento y las emociones dentro del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión). En el año 2002 se publica el DSM-IV, en el cuál se diferencian los tres subtipos de trastorno (predominantemente inatento, predominio de hiperactividad e impulsividad y el de tipo combinado) y el necesario cumplimiento de al menos 6 criterios pertenecientes a uno de los subtipos durante un período mínimo de 6 meses, mostrando una intensidad desadaptativa en relación al nivel de desarrollo. A su vez, determina otros 5 criterios que deben estar presentes para decretar el diagnóstico.

En el año 2012 los distintos enfoques defienden que el TDAH se refiere al funcionamiento y desarrollo inadecuado de las funciones ejecutiva definidas por Garrido-Landívar (2010) como un conjunto de habilidades, destrezas, desenvolturas relacionadas con la formación de conceptos y definiciones, la planificación de tareas, la organización en el tiempo, y el ajuste de la conducta a las normas sociales en el contexto requerido.

La publicación del DSM-V (2013) ha revelado nuevos cambios en los criterios de diagnóstico referentes al TDAH. Así pues, aunque la definición sea similar al anterior Manual, se presentan ciertas variaciones en cuanto a la sintomatología. De esta forma, señala que los síntomas deben estar presentes en los niños/as antes de los 12 años, extendiendo por tanto 5 años el período en el que se debían manifestar los síntomas (a los 7 años). Esta variación se sustenta en las investigaciones realizadas desde 1994, en las cuales no se manifiestan diferencias en términos de curso, gravedad, evolución o tratamiento de respuesta entre los niños de 7 años y los de mayor edad. A su vez,

incluye un criterio de no exclusión para las personas con Espectro Autista, ya que los síntomas de ambos trastornos concurren.

Conforme han pasado los años, las ediciones del DSM han ido detallando y explicitando la definición del trastorno propiamente dicho, concretando cada vez más sus características en cuanto a sintomatología y comorbilidad. Teniendo en cuenta las distintas ediciones del Manual, se puede apreciar las investigaciones realizadas en el campo, a partir de las cuales se han podido ir descubriendo y ampliando los 9 síntomas de desatención e hiperactividad/impulsividad que muestra una persona con este tipo de trastorno y además la cantidad de trastornos que pueden ir asociados al mismo, lo que ha provocado un avance en el campo de la detección e intervención.

Tabla 1. Evolución TDAH según las distintas versiones de DSM

	DSM-II	DSM-III	DSM-IV	DSM-V
Definición	Reacción hiperkinética de la infancia (lo importante es el movimiento)	Trastorno de Déficit de Atención con/sin hiperactividad (los problemas de atención van independiente de los impulsos e hiperactividad)	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Características	Corto colapso de atención, hiperactividad e inquietud	Se presentaron dos subtipos: TDA (sin hiperactividad) y TDAH (con hiperactividad)	Se presentaron tres subtipos:	Se cambian los subtipos por el nombre de "presentaciones":
	No hay subtipos		-TDA (predomina el déficit de atención) criterio A	-Presentación predominante falta de atención
			-TDAH (predomina la hiperactividad e impulsividad) criterio B	-Presentación hiperactiva/impulsiva
		-TDAH tipo combinado (se cumple el criterio A y B durante al menos 6 meses)	-Presentación combinada	
	Los síntomas debían aparecer en la primera infancia	Establece 16 síntomas: 5 de desatención, 6 de impulsividad y 5 de hiperactividad. De los cuáles deben cumplirse al menos 3 del primero, 3 del segundo y 2 del tercero.	Síntomas presentes antes de los 7 años	Síntomas presentes antes de los 12 años
			Establece 9 síntomas de desatención y 9 de hiperactividad e impulsividad. De los cuáles deben cumplirse al menos 6 de alguno de los grupos.	Se limita a 5 los síntomas presentes en la edad adulta en vez de 6
Comorbilidad	No habla de comorbilidad	Comorbilidad con: trastorno oposicional-desafiante, trastorno de la conducta, trastornos de aprendizaje (verbal y no verbal), ansiedad y depresión.	Comorbilidad con: - trastorno oposicional-desafiante - trastorno de la conducta - trastornos de aprendizaje (verbal y no verbal) - trastornos afectivos - trastornos de tics - ansiedad - depresión	Incluye diagnóstico de comorbilidad con el espectro autista

1.1.5. Etiología

A día de hoy se desconoce el verdadero origen del TDAH, sin embargo diversos estudios realizados por expertos de este campo, han dado a conocer posibles bases que determinan la aparición de este trastorno.

Los estudios genéticos determinan que el TDAH tiene un alto componente genético, ya que el 80% de los casos presentan un familiar con las mismas características. A su vez, el entorno afecta mucho en la mejora o empeoramiento de las dificultades que provoca el trastorno. Sin embargo, hay que aclarar que la aparición del TDAH no es provocado por nadie, es decir, ni los progenitores ni los familiares o conocidos son los causantes de éste.

Los últimos estudios neuroanatómicos revelan que el TDAH parece surgir de

“inmadurez o alteración en la transmisión neuronal debido a un mal funcionamiento de determinados transmisores cerebrales, aquellas sustancias que permiten que la información pueda ser transmitida de una neurona a otra salvando el espacio sináptico que existe entre ellas. Un desequilibrio en la producción o captación de estas sustancias supone un funcionamiento irregular, lento o alterado del cerebro”. (Orjales, 2005; pg 11).

Determinados estudios neuropsicológicos determinan que el TDAH tiene efectos biológicos que provocan un mal funcionamiento del córtex prefrontal, el nucleus caudatus y el globus pallidus y el vermis cerebeloso. Así pues, cada una de las partes mencionadas tiene asignadas determinadas funciones importantes dentro del organismo. De esta forma, el córtex prefrontal es el encargado de activar las conductas de las personas, evitar los estímulos distractores y desarrollar la conciencia. Por otra parte, tanto el nucleus caudatus como el globus pallidus actúan en la puesta en marcha de actitudes reflexivas y el autocontrol a través del cual tratan de inhibir las respuestas automáticas. Por último, el vermis cerebeloso se encarga de la regulación de la motivación.

Por otra parte, se diferencian otros factores que influyen en la aparición del TDAH como por ejemplo la prematuridad, la toxicidad con altos niveles de plomo, consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo, alteraciones durante el embarazo o parto y algunas alergias alimentarias.

1.1.6. Aspecto neurológico y psicopatológico

Según el DSM-IV-TR, el alumnado con TDAH suele mostrar características propias del trastorno en los distintos ámbitos (académico, familiar, social). Acorde a lo planteado por Garrido-Landívar (2010), tras las últimas investigaciones se puede señalar que los sujetos con TDAH tienen el área cerebral frontal disfuncionada. De esta forma, sus habilidades cognitivas, emocionales y motivacionales están menos maduras que lo pertinente a su edad. Todo ello, está centrado en el área orbitofrontal y dorsofrontal, las cuáles ayudan a la autorregulación del comportamiento, a la toma de decisiones correctas y acordes al momento y la edad. Por otro lado, se destaca la función ejecutiva de interpretar las intenciones de los demás y obrar en consecuencia, la cual se desarrolla de forma atemporal al crecimiento de los niños/as con hiperactividad.

En cuanto a los factores conductuales, se distingue su excesiva actividad motora o verbal, su destacada impulsividad y su trastorno en atención sostenida. Todas esas acciones provocan no poder anticiparse a los hechos, ni reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, refugiarse en “su mundo” o utilizar movimientos repentinos, tics, salidas de tono y tareas sin terminar.

Por otro lado, otra de las áreas afectadas son las funciones emocionales, ya que hace que les resulte costosa la identificación de deseos, sentimientos y pensamientos tanto de sí mismos/as como de los demás. Lo que ocurre es que la emoción-motivación y las funciones ejecutivas no llevan el mismo camino, es decir, los circuitos no se unen y no funcionan cómo deberían, por lo que no hay conexión entre el área prefrontal y el sistema límbico (estructura cerebral que gestiona respuestas ante estímulos emocionales). De esta forma, se produce un bloqueo en ellos que trae consigo una enorme frustración de no conseguir aquello que desean en un determinado momento, aunque no sea posible.

1.1.7. Detección y diagnóstico

Las primeras sospechas de detección de un caso de TDAH vienen por parte de los padres y los profesores, ya que son los dos entornos en los que más tiempo pasa el niño/a. Ante dichas dudas, normalmente la familia pone en conocimiento de la escuela los comportamientos o alteraciones que hayan podido observar en su hijo/a. Una vez puesto en común las observaciones realizadas, y continuando la idea de posible caso de TDAH, se suele realizar una entrevista entre la familia (padres y niño/a implicado) y el médico para describir la naturaleza de los problemas de su hijo. En dicha reunión se recoge información acerca de: la historia de desarrollo, problemas médicos que haya tenido o tenga en dicho momento el niño/a, posibles alergias, medicación que esté tomando, datos importantes de su escolarización, el ambiente familiar y la posible existencia de algún familiar que presente este trastorno.

Este tipo de entrevistas son las más completas, detalladas y fiables para la realización de un buen diagnóstico. Para ello, es necesario que la familia conteste a lo que se le pregunta desde la más absoluta sinceridad. La entrevista va a recoger diversos factores que van a ser necesarios a la hora de hacer un juicio clínico. A su vez, se pueden hacer diversos test que evalúen la intensidad del trastorno. Sin embargo, el diagnóstico no puede hacerse basándose en lo dicho únicamente en los cuestionarios.

Por otro lado, puede llegar a realizarse diferentes pruebas como por ejemplo el test de WISC, de Leiter o de Raven (para más mayores) para descartar posibles problemas de aprendizaje o cociente intelectual bajo. Otro tipo de test que se realiza es para evaluar lectura, escritura y matemáticas. Y por último, hay que destacar las pruebas específicas de atención como el CPT (Test de Rendimiento Continuado), test de Caras y test de Stroop.

Una vez revisada toda la información recogida a través de los distintos medios, entre dos especialistas (uno del área médica y otro del área psicopedagógica) determinan si realmente el alumno/a cumple todos los criterios para determinar que es un caso de TDAH. El diagnóstico es el paso fundamental para determinar un tratamiento posteriormente, por ello es fundamental tener en cuenta todos los síntomas que

presente el niño/a, además de los factores que le rodeen y puedan afectar a la hora de determinar el trastorno.

1.1.8. Criterios para el diagnóstico

El hecho de diagnosticar a un niño/a con TDAH implica cumplir distintos criterios como por ejemplo:

- Los síntomas tienen que darse al menos en dos ambientes distintos, como son la familia y el centro escolar.
- Tienen que darse 6 síntomas (mínimo) durante 6 meses y con relativa frecuencia.
- Algunos de los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años de edad.
- Los síntomas deben provocar una alteración considerable en el ámbito escolar, familiar y social.
- Los síntomas no aparecen únicamente con la presencia de otro tipo de trastorno como por ejemplo un Trastorno Generalizado del Desarrollo, esquizofrenia o trastorno mental (trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disocial, trastorno de la personalidad, etc).

1.1.9. Tratamiento

Una vez diagnosticado el trastorno, se prepara un tratamiento para que el alumno/a pueda mejorar en sus síntomas y pueda tener una vida más llevadera, con menos dificultades. Plantear un tratamiento conlleva ciertos objetivos que son propuestos para su cumplimiento, así pues algunos de ellos son éstos:

- Buscar la mejor manera de educar al niño/a con TDAH con el fin de reducir la intensidad con la que se manifiestan los síntomas del trastorno sea cual sea el grado de afectación neurológica de fondo.
- Eludir el daño emocional y conductual que normalmente aparece en un segundo plano en el niño/a con TDAH por el intento de adaptarse a las exigencias familiares, escolares y sociales.

- Proporcionar al niño/a estrategias que le permitan reflexionar y tener un mayor conocimiento sobre sí mismo, aceptación propia, afrontamiento de las dificultades de forma positiva y desarrollo de estrategias de compensación y potenciación de sus buenas habilidades.
- Evitar el deterioro y la aparición de patologías específicas.

Continuando con el programa de intervención, se utilizan dos tipos de tratamiento diferentes diseñados para los niños/as que presentan este trastorno:

1. Tratamiento cognitivo-conductual: cada niño/a tiene unas características diferentes por lo cual, cada tratamiento será adaptado a las cualidades de cada uno/a. Este tipo de tratamiento propone unas técnicas cognitivas y conductuales para el entrenamiento, del autocontrol y cognitivo, así como de habilidades sociales, emocionales y de apoyo escolar. Los diferentes entrenamientos van a aportar beneficios al niño/a en cuanto a autonomía y autocontrol, reduciendo la dependencia emocional y proporcionando refuerzos positivos que mejoran su estado de autoestima. A su vez, les va a permitir conocer sus propias emociones y las de las personas de su entorno, interiorizar estrategias de resolución de problemas y conocimiento, desarrollar conductas positivas, aceptar la autoridad, usar autoinstrucciones y habilidades de planificación y mantener un espíritu crítico, a demás de estimular el espíritu de lucha.
2. Tratamiento farmacológico: este tipo de tratamiento consiste en la ingesta de medicamentos que provocan un efecto estimulante en el cerebro, lo que hace que la información se transmita de una célula nerviosa a otra, salvando el espacio que existe entre una y otra. Este tipo de tratamiento optimiza la actividad cerebral, al igual que reduce la fatiga, mejora el rendimiento, reduce la hiperactividad e impulsividad.

Este último tratamiento es considerado de apoyo al primero por el hecho de que él mismo no puede proporcionar numerosos avances y beneficios en solitario que ayuden al niño/a con TDAH a superar las dificultades que el propio trastorno le provoca.

1. 2. Legislación

1.2.1. Normativa nacional

El título I de la Constitución de 1978 establece que *“todas las personas tienen derecho a la educación”* (Art. 27). Indica que la educación será el medio a través del cual se desarrollará la identidad y personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales. Acorde con ello, la educación logra que cada persona adopte un papel dentro de la sociedad, a través del cual se crea una cohesión social. Cada individuo adopta una visión acerca de la realidad. Así pues, permite desarrollar un pensamiento crítico que hace que las personas sean libres dentro de esa sociedad.

La Ley Orgánica de Educación (LOE) en su Principio I hace referencia al objetivo de conseguir una educación de calidad, en la que todos los alumnos/as tengan las mismas oportunidades, respondiendo a las necesidades de cada uno de ellos/as. De esta forma, se pretende que *“todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales”*. Esta Ley, expone que *“la atención a la diversidad es un principio que debe regir toda la enseñanza básica para proporcionar a todo el alumnado una educación adecuada a sus características y necesidades.”* (Preámbulo). De esta forma, todo estudiante que asista a un centro escolar y presente algún tipo de necesidad, debe ser atendido en su proceso de enseñanza-aprendizaje, proporcionándole el mismo derecho que al resto de alumnos/as de recibir una educación básica. La adecuada respuesta educativa se rige por el principio de inclusión, quien asegura el desarrollo de todas las personas, favoreciendo la equidad y contribuyendo a una mayor cohesión social.

La ley señala la atención a la diversidad como principio en lugar de como medida, ya que todo el alumnado forma parte de esa diversidad y por tanto, se encuentra presente en todas las etapas educativas. Así pues, la programación de la escolarización debe asegurar una distribución equitativa del alumnado con necesidades de apoyo educativo entre los centros escolares públicos y privados/concertados, para ofrecer a este tipo de alumnado una atención más específica.

Desde la etapa de Educación Infantil, se requiere atención a la identificación de síntomas en el alumnado que den indicios de la existencia de una posible necesidad, para proporcionar, de esta forma, una respuesta temprana, como medida preventiva y compensadora al desarrollo físico, social, afectivo e intelectual de todos los niños y niñas.

Continuando con la etapa de Educación Primaria, se debe atender a la diversidad de alumnado, previniendo las dificultades que puedan surgir en el aprendizaje y prestando servicios de apoyo y refuerzo educativo en caso de que sea necesario.

El Título II, de la Equidad en la Educación, indica que deben ser *“las administraciones educativas quienes pongan los medios y recursos necesarios para lograr que el alumnado con necesidad educativa de apoyo específico alcance su plena inclusión e integración en las etapas educativas”* (Art. 71). Ante ello se fijarán medios y recursos para la identificación temprana de las necesidades educativas específicas del alumnado, teniendo siempre en cuenta las decisiones tomadas por la familia, quien va a dirigir el proceso educativo del alumno/a y por tanto su escolarización.

Interesa destacar para el objetivo de este trabajo lo que se recoge en el título III de la LOE, que establece que el profesorado debe llevar a cabo una formación inicial y permanente en la cual adquiera una preparación científica, además de formación pedagógica y didáctica que le permita dar respuesta a las necesidades y nuevas demandas que recibe el sistema educativo. De esta forma, dichos conocimientos irán complementados de tutorías y asesoramientos proporcionados por profesores especializados.

1.2.2. Normativa foral

De la regulación normativa en la Comunidad Foral de Navarra es importante recoger lo que se ha publicado desde 2008, la Orden Foral 93/2008 que regula la atención a la diversidad y OF 65/2012, la intervención educativa con alumnado con TDAH, además de lo que recoge la normativa cada año en relación con los estudios de infantil y primaria.

La Orden Foral 93/2008, del 13 de junio, por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria en la Comunidad Foral de Navarra, recoge que la atención a la diversidad se regirá por los siguientes principios:

- Todo el alumnado es diverso ante los procesos de aprendizaje porque presenta diferentes actitudes, intereses, motivaciones, capacidades, estilos de aprendizaje y experiencias previas.
- El sistema educativo debe dar respuesta a la diversidad del alumnado desde los principios de normalización, compensación, igualdad, equidad, integración e inclusión.
- El Departamento de Educación garantizará la escolarización de todo el alumnado y favorecerá la participación de los padres, madres o representantes legales en las decisiones que afecten a su escolarización y a los procesos educativos.
- La detección de las necesidades específicas de apoyo educativo se realizará lo más tempranamente posible con el fin de prevenir desajustes en el aprendizaje y adoptar las medidas educativas adecuadas.
- La escolarización se realizará en centros ordinarios o en centros de educación especial, siempre y cuando no se pueda dar respuesta en un contexto normalizado.
- La respuesta educativa a las necesidades del alumnado contemplará desde medidas ordinarias hasta las extraordinarias.
- La coherencia que ha de regir el proceso educativo deberá asegurar el traspaso de información del alumnado en los momentos de transición de ciclos y etapas.

- Las medidas de atención a la diversidad irán destinadas a alcanzar las competencias básicas establecidas con carácter general para cada una de las etapas educativas.

El Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria, dedica el artículo 13 a la atención a la diversidad y *“propone que ésta se deberá garantizar poniendo en práctica mecanismos de detección y refuerzo para adaptar el currículum a las necesidades del alumnado, buscando el máximo desarrollo posible de los objetivos, contenidos y competencias básicas de la etapa”*. (Art. 13). Es decir, en el caso en el que se vea que la necesidad educativa afecta en el proceso de aprendizaje del alumno/a y éste/a no llegue a alcanzar los objetivos propuestos, se podrán tomar medidas extraordinarias realizando adaptaciones curriculares.

Según el Artículo 13.2, el Departamento de Educación será el encargado de implantar las medidas curriculares y organizativas para atender a todo el alumnado, y en especial al que presente necesidades específicas de apoyo educativo. Ante una determinada necesidad habrá que valorar primeramente el grado de medida que habrá que tomar, ya que en el caso de no responder de manera correcta ante una necesidad ordinaria, habrá que recurrir a las de carácter extraordinario, las cuales incluyen adaptación o modificación de diferentes partes del currículum como son los objetivos, contenidos y los criterios de evaluación.

El Decreto Foral 24/2007, de 19 de marzo, por el que se establece el currículum de las enseñanzas de Educación Primaria en la Comunidad Foral de Navarra, recoge en su Artículo 14 la compatibilidad que debe haber entre el proceso educativo de todos los alumnos/as y la atención y respuesta a las necesidades de cada uno/a, sobre todo al alumnado con necesidades específicas con medidas organizativas y/o curriculares. Lo que este artículo indica es que el docente tiene una doble labor: atender y estar activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje sin descuidar ni desatender las necesidades de cada uno/a. De acuerdo a ello, en el Capítulo II, de la Orden Foral 93/2008 se establece que cada centro escolar deberá diseñar un Plan de Atención a la Diversidad

en el cual se recoja *“el conjunto de actuaciones, adaptaciones del currículo, medidas organizativas, apoyos y refuerzos que pongan en práctica para dar la respuesta más ajustada a la necesidades generales y particulares de todo el alumnado”*. (Art. 8)

Este documento debe recoger todas las acciones y medidas tomadas con los alumnos/as que hayan presentado necesidades específicas y por tanto hayan requerido apoyo en el aprendizaje. Todo ello implica determinar los objetivos que se quieren conseguir, las medidas que se ponen en marcha, los recursos humanos y materiales que se necesiten y la metodología a la hora de evaluar. El Plan de Atención a la Diversidad debe formar parte de la Programación General Anual del centro educativo, así como del Proyecto Educativo de Centro.

A pesar de la mención que hace la Orden Foral 93/2008 a tres categorías específicas como son las necesidades educativas especiales, las altas capacidades y la incorporación tardía, no detalla ni recoge nada acerca del alumnado con TDAH, lo que obligó al Departamento de Educación del Gobierno de Navarra a desarrollar una normativa específica en la cual se desarrollen y se detallen las medidas a tener en cuenta en el caso de contar con la presencia de alumnado con TDAH en el aula. De esta forma el 18 de junio, se aprueba la Orden Foral 65/2012, 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. Esta orden recoge que el Departamento de Educación contará con los recursos necesarios para hacer que *“el alumnado con necesidades derivadas de TA y TDAH alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos, consiguiendo con éxito su desarrollo integral en igualdad de oportunidades”* (Preámbulo).

De acuerdo con lo recogido en el artículo 3 punto 4 de la OF 65/2012, la intervención educativa con alumnado con TDAH se centrará en los síntomas elementales del trastorno y otros ámbitos que puedan ser afectados. A su vez, en los casos en los que

sea necesario, especialistas de pedagogía terapéutica y audición y lenguaje proporcionarán apoyo inclusivo. La intervención se desarrollará principalmente dentro del aula ordinaria para que el alumno/a mantenga la relación con su grupo.

En el momento en el que un alumno/a presente sintomatología característica del TDAH, se le realizará una evaluación psicopedagógica efectuada a cargo del orientador/a del centro escolar, quien contará con la colaboración del profesorado y la familia. Los progenitores o tutores legales deberán estar informados de todas las acciones y medidas que se lleven a cabo con su hijo, de esta forma, serán ellos mismos quienes den su consentimiento para que se pueda proceder a un intercambio de información entre los distintos profesionales del centro relacionados con el alumno/a en cuestión. Así pues, el orientador/a cumplimentará el protocolo de derivación al pediatra de atención primaria.

Tanto el diagnóstico clínico como la evaluación psicopedagógica serán realizadas a la edad de seis-siete años, ya que a edades tempranas la sintomatología puede llegar a ser confusa. Sin embargo, será importante el hecho de detectar signos de alerta durante la etapa de Educación Infantil. El informe facultativo del profesional del campo de la salud y el informe psicopedagógico realizado por el orientador/a serán determinantes para que el profesorado tenga constancia de las necesidades del alumno/a y por tanto pueda tomar las medidas correspondientes y necesarias para dar una adecuada respuesta educativa.

El tutor realizará un seguimiento regular del alumnado para prevenir y detectar las posibles dificultades y necesidades de éste. En el caso de contar con algún alumno/a que presente alguna necesidad específica de apoyo educativo asociado a TDAH, deberá determinar ajustes metodológicos del proceso de enseñanza-aprendizaje, modificaciones de la propuesta curricular que no lleguen a ser significativas con respecto a la programación de aula. De esta forma, establecerá cambios en cuanto a la distribución del alumnado (colocando al alumno/a en sitios estratégicos donde reciba una menor cantidad de estímulos externos), pondrá en marcha estrategias didácticas diferentes y metodologías variadas (grupos cooperativos, aprendizaje por proyectos,

utilización de las TICs, etc.) en las cuales el alumno/a desarrolle una mayor autonomía, participación y autorregulación.

Además, el profesorado realizará adaptaciones de acceso al currículo para que el alumno/a pueda alcanzar los contenidos de las diferentes materias, de esta forma se realizarán adaptaciones en cuanto al material trabajado (acortando enunciados y textos, fraccionando los ejercicios, colocando instrucciones cortas y simples, etc.). En el caso de que el profesorado vea necesaria la adaptación de los procedimientos de evaluación, tomará como medida la elección de un tipo de prueba adecuada y acorde a las características de un alumno/a con TDAH. De esta forma, algunas de las propuestas de evaluación serán la combinación de pruebas orales con pruebas escritas, preguntas de tipo test, etc. En relación con lo anterior, se tomarán ciertas medidas para facilitar al alumnado la realización de dichas pruebas, de esta forma se le concederá un periodo mayor de tiempo para la ejecución de las actividades, se destacarán las palabras clave del enunciado, se comprobará que entiende las preguntas y se revisará si el alumno/a ha dado respuesta a todas las preguntas antes de la entrega del examen.

1.3. Estado de la investigación

Hoy en día, se puede decir que el TDAH es el trastorno de moda. Dicha afirmación es debida a la cantidad de casos detectados y diagnosticados por los profesionales en los centros escolares y sanitarios en los últimos años. Las investigaciones realizadas a lo largo de la historia han ido definiendo lo que en la actualidad se conoce por TDAH. Sin embargo, a pesar de haber sido definido como un trastorno (por los Manuales de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), determinados estudios como el de Palacios-Cruz et al. (2011), realizado a 288 padres de una región de México, concluyó que el 85'4% de la muestra consideraba al TDAH como una enfermedad, el 8'3% como una dificultad de crianza, destacando el porcentaje restante como un invento de la industria farmacéutica, resultados que dan a entender que a pesar de ser un trastorno conocido, el TDAH tiene una imagen dispar en la sociedad.

No existe un marcador biológico patognomónico para el TDAH (Barkley, 1999; Todd, 2000) y no existe un método de evaluación del TDAH claramente definida y ampliamente aceptado (Kessler, 1980), por lo que es imposible saber con precisión cuántos niños están realmente afectados por el trastorno (Godow, 1997). A pesar de las investigaciones realizadas, la existencia de este trastorno da lugar a equivocación en el momento en el que un niño/a da la imagen de “despistado” en el caso de mostrar fácil distracción y poca concentración ante las tareas o “movido” si no para quieto en ningún momento y tiene tendencia a responder antes de que la otra persona termine de preguntar por ejemplo.

La aparición del TDAH en los medios de comunicación y el mal uso de la información acerca del trastorno ha provocado un debate en relación a las características de éste y la eficacia de los tratamientos farmacológicos. Así pues, las discusiones acerca del sobrediagnóstico y la prescripción excesiva de medicamentos han sido objeto de estudio de algunas investigaciones que muestran que la tendencia de receta de fármacos aumenta conforme incrementa los porcentajes de prevalencia del TDAH. La psicóloga Jeanne Safer refleja las estimaciones de escolares americanos que presentan esta alteración desde la década de los 70 a los 90 (1 % en los años 70 , del 3% a 5 % durante la década de 1980, aproximadamente el 5 % de los estudiantes durante la primera mitad de la década de 1990 , y el 4 % a finales de 1990) [Safer, 2000; Safer y Krager, 1988, 1989, 1994; Safer y Malever, 2000; Safer et al., 1996] mencionando un uso cada vez mayor de la medicación entre las niñas y los adolescentes y una creciente tendencia a mantener el medicamento durante períodos más largos de tiempo a los pacientes diagnosticados. La mayoría de niños/as estadounidenses diagnosticados de TDAH recibieron psicoestimulantes, prescribiendo Ritalin (medicamento formado por metilfenidato) al 90% de los casos (Hamilton, 2000 ; Wilens y Biederman , 1992). En el caso de países como Turquía, el uso anual de fármacos aumentó 2,18 veces para todos los medicamentos relacionados con el TDAH subtipo combinado, recogiendo un incremento de las dosis diarias definidas de 0,28 en 2008 a 0,59 en 2012 (por cada 100 habitantes y por día).

Los estudios demuestran que los medicamentos estimulantes mejoran varias de las funciones que están alteradas en el trastorno como por ejemplo el mantenimiento del estado de alerta, la concentración, motivación y el esfuerzo por mantener la atención en actividades que no son de su interés. Conforme a ello, la familia desempeña un papel fundamental a la hora de decidir el tipo de tratamiento que se va a aplicar, ya que la puesta en marcha del mismo, necesita de la aceptación de los progenitores o tutores legales. En el estudio de Stroh (2008) se observó que los padres con hijos/as con TDAH tienen un mayor conocimiento y una idea más favorable acerca de la medicación recomendada en el tratamiento farmacológico, sin dejar de lado las propuestas conductuales que se realizan en el aula con este tipo de alumnado.

En principio es preferente la puesta en marcha del tratamiento cognitivo-conductual, a partir del cual se intentan cambiar ciertos comportamientos. En el caso de no resultar eficaz, se solicita ayuda al tratamiento farmacológico. De esta forma, la combinación de fármacos y las intervenciones educativas suelen ir unidas en el proceso de tratamiento del TDAH. La realidad indica que la infrautilización de las intervenciones conductuales puede ser tan problemática como el uso excesivo de la terapia con medicamentos. Una encuesta recogida por Jensen et al. (1999) realizada a padres de niños/as con TDAH reveló que cerca del 90 % de los niños recibieron medicación para aliviar sus problemas de conducta, así pues, la mitad de ellos sintió la necesidad de recurrir a los servicios de la escuela y solamente un tercio recibió el asesoramiento necesario por parte de esos servicios.

El profesorado cumple una función importante dentro de ese tratamiento cognitivo-conductual, ya que debe planificar las medidas que beneficien a los alumnos/as con TDAH en el proceso de aprendizaje. Por ello, un buen docente debe proporcionar ayudas y apoyos adaptando la forma de realizar las tareas y trabajos, prestando atención a las necesidades que el estudiante presente, sin descuidar por supuesto al resto de alumnos/as de la clase. Tal y como exponen Frazier et al (2007); Fletcher y Wolfe (2008) en Martinussen et al. (2010) los estudiantes con TDAH muestran debilidades en la realización de ejercicios y tareas en el ámbito académico, lo que

indica una necesidad de formación por parte del profesorado para dar respuesta a dichas dificultades.

Ante el desafío de dar clase a alumnado de características diferentes, todo docente debe mostrar cierta preparación para poder establecer una educación inclusiva en la que todos los alumnos/as puedan desarrollar los conocimientos que se imparten y puedan cumplir los objetivos planteados teniendo en cuenta el ritmo de aprendizaje de cada uno de ellos/as. A pesar de la formación que se adquiere al cursar las carreras relacionadas con la docencia en una institución como es la universidad, determinados estudios realizados a docentes estadounidenses y canadienses como el desarrollado por Jerome et al. (1994) determina que la mayoría de ellos no había recibido formación en TDAH durante su periodo de preparación como profesores. A su vez, Beckle (2004) informa en sus estudios que el 77% de los docentes que estaban ejerciendo la práctica docente, en el momento de la investigación no habían recibido formación inicial sobre este tipo de trastorno, mostrando que solo una minoría de los encuestados recibió cursos de formación en el conocimiento del TDAH mientras ejercían de docentes. De esta forma, los resultados de dichas investigaciones presentan un vacío importante en el campo de formación del profesorado, lo que lleva a plantear que la preparación queda incompleta y obliga al profesorado a adquirir los conocimientos por su cuenta.

En general, estos resultados son preocupantes porque los maestros de educación general con poca formación en el TDAH, pueden tener niveles más bajos de conocimiento del TDAH (Vereb y DiPerna, 2004) y menos actitudes positivas hacia los estudiantes con TDAH (Bekle, 2004). Asimismo, maestros con menos conocimiento del TDAH también pueden tener diferente puntos de vista que los que tienen un conocimiento más extenso de la utilidad y aceptación de diversos enfoques de intervención (Ohan et al 2008; Vereb y DiPerna, 2004).

Tal y como señala Beckle (2004), la actitud que mantenga un profesor/a ante determinados temas, como el TDAH en este caso, va a influir de manera directa sobre el comportamiento del alumno/a, ya sea de manera positiva o negativa. Es por ello,

por lo que si los docentes mantienen expectativas positivas hacia el alumnado, los efectos serán beneficiosos para ambos, si por el contrario las expectativas son negativas, puede traer diversas consecuencias en la trayectoria escolar, la autoestima y la motivación de éste. El llamado efecto Pigmalion desempeña por tanto una función importante en el desarrollo del aprendizaje del alumnado dependiendo del camino que tome el profesor/a.

El hecho de mostrar ciertos prejuicios hacia el alumnado de estas características, trae consigo reacciones negativas entre los individuos que lo padecen, ya que la etiqueta de ser un alumno/a con TDAH oculta por completo las cualidades que ese sujeto tiene como persona. El estudio desarrollado por Leung (2013) muestra que la comunidad china tiene grandes prejuicios sobre los niños/as que padecen TDAH. Conforme a ello, los resultados de la investigación realizada a 348 personas de Hong Kong indican que los niños/as con TDAH están etiquetados negativamente, definiéndolos como niños/as violentos. Dichos resultados concluyen que el comportamiento y las reacciones de este tipo de alumnado están estereotipados por la sociedad. De esta forma, un docente debe dejar de lado las ideas negativas y las etiquetas, destacando lo mejor de cada alumno/a.

El doctor Ohan et al. (2008) junto con otros compañeros/as analizaron cómo el conocimiento predice diferentes aspectos de las actitudes y el comportamiento del profesorado. A la hora de realizar la investigación, descubrieron que los educadores que tenían un alto conocimiento acerca del TDAH provocaban respuestas más útiles en los niños que presentaban el trastorno. A su vez, expresaron creencias más favorables acerca de las intervenciones que hicieron los maestros con bajo conocimiento en el tema. Así pues, el tener un nivel alto de conocimiento fue asociado también con mejores predicciones en cuanto a alteraciones del comportamiento de los niños/as con TDAH. El estudio se centró en la relación entre el conocimiento y las actitudes, pero no examinó cómo la experiencia está relacionada con el conocimiento y las actitudes que adopta un profesor/a.

Por otro lado, el estudio de Anderson et al. (2012) realizado tanto a docentes australianos en situación previa a ejercer (con y sin experiencia docente) como a docentes en servicio, muestra que el conocimiento de los maestros acerca del TDAH se desarrolla después de ganar experiencia en el aula. A través de la práctica, los maestros adquieren un conocimiento razonable de las características y causas de TDAH. Sin embargo, muestran un conocimiento limitado acerca de los tratamientos indicados sobre éste.

Los institutos de formación docente deben proporcionar información precisa y completa sobre el TDAH y su tratamiento. Se indica que la capacitación y apoyo de psicólogos escolares deben proporcionar a los profesores el potencial necesario para el desarrollo de las emociones, las creencias favorables y el desarrollo de habilidades para hacer frente a estas necesidades. De esta forma, se promueve la comprensión de las actitudes hacia la enseñanza de niños/as con TDAH y se fomenta el desarrollo de medidas preventivas.

2. PARTE EMPÍRICA

A partir de la lectura de los documentos, libros y artículos revisados y mencionados en la parte teórica, se suscitó cierta curiosidad por el conocimiento y la actitud que muestra el profesorado hacia el alumnado que presenta el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. De esta forma y aprovechando que me encontraba en el periodo de prácticas escolares, decidí realizar un cuestionario para que el profesorado del centro me respondiera a las preguntas teniendo en cuenta sus conocimientos y experiencia profesional.

2.1. Contextualización

La investigación que he realizado ha sido puesta en práctica en el colegio Público de Mendillorri. Este centro escolar se localiza en el barrio pamplonés de Mendillorri bajo, concretamente en la calle Martín de Zalba. El centro escolar mantiene una oferta educativa en la que destacan dos enseñanzas básicas como son: Segundo Ciclo de Educación Infantil y Educación Primaria, lo que indica que acuden alumnos/as desde los 3 hasta los 12 años. Así pues, cada curso cuenta con un tutor y los profesionales especialistas que imparten clase en las diferentes aulas, por lo que en total el número de profesionales es de 35. .

La misión del centro es la educación integral de los alumnos, incluyendo aspectos cognitivos, afectivos, sociales y culturales, para que adquieran conocimientos y estrategias basados en unos hábitos de trabajo y orden que les permita desarrollar su autonomía como base de futuros estudios. A su vez, incorpora la cooperación con las familias en la educación de sus hijos, formando personas críticas capaces de participar actualmente en una sociedad pluricultural y democrática y propiciando la integración de todos los alumnos.

EL colegio aspira a ser un centro dinámico, plural e integrador de las distintas culturas e ideologías, valorado como referente en el barrio y atento a las necesidades educativas de todo el alumnado. Para ello, fomenta el trabajo en equipo con la coordinación y participación de todos los miembros en un clima de compañerismo y

trabajo en equipo. A su vez, se interesa por el fomento de las relaciones fluidas entre los distintos sectores de la comunidad educativa. De esta forma, promueve valores como el respeto a las personas al igual que al medio ambiente, además de la solidaridad y el sentido crítico.

El centro escolar cuenta con un Plan de Atención a la Diversidad en el cual se destacan tres objetivos fundamentales:

- Desarrollar el Plan de Atención a la Diversidad. En este punto se tienen en cuenta distintas acciones como son:
 - Revisión de la información y de la previsión del año anterior del Plan de Atención a la Diversidad.
 - Intercambio de información con profesorado sobre las posibles necesidades del alumnado.
 - Realización de una propuesta de organización de las medidas de atención a la diversidad y aprobación del PAD (Plan de Atención a la Diversidad).
 - Dar a conocer la propuesta organizativa a todas las personas implicadas.
 - Establecer los objetivos a trabajar durante el curso con cada alumno/a que precisa ayuda, desarrollo de la misma y realizar las ACIs e Informes de Evaluación.
 - Seguimiento, evaluación y revisión del PAD (trimestral) y mensual de cada alumno/a.
 - Revisar la puesta en funcionamiento del PROA.
- Reforzar el apoyo del alumnado elaborando un Plan de desdobles, en las asignaturas de música y Educación Física especialmente.

- Coordinar con Servicios Externos para el seguimiento del alumnado, mantener al día el censo de Necesidades Educativas Especiales y realizar las previsiones para el próximo curso. En este punto se hace referencia al intercambio de información sobre el alumnado del centro, con Pediatría de los Centros de Salud Primaria, Salud Mental, Infanto Juvenil, Gabinetes, Servicios Sociales y otras instituciones que trabajan al servicio del menor. A su vez, actualizan el Censo del alumnado con Necesidades Educativas Especiales y realizan previsiones para el próximo curso en función del alumnado con NEE.

2.2. Objetivos

El objetivo de la parte empírica de este trabajo es conocer la actitud y los conocimientos del profesorado (Infantil, Primaria y especialistas) acerca del TDAH, en un centro educativo de Navarra, y qué tipo de estrategias se utilizan ante la existencia de alumnado con TDAH en su aula.

2.3. Hipótesis

Tras la lectura de los diferentes artículos publicados, se ha planteado como hipótesis que el profesorado de Educación Primaria y con mayor experiencia en la práctica docente mostrará mayores conocimientos y una actitud más favorable hacia el alumnado con TDAH, que los profesores más jóvenes o con menos experiencia.

2.4. Metodología

Para obtener la información necesaria para el contraste de las hipótesis, se ha optado por una metodología cuantitativa y cualitativa. Se han diseñado unos cuestionarios que se han facilitado a todos los profesores de Educación Primaria e Infantil del centro, incluyendo los especialistas de ambas etapas, para conocer la forma de actuación tanto del profesorado tutor como del resto de educadores.

A pesar de saber que el TDAH no es diagnosticado hasta la edad de 7 años aproximadamente, se ha decidido pedir las respuestas al cuestionario también al profesorado de Educación Infantil para controlar el grado de conocimiento de los

docentes de esta etapa educativa acerca del trastorno y de esta forma, mostrar la realidad sobre la detección de los síntomas propios del trastorno desde edades tempranas.

Los cuestionarios recogen 6 cuestiones entre las cuales destacan preguntas de carácter cerrado (con dos respuestas donde elegir), multiopcional (4 opciones de las cuales una es la correcta), y otras abiertas en las que se pide al profesorado que exprese la experiencia vivida con niños/as que padecen el trastorno. De esta forma, el contenido de las cuestiones ha quedado expresado de la forma que se detalla a continuación:

En la primera pregunta se quiere conocer el significado que tiene el TDAH para el profesorado. De esta forma, se proponen cuatro respuestas diferentes entre las cuales se diferencian las opciones de trastorno, enfermedad, invento o desconocido.

La segunda cuestión tiene como objetivo contrastar el dato obtenido del DSM-IV con la realidad de las aulas, donde se especifica que del 3 al 7% de los niños/as en edad escolar padecen el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, lo que intuye a deducir que por estadística debe haber un niño/a con TDAH en cada aula. Conforme a ello, se divide la cuestión en tres apartados. En el primero de ellos se pregunta acerca de la presencia de alumnado con TDAH durante los dos últimos cursos en su aula. El segundo apartado resulta parecido al anterior, con el cambio del dato de los dos últimos años por el curso actual. Como última sección, se pide una pequeña descripción de las características propias del comportamiento del alumno/a, en el caso de haber respondido de forma afirmativa las dos cuestiones anteriores.

La pregunta número tres se compone de una tabla donde cada docente refleje de manera sencilla las medidas que a lo largo de su experiencia didáctica se han tomado con un alumno/a que padece TDAH (en el caso de haber tenido uno en su clase) o se tomarían (si no habían experimentado esa situación) para ayudar en el proceso de aprendizaje del propio alumno/a. Así pues, al lado de cada medida se pide que quede expresado el porcentaje de funcionamiento de cada una de las medidas propuestas anteriormente tanto en el caso de haber sido puestas en marcha como si fueran a ser ejecutadas en un futuro.

En la siguiente cuestión, se pregunta al profesorado por las ayudas o pautas recibidas por parte del equipo de orientación del centro escolar. De esta forma, poder conocer el grado de implicación de los profesionales a la hora de actuar y ofrecer información al profesorado que la requiere.

Así pues, otro de los temas que se destacan es la opinión que el profesorado muestre acerca de la excesiva aparición de casos de niños/as con TDAH en las aulas, lo que en la actualidad está dando lugar a la escucha constante del término sobrediagnóstico. Para ello, se pide una reflexión en la que se comparen el número de alumnos/as con TDAH existente en las aulas hace años con el número actual, teniendo en cuenta la cantidad de información proveniente de los medios de comunicación.

Por último, y para finalizar el cuestionario, se establece una cuestión de carácter cerrado en la que se pretende obtener datos acerca del número de docentes conocedores de la Orden Foral 65/2012, normativa que regula la atención a este tipo de alumnado.

Teniendo en cuenta que lo importante para la investigación son las respuestas a dichas preguntas, se ha optado por mantener la identidad de los participantes de forma anónima, para que así el profesorado pueda responder con toda sinceridad y sin miedo a cometer cualquier tipo de error. Así pues, como párrafo explicativo, se han expuesto unas líneas descriptivas del tipo de investigación que se pretende realizar, comentando a su vez, la insignificancia de los datos personales para la investigación, al buscar un resultado global de los datos obtenidos. Por ello, los únicos datos que se piden son el año de nacimiento, el sexo y los años de docencia. La última categoría mencionada cuenta con 4 opciones (menos de 5 años, entre 5 y 10 años, de 11 a 15 años o más de 15 años) donde cada docente marque la correspondiente a su experiencia dependiendo del número de años que lleve impartiendo clases.

Aparte de la realización de los cuestionarios, se ha tenido la oportunidad de recoger testimonios de varios profesores en los que se relatan situaciones vividas por ellos mismos/as, contando las características tan diferentes que pueden mostrar dos alumnos/as que padezcan el mismo trastorno.

2.5. Resultados

Se envió el cuestionario a 25 docentes del centro escolar seleccionado y se ha obtenido 20 respuestas, lo que indica una participación del 80% de los profesionales del centro en la investigación.

El hecho de que 20 personas hayan respondido al cuestionario es un dato favorable porque demuestra el interés que el tema suscita entre los docentes. Además las características de los participantes, variados en género, edad y años de experiencia nos permiten tener un conocimiento amplio de lo que puede ser una tónica general en los centros educativos. De esta forma, se puede apreciar que el elenco de profesores del colegio Público Mendillorri está formado tanto por jóvenes docentes recién incorporados a la profesión como por personas maduras con años de experiencia en el sector. Este dato va a resultar significativo de cara al contraste de hipótesis, al permitir ver las experiencias y opiniones de los dos grupos. Así pues, la diversidad de profesorado puede fomentar la puesta en común e intercambio de conocimientos entre los distintos docentes, aportando cada uno su propia experiencia y sabiduría sobre el trastorno en este caso.

Analizando los datos de los participantes, se observa la gran variedad existente entre las edades de los 20 docentes, entre los 28 y los 60 años. La edad media del conjunto de profesionales es de 43'35 años, lo que refleja un equilibrio entre las personas más jóvenes y las más maduras (figura 1).

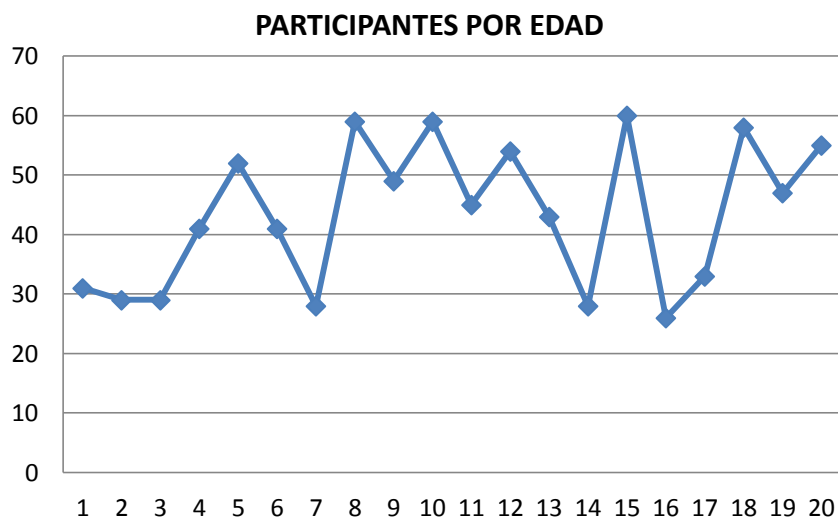


Figura 1. Gráfica representativa de la edad

Han respondido más mujeres que hombres, lo que refleja una representación más femenina en el profesorado ocupando 4/5 partes del total.

Respecto a los años de docencia, se ha observado que un 55% de los participantes lleva más de 15 años en la profesión, lo que muestra el grado de experiencia en la profesión en la mitad de los participantes. De esta forma, el 30% ha seleccionado la variable que indica menos de 5 años, un 10% ha escogido la opción de entre 5 y 10 años y tan solo un 5% ha contestado entre 11 y 15 años. (Figura 2)

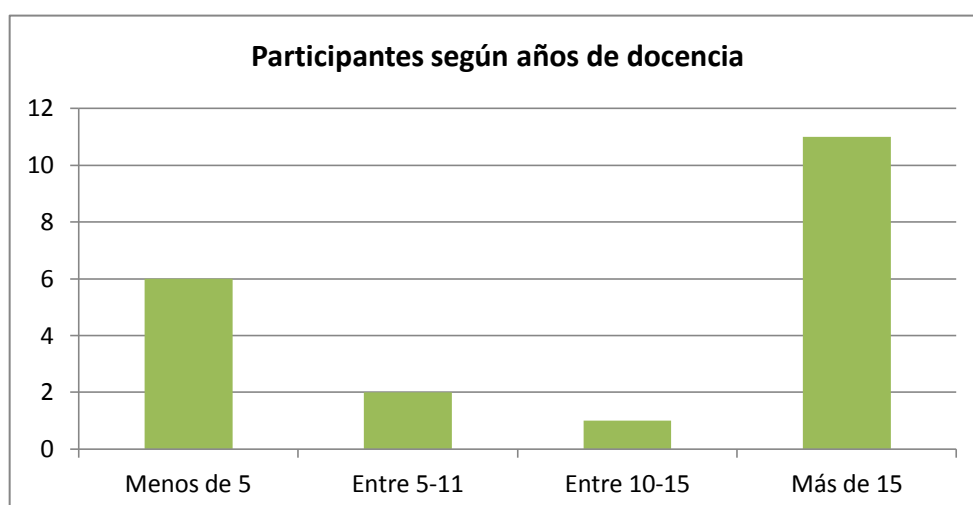


Figura 2. Años de docencia de los participantes

Por último, se destaca la presencia de un mayor número de profesorado perteneciente a la etapa de Educación Primaria. El 65% de los participantes son docentes correspondientes al período de enseñanza de 6 a 12 años, constituyendo el 35% restante el profesorado representante de Educación Infantil.

Los resultados de las preguntas planteadas han sido los siguientes:

La pregunta número 1, la cual hace referencia a la definición de TDAH para cada uno de los docentes, establece que el 85'71% de los participantes ha escogido la respuesta b, lo que indica que la mayoría cree que el TDAH es definido como un trastorno. Un 9'52% piensa que se trata de un invento mientras que sólo el 4'76% define el TDAH como una enfermedad. En esta cuestión hay que señalar que a pesar de pedir una única respuesta, uno de los docentes ha marcado dos de las cuatro respuestas propuestas, lo que da lugar al recuento de 21 contestaciones en lugar de 20.

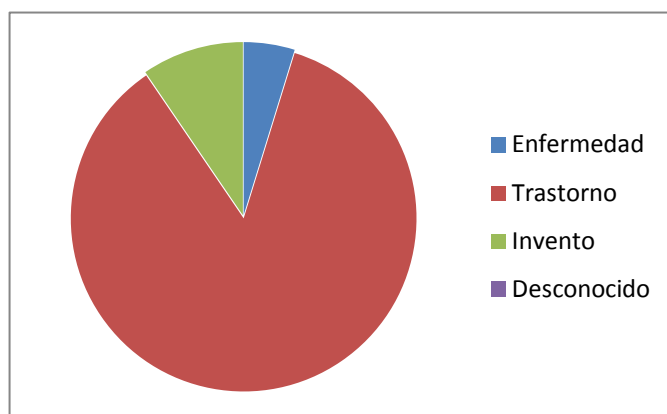


Figura 3. Definición de TDAH para el profesorado

Respecto a la pregunta número 2, los resultados obtenidos en el primer apartado (a) señalan que un 70% de los docentes ha tenido durante los dos cursos anteriores al menos un niño/a con TDAH, frente al 30% restante que ha contestado negativamente. En referencia al presente curso (apartado b), un 55% de los participantes ha contestado sí ante la presencia de un alumno/a de dichas características en el aula.

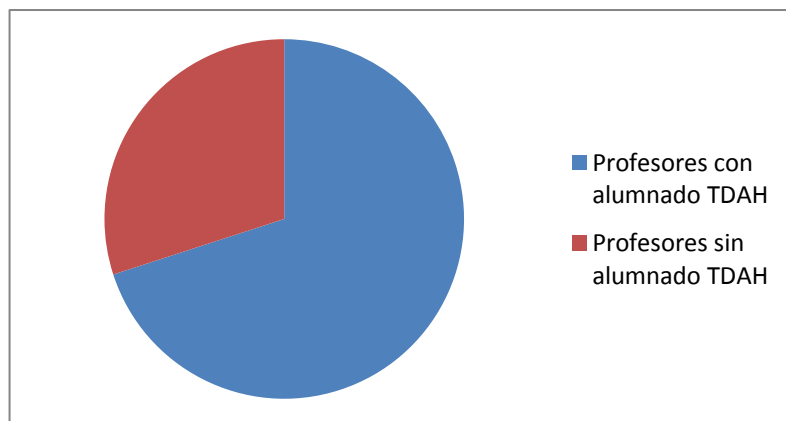


Figura 4. Profesorado con alumnado TDAH en los últimos 2 cursos

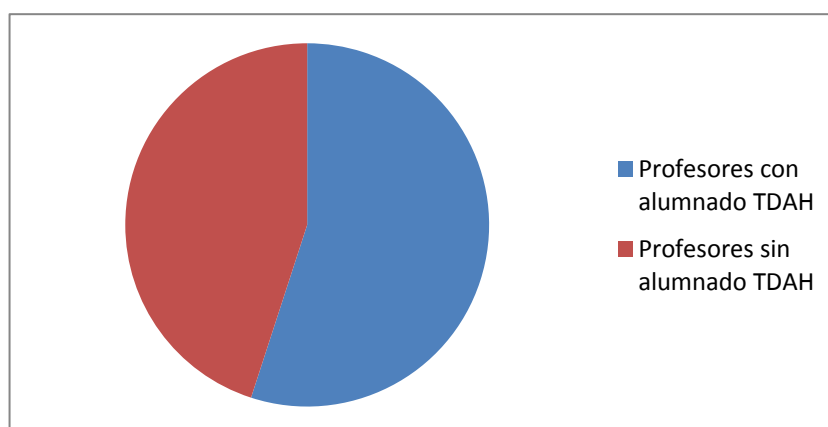


Figura 5. Profesorado con alumnado TDAH en el curso actual

El apartado c de la cuestión número 2 ha sido respondido por el 75% de los participantes. A excepción de una respuesta en la cual el docente ha detallado las características del alumnado con TDAH resaltando en primer lugar los aspectos positivos de éste, el resto de individuos han descrito la sintomatología propia del trastorno.

A pesar de la no presencia de algún alumno/a con TDAH en clase de varios de los participantes, la pregunta 3 ha obtenido un índice de respuesta del 80%, lo que indica que a partir de experiencias propias o de personas ajenas existe una idea de las medidas que se pueden tomar con un alumno/a que padezca el trastorno. Sin embargo, muchas de las personas no han dado contestación al porcentaje de eficacia o funcionamiento que tendrían las medidas propuestas, lo cual puede deberse a las

diferentes formas de respuesta que el alumnado con TDAH puede dar ante las mismas medidas propuestas en el proceso de intervención.

En la siguiente cuestión que hacía referencia al apoyo recibido por parte del departamento de orientación, se destaca el 90% de participación obtenida. Conforme a ello, un 66'66% de las respuestas han indicado que sí han recibido ayuda o pautas por parte de la orientadora o la Unidad de Apoyo Educativo en el momento en que la han necesitado.

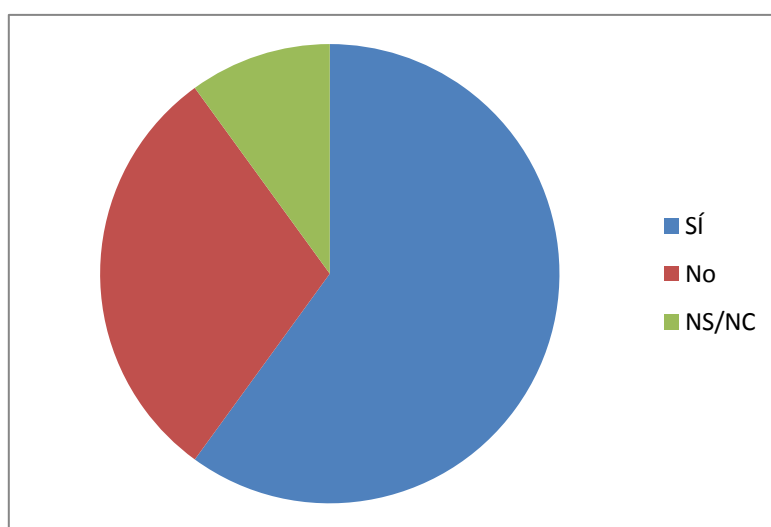


Figura 7. Profesorado que ha recibido ayuda de la UAE

Teniendo en cuenta lo mucho que se está hablando sobre la cantidad de casos nuevos de TDAH que están apareciendo en los últimos años, la pregunta número 5 ha sido contestada por un 80% de los docentes. De ese porcentaje, un 75% ha respondido que sí se está sobrediagnosticando, un 12'5% ha contestado que depende de los casos y otro 12'5% cree que no se está diagnosticando más de lo normal.

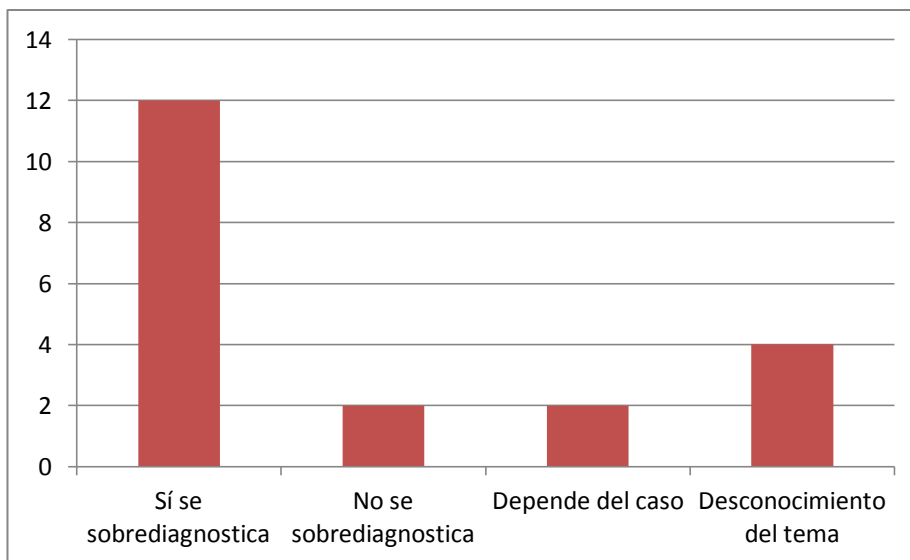


Figura 8. Creencias del profesorado acerca del sobrediagnóstico

Para finalizar, la pregunta número 6 ha sido respondida por el 100% de los participantes, obteniendo en el 65% de los casos una respuesta afirmativa al conocimiento de la Orden Foral 65/2012, lo que indica que más de la mitad conoce la existencia de la normativa reguladora para el alumnado con TDAH.



Figura 9. Conocimiento de la Orden Foral 65/2012

2.6. Discusión

Haciendo referencia a los años de docencia de los educadores, se destaca el dato que indica que la mitad de los participantes lleva más de 15 años trabajando en un centro escolar, lo que refleja una formación en la que el profesorado ha experimentado

distintas vivencias de las cuales ha aprendido nuevos conocimientos y ha podido ver un mayor número de casos de alumnado con TDAH. Esto queda contrastado con el dato que señala que el 30% del profesorado lleva menos de 5 años de práctica docente.

Tras el análisis de los datos, se confirma la hipótesis planteada, ya que la mayoría del profesorado que se sitúa por encima de la media de edad del total de los participantes ha mostrado mayores conocimientos a la hora de responder a las preguntas. De esta forma, el contenido de las respuestas obtenidas del profesorado más veterano ha mostrado una mayor experiencia a la hora de haber tratado a este tipo de alumnado.

Los datos muestran que la mayoría de los docentes reconoce el TDAH como un trastorno, lo que indica que es un desorden conocido y presente en el centro escolar. Una pequeña parte del profesorado muestra un pensamiento contrario al anterior al definir al TDAH como un invento, justificando su afirmación con tres argumentos: el primero de ellos referido a los beneficios que la industria farmacéutica obtiene con la fabricación y venta de medicamentos para el alumnado que lo padece, el segundo hace referencia a la tranquilidad que ofrece a la familia el tener un diagnóstico que confirme que los síntomas que presenta su hijo/a están justificados y por último, el beneficio que trae para cierto alumnado la utilización del trastorno como justificante ante la falta de trabajo en el aula y en su hogar.

Dichos argumentos quedan relacionados con las opiniones del profesorado acerca del sobrediagnóstico, uno de los temas más debatidos del momento. La mitad de los docentes indican que sí se está diagnosticando por encima de lo normal y ello queda justificado con que la sintomatología del TDAH y el comportamiento de los niños/as de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años son muy similares, lo que da lugar a confusión.

La inexistencia de marcadores biológicos que permitan un diagnóstico 100% fiable, da lugar a la herramienta utilizada para comprobar los síntomas, la observación de la conducta. Ello refleja la importancia del papel del profesorado a la hora de detectar los síntomas y relacionarlos con los propios del trastorno. De esta forma, una buena

identificación de la sintomatología característica del trastorno en un alumno/a puede acarrear ciertas repercusiones en el caso de confundir las conductas y acabar diagnosticando a alumnado que en realidad no padece TDAH. Referente a ello, tal y como cuenta Morrow (2012), los resultados de una investigación realizada en Canadá concluyeron que los niños y niñas nacidos a finales de año, tenían un 30% y un 70% de posibilidades, respectivamente, de ser diagnosticados de TDAH. Los comportamientos de naturaleza inmadura dieron lugar a un diagnóstico equivocado que trajo consigo un tratamiento contraproducente para los niños/as que lo experimentaron.

El sobrediagnóstico puede traer como consecuencia la puesta en marcha de un tratamiento farmacológico que provoque reacciones adversas en el alumnado que realmente no presenta el trastorno, ocasionando alteraciones en el sueño, apetito y aumento del riesgo cardiovascular. En referencia a ello, la revista Infac (Información farmacoterapéutica de la comarca) volumen 21 nº5, recoge el estudio realizado por Treceño et al. (2012) en el cual sugieren que:

“el aumento exponencial del consumo, que coincide con la incorporación al mercado de la formulación de liberación retardada de metilfenidato (Concerta), puede ser debido a estrategias de marketing de la industria farmacéutica, y alertan acerca de un posible sobrediagnóstico de la enfermedad ligado a prescripción inapropiada de fármacos estimulantes”. Infac (2013,36)

Sin embargo, según Javier Royo, psiquiatra del Servicio Infanto-Juvenil (en <https://upnatv.unavarra.es/pub/javier-royo>) consultado en 23/5/14), siempre es mejor que el profesorado “detecte y se alarme por algo que en realidad no es, a que dejar pasar cosas que al final son y termine siendo un problema”, ya que por encima del tema de sobrediagnóstico se encuentra la prevención, lo que indica detectar los síntomas a tiempo, antes de que los efectos del trastorno sean mayores. No obstante, el psiquiatra afirma que se ha pasado de un infradiagnóstico a un diagnóstico por encima de lo normal en variantes atencionales, al no mostrar síntomas de hiperactividad e impulsividad y por tanto, no ser tan evidentes dentro del aula. Muchas veces causan mayor expectación los hechos que son más exagerados, a los

que pasan desapercibidos, lo que da lugar a una mayor seguridad y diagnóstico de los primeros frente a los segundos.

Los datos recogidos por los cuestionarios muestran que la idea que reflejan los docentes acerca del sobrediagnóstico no está presente en las aulas del centro escolar Público Mendillorri, ya que teniendo en cuenta los datos reflejados en los gráficos (figura 4), el número de alumnos/as con TDAH ha descendido en el colegio en los dos últimos años, declarando una cifra de 6 alumnos/as en total. Dicho resultado es contrario a lo expuesto por el DSM-IV al no confirmarse los datos de prevalencia de niños/as afectados, ya que de las 12 aulas de Educación Primaria, por estadística, solo 6 de ellas contaría con un alumno/a de estas características.

No obstante, a pesar de no contar con ningún niño/a con TDAH en el aula, es preciso y fundamental que el profesorado vaya renovándose y realizando una formación continua de la práctica docente, en la cual adquieran conocimientos y estén en continua investigación sobre las novedades del campo educativo. Tal y como revela la psicóloga Marina Peña en una entrevista publicada el 4 de mayo de 2014 en Diario de Noticias, para efectuar un buen ejercicio docente, el profesorado debe estar informado de las características propias del trastorno, conociendo de esta forma las necesidades de los alumnos/as que lo padecen. Un buen educador debe motivar, involucrarse y transmitir seguridad a sus alumnos/as, proporcionándoles ayuda siempre y cuando sea necesaria, eliminando las barreras que frenan su proceso de aprendizaje. De este modo, los docentes deben saber intervenir ante los problemas que puedan surgir a sus alumnos/as, así como coordinar las relaciones con el hogar y la escuela, facilitando en todo momento la situación del alumno/a en el centro escolar. A la hora de tratar un alumno/a con TDAH, es necesario que el profesorado ponga en marcha las medidas que crea conveniente, consensuando y consultando con el resto de profesores y con el equipo de orientación del colegio.

En concreto, el centro escolar Público de Mendillorri cuenta con una Unidad de Apoyo Educativo, en la cual cada profesor/a recibe ayuda y apoyo del equipo de profesionales especialistas que conforman el centro. De esta forma se concretan las medidas de

actuación y se comentan los avances y los cambios que se deben hacer en el tratamiento del alumnado con TDAH. La mayoría de los profesores (participantes en la encuesta) que tienen un alumno/a de estas características en el aula, ha recibido información y apoyos por parte de la orientadora, lo que indica el buen funcionamiento de las relaciones internas entre profesionales del centro y a su vez, el interés por el conocimiento del trastorno y la mejora de la situación del alumno/a.

Los educadores deben tener en cuenta que no todos los alumnos/as van a responder de la misma manera a las medidas tomadas, lo que quiere decir que a pesar de tener el mismo trastorno, cada persona necesitara un tratamiento conductual propio. Así pues, las principales medidas que el profesorado pone en marcha es el cambio de sitio del alumno/a en clase, situándolo en un lugar más apropiado donde esté al margen de estímulos y sentándolo cerca de compañeros más tranquilos. Junto a dicha medida, le acompaña el constante contacto con la familia, resaltando el trabajo conjunto de ésta con el colegio. En referencia a los ejercicios, se opta por segmentar las actividades e ir haciéndolas paso a paso, se preparan enunciados sencillos y cortos que sean directos y fáciles de entender, se subraya la información más importante de los enunciados y se colorea o se coloca un gomets al lado de la actividad que el alumno/a va a realizar para destacarla entre las demás y llamar la atención. Por otro lado, se realizan esquemas visuales con fotografías o dibujos sobre el tema, utilizando apoyos y soportes que capten su atención. El hecho de que el niño/a se distraiga con relativa facilidad incide en una supervisión constante por parte del profesorado y un cambio de actividad en cortos periodos de tiempo. De esta forma, es importante crear una rutina de trabajo en la que los niños/as se mentalicen y sepan en todo momento lo que tienen que hacer.

De esta forma, se comprueba que hay una buena disposición de los docentes hacia la atención del alumnado con TDAH, adoptando por tanto actitudes favorables y de ayuda que repercutirán en el comportamiento y resultados obtenidos por los estudiantes, ya que tal y como indica el efecto Pigmalion, si las expectativas del profesorado son positivas, el rendimiento del alumno/a se verá favorecido al sentir la confianza y motivación que el educador le transmita. Conforme a ello, tal y como han

planteado algunos profesores, es necesario reconocer el buen trabajo realizado por el alumno/a, proporcionando refuerzos positivos para promover la continuación de un comportamiento y a su vez, fortalecer la autoestima y seguridad del mismo/a.

CONCLUSIONES

La realización de este trabajo me ha permitido desarrollar una perspectiva diferente de la que tenía anteriormente acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Es difícil creer en la existencia de una alteración como es el TDAH si día a día se escuchan comentarios del tipo: “TDAH, el invento de las industrias farmacéuticas para la obtención de beneficios a través de la venta de medicamentos”, ya que dan lugar a confusión. De este modo, temas como el sobrediagnóstico y su relación con los fármacos prescritos en el tratamiento farmacológico, están siendo muy debatidos hasta el punto de poner en duda la realidad del trastorno. Es así, como el mal uso de la información acerca de esta alteración está quitando credibilidad a dicha condición, repercutiendo directamente sobre la gente que realmente lo padece.

No obstante, es conveniente dejar la rumorología de lado y observar la realidad existente en los centros escolares, ya que, en el caso concreto del colegio Público Mendillorri, el número de alumnos/as con TDAH es realmente bajo en comparación con las estadísticas y estudios realizados por determinados profesionales del sector, dejando el término de sobrediagnóstico aparte.

La conciencia del profesorado acerca de la existencia del TDAH es visible y ello queda reflejado en el tipo de medidas tomadas y la actitud mostrada ante el trastorno. Como futura docente, creo que ante todo se debe priorizar la atención a las necesidades que muestre cada uno de los alumnos/as, poniendo en marcha las medidas que sean necesarias.

La implicación del profesorado es importante a la hora de desarrollar un buen tratamiento cognitivo-conductual. Se ha visto que todo educador debe adaptarse a las condiciones del aula, lo que implica conocer a los alumnos/as y observar las dificultades que se puedan hallar en su proceso de aprendizaje. Tal y como dicen los investigadores, creo que a través del tratamiento conductual, el alumno/a puede conseguir grandes beneficios en el campo del autocontrol, la autonomía y las

emociones, trayendo consigo conductas positivas, mejoras en la autoestima y estrategias de planificación. En el caso de no resultar suficientemente eficaz, se recurriría al tratamiento farmacológico. Con ello, quiero dar a entender que antes de medicar a un alumno/a es conveniente poner en marcha una serie de estrategias y herramientas que modifiquen su comportamiento hacia una mejor perspectiva.

A través de la investigación, se ha visto que la preparación y formación del profesorado ha ido cambiando, ya que probablemente años atrás no se daba tanta importancia a los trastornos y dificultades que pudiesen presentar los alumnos/as. En la actualidad, el profesorado más joven termina los estudios universitarios (que en este caso son los que conozco) demostrando ciertos conocimientos teóricos acerca del TDAH y otros trastornos asociados. Sin embargo, es en la práctica docente cuando se experimenta la verdadera forma de actuar ante el alumnado, pudiendo aplicar los conocimientos anteriormente adquiridos. Conforme a ello, la formación continua y permanente del profesorado es imprescindible para conocer los avances y descubrimientos que se van realizando en el campo educativo.

A su vez, todo maestro debe estar informado de las actualizaciones que la legislación establece acerca de las regulaciones y normativa que incumben a los docentes, cumpliendo por tanto, las indicaciones que en ella aparecen. Respecto a ello, creo que el profesorado de Educación Infantil debe implicarse más en la detección de signos que alerten de una posible sintomatología perteneciente al TDAH. El hecho de que el trastorno sea diagnosticado hacia la edad de 6-7 años y la dificultad a la hora de detectar síntomas propios de la alteración antes de los 5 años, crea un sentimiento de indiferencia por parte de los docentes de esta etapa educativa.

Es importante concienciar a la sociedad que cada una de las personas que convivimos en ella tenemos características particulares que nos permiten diferenciarnos del resto de individuos. Es por ello, por lo que el TDAH no debe ser una etiqueta para los sujetos que lo presentan, ya que de esta forma todo lo destacable de esa persona va a estar relacionado con el trastorno.

Como buen educador es imprescindible tener una visión más allá de las necesidades que un alumno/a presente, ya que no es mejor maestro el que más formación tenga sobre el TDAH, sino el que conoce a sus alumnos/as y sabe ver y mostrar los puntos fuertes de cada uno de ellos/as. Por ello, es necesario reconocer la buena disposición a la realización de trabajos y el adecuado comportamiento a través de refuerzos positivos que ayuden a la mejora de su autoestima.

En relación a esto último, es conveniente que el profesorado muestre interés por la situación emocional de los alumnos/as. En este sentido, el trabajo de las emociones y sentimientos en el aula son favorecedoras de la expresión del estado de ánimo y conocimiento sobre uno mismo. De este modo, la familia debe ser un pilar fundamental de apoyo hacia el niño/a, mostrando un estilo educativo democrático, en el que el afecto y el control estén equilibrados. Así pues, para el beneficio del alumno/a deben establecerse unas adecuadas relaciones entre la familia y el colegio, en las cuales se muestre compromiso por acompañarle y guiarle en el camino a alcanzar los objetivos propuestos.

A modo de conclusión, el alumnado con TDAH puede conseguir todo aquello que se proponga, siempre y cuando tenga a su lado personas que le motiven, le ayuden y vean más allá de un sujeto que está condicionado por dicha alteración. De esta forma, es importante hacer llegar al resto de personas la idea de que todos los individuos tenemos el derecho de ser valorados y aceptados por la sociedad, dejando de lado las características propias que nos diferencian de los demás.

REFERENCIAS

- Anderson, D.L., Watt, S.E., & Noble, W. (2012). Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with adhd: the role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 511-525, 49(6).
- Barkley, R. (1999). Reflections on the NIH/NIMH Consensus Conference on ADHD. *ADHD Report*, 1-4, 7(1).
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 151-161, 7(3).
- Brown, T. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson.
- Fletcher, J., & Wolfe, B. (2008). Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD revisited. *Journal of Health Economics*, 794-800, 27.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 49-65, 40.
- Garrido-Landívar, E. (2010). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H) Manual de protocolos clínicos para el diagnóstico y seguimiento del TDA-H*. Madrid: CEPE. S.L.

- Godow, K. (1997). An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacoepidemiology. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 219-236, 7(4).
- Hamilton, D. (2000). Cambrex mounting a challenge to Shire's big drug. Disponible en <http://www.thestreet.com/stocks/biotech/1191861.html>.
- Gobierno Vasco (2013) Treceño et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿infra o sobrediagnosticado? ¿infra o sobremedicalizado? Una reflexión. *Infac* (Información farmacoterapéutica de la comarca), 34-39, 21(5).
- Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M., Dulcan, M., Hoven, C., et al. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 797-804, 38.
- Jerome, L.M., Gordon, M., & Hustler, P., (1994). A Comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): *Canadian Journal of Psychiatry*, 563-567, 39.
- Kessler, J. (1980). *History of minimal brain dysfunction*. In H. Rie & E. Rie (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunction: A critical review* (pp. 18-52). New York: Wiley.
- López-Ibor, J.J., Valdés, M., (2002) *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Martinussen, R., Tannock, R., Chaban, P., (2010) Teachers' Reported Use of Instructional and Behavior Management Practices for Students with Behavior Problems: Relationship to Role and Level of Training in ADHD. *Child Youth Care Forum*, 193-210, 40.

-
- Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, Taylor S, Dormuth CR. (2012) Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*, 755-762, 184(7). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/pdf/1840755.pdf>
 - Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge of ADHD impact teachers' reported behavior and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 443–449, 23.
 - Öner, O., Şafak Yilmaz, E., Karadağ, H., Vural, M., Hilal Vural, E., Akbulat, A., Gürsöz, H., Türkçapar, H., Kerman, S. (2014). ADHD Medication Trends in Turkey: 2009-2013. *Journal of Attention Disorders*, disponible en: <http://jad.sagepub.com/content/early/2014/02/19/1087054714523129>.
 - Orjales, I., Polaino, A. (2002) *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: CEPE S.L.
 - Orjales, I. (2005). *Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?* Madrid: Esquema de Comunicación, S.A.
 - Quintero Gutierrez, F.J., Correas, J., Quintero Lumbreras, F.J. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: Ergon.
 - Safer, D. J., & Krager, J. M. (1988). A survey of medication treatment for hyperactive/inattentive students. *Journal of the American Medical Association*, 2256-2258, 260(15).
 - Safer, D. J., & Krager, J. M. (1989). Hyperactivity and inattentiveness. School assessment of stimulant treatment. *Clinical Pediatrics*, 216-221, 28(5).

- Safer, D. J., & Krager, J. M. (1994). The increased rate of stimulant treatment for hyperactive/inattentive students in secondary schools. *Pediatrics*, 462-464, 94 (4, pt.1).
- Safer, D. J. (2000). Are stimulants overprescribed for youths with ADHD? *Annals of Clinical Psychiatry*, 55-62, 12(1).
- Safer, D. J., & Malever, M. (2000). Stimulant treatment in Maryland Public Schools. *Pediatrics*, 553-559, 106.
- Stroh, J., Frankenberger, W., Cornell-Swanson, L. V., Wood, C., & Pahl, S. (2008). The use of stimulant medication and behavioral interventions for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A survey of parents' knowledge, attitudes, and experiences. *Journal of Child and Family Studies*, 385-401, 17.
- Todd, R. (2000). Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder: Are we ready for molecular genetic studies? *American Journal of Medical Genetics*, 241-243, 96(3).
- Treceño C, Martín Arias LH, Sáinz M, Salado I, García Ortega P, Velasco V, et al. (2012) Trends in the consumption of attention deficit hyperactivity disorder medications in Castilla y León (Spain): changes in the consumption pattern following the introduction of extended release methylphenidate. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*; 435-441, 21(4). Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22253017>
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Research brief: Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 421-428, 33(2).

- Wai Leung, K.K. (2014). Attitudes of Chinese People towards Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Proquest*. Disponible en <http://gradworks.umi.com/36/08/3608309.html>
- Wilens, T., & Biederman, J. (1992). The stimulants. *Psychiatric Clinics of North America*, 1991-222, 15.

LEGISLACIÓN

- Constitución Española, de 31 de octubre, publicada en el BOE nº 311 el 29 de diciembre de 1978 (29313-29424).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, publicada en el BOE nº 106 el 4 de mayo de 2006 (17158-17207).
- Orden Foral 65/2012, de 18 de junio, publicada en Boletín Oficial de Navarra nº143 el 20 de julio de 2012 (8773-8775)
- Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, publicada en Boletín Oficial de Navarra nº93 el 30 de junio de 2008 (8706-8717)

ANEXOS

Anexo I

CUESTIONARIO TDAH

El cuestionario que se presenta forma parte de un trabajo de fin de grado, en el Grado de maestro de Educación Primaria, que se está realizando en la Universidad Pública de Navarra, bajo la dirección de María Jesús Álvarez. Antes de comenzar queremos que tenga en cuenta algunos docentes:

- No hay respuestas correctas o incorrectas*
- Sea sincero/a. Sus respuestas son absolutamente confidenciales. Las respuestas se utilizarán en conjunto.*

Agradecemos sinceramente su colaboración y sinceridad. Nos comprometemos a informarle de los resultados globales de este estudio cuando finalice la investigación.

- Año de nacimiento:
- Sexo:

Años de docencia: menos de 5 entre 5-10 entre 11-15 más de 15

1. ¿Qué es para ti el TDAH?

- a. Una enfermedad
- b. Un trastorno
- c. Un invento (se le está dando demasiada importancia)
- d. No lo conozco

2. Por estadística, debe haber un alumno con TDAH en cada aula:

- a. ¿Has tenido algún alumno con TDAH en tu aula en los últimos dos cursos? (Si/No)

- b. ¿Y actualmente?

- c. ¿Cuáles son las características del comportamiento del alumno/a que destacarías?

3. ¿Qué medidas has tomado con dicho alumno/a o tomarías para beneficiar su aprendizaje?

Medidas	Porcentaje de funcionamiento en clase (%)

4. Suponiendo que en tu aula hay algún alumno con estas características, ¿has recibido algún tipo de pauta para trabajar con este tipo de alumnado desde la UAE del centro?

5. En los últimos años se ha hablado de la excesiva aparición de casos de niños/as con TDAH en las aulas. En tu opinión, ¿se está sobrediagnosticando? ¿Por qué?

6. ¿Conoces la Orden Foral 65/2012, normativa que regula la atención a este tipo de alumnado? (Si/No)