

## 4 educació inclusiva

# Problemes de comportament en infants i adolescents a Catalunya: trastorn per dèficit d'atenció i trastorn de conducta, necessitats educatives que generen

**Josep Moya Ollé**

**M. Teresa Anguera Argilaga**

Síntesi de l'estudi lliurat al Parlament  
de Catalunya el 30 de març de 2010



**Generalitat  
de Catalunya**

# Índex

<b>1. Justificació de l'estudi</b> .....	3
<b>2. Trastorns relacionats amb els comportaments distorsionadors</b> .....	5
2.1. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat .....	5
2.2. Trastorn negativista desafiador .....	7
2.3. Trastorn dissocial .....	7
<b>3. Estudis anteriors</b> .....	8
3.1. Estudi sobre violència escolar (defensor del poble) .....	8
3.2. Enquesta de convivència escolar i seguretat a Catalunya (departaments d'Interior i d'Educació de la Generalitat de Catalunya, 2000-2001 i 2005-2006).....	8
3.3. Document sobre els trastorns de conducta a l'escola (Departament d'Educació, 2007) .....	8
<b>4. Estudi empíric</b> .....	10
4.1. Disseny .....	10
4.2. Participants .....	11
4.3. Procediment.....	11
<b>5. Resultats</b> .....	13
5.1. Resultats de les enquestes.....	13
5.2. Conclusions de les enquestes.....	18
5.3. Resultats dels grups de discussió.....	20
5.4. Conclusions dels grups de discussió.....	24
<b>6. Recomanacions</b> .....	26
<b>7. Bibliografia</b> .....	30

# 1.

## Justificació de l'estudi

En els darrers anys, tant els mitjans de comunicació com les comunitats de professionals de diversos camps (salut, educació, societat, justícia) adverteixen de l'augment de situacions conflictives que es donen en els marcs educatius, familiars i socials.

- Desmotivació
- Avorriment
- Manca de disciplina
- Manca d'atenció
- Agressions entre iguals
- Agressions a docents

No obstant això, es fa necessari aclarir a què ens referim quan parlem de *comportaments pertorbadors*. Bàsicament es tracta de:

- comportaments que distorsionen la dinàmica de les aules, tant a l'educació primària com a la secundària;
- comportaments que distorsionen la dinàmica de les famílies.

Aquests comportaments donen lloc a un malestar, no solament en l'àmbit docent, sinó també en les mateixes famílies i entre l'alumnat. Com a expressió d'aquest malestar transcrivim dos fragments de dos grups de discussió de dos centres educatius:

Escola

*Docent 4:* “També manca de concentració a l'hora de fer les tasques escolars, i *bueno*, també el que diu ella, els costa molt escoltar, perquè un cop has captat la seva atenció, sí que poden estar atents una estona, però els costa molt començar, donar el pas, escoltar a l'adult, sobretot. I també criden molt; sembla que si no criden no *se'ls* entén, que també suposo que és una manera de cridar l'atenció.”

Institut

*Equip directiu:* “Aquí, al centre, vénen alumnes de tota la comarca; alumnes de set o vuit pobles, i totes les *problemàtiques* que hi ha al carrer, nosaltres, aquí al centre, també les tenim. Hem tingut problemes amb alumnes que fumen, que a les *vuit i mitja* del matí no estan en condicions (de fer la classe). Si a fora, el cap de setmana, han hagut baralles entre colles, aquí dins també es reproduïxen. Aquí es reproduïxen tots els factors que es poden donar en la societat. Fa uns anys, vam tenir una problemàtica de bandes, *skins*, va ser a X, i es van reproduir aquí dins. Hi ha alumnes que s'amaguen i salten la tanca i fumen, i ja intentem fer el possible perquè no ho facin, però no ens podem enganyar. Llavors, tots els factors que es poden donar fora... això marca molt! I encara estem en una comarca força tranquil·la, però tot factor que pot afectar l'exterior afecta aquí.”

L'estudi pretén conèixer la situació actual de les problemàtiques generals pels comportaments distorsionadors d'infants i adolescents en els entorns reals: l'escola i la família. Han participat en l'estudi trenta-quatre investigadors i investigadores, coordinats per la doctora Maria Teresa Anguera i el doctor Josep Moya; cinquanta-tres centres educatius, i cinc-cents cinquanta-tres participants (dos-cents cinquanta-un docents, cent

vuitanta-tres mares i pares, cinquanta professionals d'equips d'assessorament i orientació psicopegògic (EAP), quaranta-dos professionals de centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i vint-i-set alumnes d'ESO. S'han recorregut 6.904 kilòmetres i s'hi han invertit 2.950 hores de treball.

## 2. Trastorns relacionats amb els comportaments distorsionadors

En ocasions, alguns dels comportaments distorsionadors que es produeixen a les aules estan relacionats amb diversos tipus de trastorns emocionals:

- TDAH (trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat)
- Trastorn negativista desafiador
- Trastorn dissocial
- Altres trastorns (per exemple, el trastorn psicòtic)

### 2.1. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

Es tracta d'un trastorn relativament freqüent en la infància que es caracteritza perquè l'infant presenta problemes d'atenció, un excés d'activitat i un comportament impulsiu. Aquest trastorn ha rebut diversos noms (Soutullo i Díez, 2007):

- Síndrome hipercinètica infantil
- Reacció hipercinètica de la infància
- Trastorn hipercinètic
- DSM III: trastorn per dèficit d'atenció
- DSM III-R: trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat
- DSM IV: trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat

#### Síntomes nuclears del TDAH

El trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat està constituït per tres símptomes nuclears: la manca d'atenció, la hiperactivitat i la impulsivitat:

##### Manca d'atenció

- Els costa atendre a classe, no es poden concentrar.
- Tenen problemes per iniciar les tasques o atendre de manera selectiva estímuls rellevants.
- Es distreuen amb facilitat.
- Tenen dificultats per processar els treballs de la classe.
- No poden acabar les tasques que tenen objectius concrets sense la intervenció freqüent d'una altra persona que les supervisi.
- La seva producció escolar és inferior a la d'altres nens i nenes.
- Els costa obeir les ordres de les persones adultes.

##### Hiperactivitat

- Nivells de mobilitat superiors als normals. No paren, no es cansen.
- Sembla que tinguin les mateixes dificultats per romandre asseguts que un o una pacient amb acatàsia induïda per neurolèptics.
- A l'aula, es mouen de la cadira, fan sorolls i donen cops a la taula. També pugen als mobles.

### **Impulsivitat**

- Solen actuar sense considerar prèviament les conseqüències. Actuen com si no fossin conscients dels perills.
- Solen estar disposats a córrer riscos que altres nens i nenes no volen assolir.
- Quan juguen, poden canviar de joguina constantment; trenquen les joguines o les escampen per tota l'habitació.
- A l'aula, solen interrompre els companys i companyes i no solen esperar el seu torn d'intervenció.

No obstant això, i malgrat que les classificacions actuals no el consideren un criteri de TDAH, hi ha un quart element que hi juga un paper molt important: la motivació.

### **Motivació**

Brown (2006) cita la qüestió del desplaçament de la concentració; així, els mateixos individus que tenen dificultat crònica per concentrar-se en una tasca poden tenir el problema contrari: ser incapaços de retirar la seva atenció d'alguna cosa i redirigir la concentració a una altra cosa quan ho necessiten. Alguns autors i autores denominen aquesta situació *hiperatenció* i la descriuen com la fixació en alguna tasca en la qual estan interessats mentre que ignoren totalment o perden la pista qualsevol altra cosa, fins i tot les que haurien d'atendre. Exemple: Moltes persones diuen que es queden absortes quan usen l'ordinador.

### **Prevalença**

En els últims anys, els estudis epidemiològics sobre el TDAH han proporcionat informació poc precisa i, alhora, conflictiva. Les raons provenen de les divergències dels criteris de classificació que s'han adoptat. Així, els estudis que utilitzen criteris DSM IV, que permeten la comorbiditat, mostren prevalences entre el 5 i el 10%; en canvi, quan s'utilitzen criteris CIE-10 i el diagnòstic està restringit a la presència de la síndrome completa sense l'opció de la comorbiditat, es troben xifres al voltant de l'1 o el 2% (Schachar i Ickowicz, 1993).

### **Criteris diagnòstics: DSM IV-TR i CIE-10**

Actualment, els trastorns mentals es classifiquen segons els criteris de dues classificacions internacionals: el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) i la CIE-10 (elaborada per l'Organització Mundial de la Salut). Ara bé, cal indicar que hi ha importants diferències, en els algorismes i en el paper de la comorbiditat, en aquests dos sistemes categorials:

- DSM IV-TR: El diagnòstic requereix la presència de sis símptomes de manca d'atenció o sis símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat, o d'ambdós. En canvi, la CIE-10 exigeix la presència de sis símptomes de manca d'atenció, més tres símptomes d'hiperactivitat i un símptoma d'impulsivitat.
- Pel que fa a la comorbiditat, el DSM IV-TR reconeix tots els diagnòstics que estan presents llevat de l'esquizofrènia, l'autisme i el TGD. En canvi, la CIE-10 desaprova els diagnòstics múltiples. Així, quan hi ha trastorns afectius, la CIE-10 no recomana el diagnòstic de TDAH.

Les conseqüències en les prevalences són notables: per cada deu individus diagnosticats segons criteris DSM-IV, se'n diagnostica un amb CIE-10.

## 2.2. Trastorn negativista desafiador

Els trets bàsics d'aquest trastorn són un patró de conducta negativista, desafiador, de desobediència i hostilitat que s'adreça a les figures d'autoritat. Són infants provocadors, que s'enfaden i perden el control amb facilitat. Les actituds d'oposició i còlera no solen tenir un caràcter impulsiu, sinó de lluita i resistència fins arribar a aconseguir els seus objectius. És clar que la línia que separa la normalitat i la patologia és difusa, ja que la major part dels nens i nenes mostren actituds desafiadores contra les seves famílies. El DSM IV estableix com a criteris per definir el trastorn negativista desafiador:

a) Patró de comportament negativista, desafiador i hostil, que dura un mínim de 6 mesos i en què estan presents quatre de les característiques següents:

- Sovint s'encoleritza.
- Discuteix amb les persones adultes.
- Desafia activament les persones adultes.
- Molesta deliberadament altres persones.
- Acusa els altres dels seus errors.
- És susceptible.
- És colèric/a i ressentit/ida.
- És rancuniós/osa o venjatiu/iva.

b) A més, aquests comportaments han de provocar un deteriorament significatiu de l'activitat acadèmica o social; no han d'aparèixer en el transcurs d'un trastorn psicòtic o de l'estat d'ànim i no s'han de complir els criteris de trastorn dissocial.

## 2.3. Trastorn dissocial

La característica essencial del TD és un patró de comportament persistent i repetitiu, en el qual es violen els drets bàsics dels altres o importants normes socials pròpies de l'edat del subjecte. Aquests comportaments es divideixen en quatre grups:

- Comportament agressiu contra persones o animals
- Comportament no agressiu que causa pèrdues o danys a la propietat
- Robatoris
- Violacions greus de les normes

El trastorn dissocial provoca un deteriorament important de l'activitat social, acadèmica i/o laboral. A més, el patró de comportament sol presentar-se en contextos diferents: llar familiar, escola o comunitat. No obstant això, si bé aquests són els criteris amb els quals el DSM IV defineix el trastorn dissocial, cal advertir que diversos autors (Harwood, 2009) han assenyalat la dificultat que comporta aquesta definició, ja que el mateix DSM IV admet que no hi ha una definició que aclareixi els límits del concepte de trastorn mental.

## 3. Estudis anteriors

Dels estudis previs sobre problemes de comportament, cal destacar-ne tres:

### 3.1. Estudi sobre violència escolar (defensor del poble)

D'aquest estudi, que es va fer per encàrrec del defensor del poble, cal destacar-ne els punts següents:

— Es constata que un 10,5% de l'alumnat de l'ESO declara haver estat “ignorat” per la resta dels companys i companyes i un 3,9%, haver estat agredit físicament; a més, un 6,4% de l'alumnat ha estat objecte d'amenaques.

— En general, els casos de maltractaments d'iguals són protagonitzats per companys o companyes de la mateixa classe en tots els tipus d'agressions, llevat de les amenaces amb armes.

— De la percepció del professorat vers els conflictes de convivència en els centres escolars, en cal destacar que hi ha altres problemes que preocupen més els i les docents, malgrat la importància que es dona als casos d'assetjament escolar: és el cas de la manca de participació de les famílies i les dificultats en els aprenentatges de l'alumnat.

### 3.2. Enquesta de convivència escolar i seguretat a Catalunya (departaments d'Interior i d'Educació de la Generalitat de Catalunya, 2000-2001 i 2005-2006)

En aquest estudi es recullen les dades rellevants següents:

— Un 35,6% de l'alumnat de secundària considera que en els centres hi ha menys disciplina de la que cal.

— Pel que fa als casos de maltractaments, s'obtenen xifres inferiors a les del curs 2000-2001 (del 13,2% es passa al 10,3% d'alumnes que es consideren víctimes d'accions negatives freqüents).

— Les variables que mesuren la victimització o els comportaments problemàtics reconeguts són considerablement estables, però la percepció o consciència d'aquests problemes s'han intensificat dràsticament. Això genera una conjuntura favorable a les intervencions preventives o correctives.

### 3.3. Document sobre els trastorns de conducta a l'escola (Departament d'Educació, 2007)

L'estudi remarca principalment els aspectes següents:

— El trastorn de conducta justifica àmplies converses, a partir de les quals s'han de promoure reflexions, recreacions i propostes per posar al dia del sistema educatiu i preveure noves fites de treball en xarxa en un mosaic de recursos interdisciplinaris en institucions mixtes educatives i sanitàries.

— Aquest tipus d'enfocament comporta considerar els trastorns de la conducta com un problema que va més enllà de l'àmbit educatiu i molt probablement com l'expressió d'un patiment psíquic.



— Cal atorgar una atenció especial a les variables de naturalesa personal i social que hi ha implicades en el malestar psíquic de l'alumnat i també dels i de les professionals que l'atenen.

— A banda del malestar de l'alumnat i del professorat, cal atendre especialment el malestar de la família.

— Es tracta d'un entramat complex que cal analitzar amb profunditat: no hi ha respostes simples per als problemes complexos.

## 4. Estudi empíric

### 4.1. Disseny

Aquest estudi s'ha fet des d'una complementarietat metodològica: d'una banda, s'ha recollit informació a partir d'enquestes que s'han passat als diversos actors implicats (mares i pares, docents, professionals de l'EAP, professionals de salut mental infantil i juvenil i, finalment, alumnat); de l'altra, s'ha emprat una metodologia qualitativa (grups de discussió), ja que es considera una via molt adient per estudiar la complexitat social. La complementarietat de les dues vessants ha permès la triangulació que fa possible l'estudi, que s'ha desenvolupat a partir d'un disseny nomotètic, puntual i multidimensional.

#### 4.1.1. Enquestes

S'han elaborat cinc enquestes per obtenir les dades quantitatives, en funció de la naturalesa de les persones participants (famílies, professionals, alumnes). Cada tipologia d'enquesta constava de preguntes comunes, així com de preguntes específiques, pròpies de cada grup.

#### 4.1.2. Grups de discussió

Per poder fer l'estudi sobre els malestars vinculats als problemes del comportament en l'àmbit educatiu, i incloure allò que afecta tant l'alumnat com els i les docents i els pares i mares, és molt útil recórrer als grups de discussió (Krueger, 1988). Amb això es pretén:

- recollir dades qualitatives, garantint-ne la validesa, sobre l'impacte dels problemes comportamentals en les dinàmiques educatives;
- conèixer com aquests problemes incideixen en les dinàmiques familiars;
- recollir dades de la vida real en un entorn social, complex i dinàmic;
- contrastar punts de vista dels actors que hi ha implicats.

Els grups de discussió són converses planejades, que estan dissenyades per obtenir informació d'una àrea d'interès, en aquest cas, dels problemes de comportament (TDAH i TC) en els àmbits educatius, en un ambient permissiu i no directiu.

Els grups de discussió es fan amb un nombre aproximat de 7 a 12 persones, que són guiades per un expert o experta. Els i les participants exposen les seves idees i comentaris en comú.

És un procediment molt adequat quan es tracta d'explicar com les persones perceben una experiència determinada; actualment és molt utilitzat en els àmbits de la salut mental (Wegner i Rubim, 2009).

Els grups de discussió tenen els avantatges següents:

- Recullen dades de la vida real.

- És una tècnica flexible.
- Tenen gran validesa subjectiva.
- Ofereixen resultats ràpids.
- Tenen costos més reduïts que altres tècniques.

## 4.2. Participants

Els professionals i famílies implicats han estat els següents:

- Professionals docents d'educació primària i secundària
- Professionals de l'EAP
- Professionals dels centres de salut mental infantil i juvenil
- Mares i pares dels i de les alumnes
- Alumnes

## 4.3. Procediment

### 4.3.1. Enquestes

Les enquestes s'han passat al final de cada sessió, a totes les persones participants, diferenciades d'acord amb el grup al qual cadascú pertanyia (famílies, professionals, alumnes).

Les respostes han estat analitzades mitjançant el programa Microsoft Excel.

### 4.3.2. Grups de discussió

#### Constitució dels grups

El personal docent dels grups de discussió ha estat escollit aleatòriament, el o la professional de l'EAP ha estat la referència del centre educatiu; el o la professional de salut mental ha estat la referència de la zona, i, finalment, les mares i pares han estat escollits segons els criteris indicats (alumnat distorsionador i alumnat no distorsionador).

S'ha reclutat un nombre lleugerament superior de participants per cobrir les absències possibles.

En total, cinquanta-tres grups de discussió han constituït la mostra, cadascun format per un nombre d'entre vuit i dotze persones. Els experts i expertes recomanen la constitució de grups de discussió heterogenis per facilitar que hagi opinions contrastades en la discussió.

Cada grup s'ha repartit de la manera següent:

- 4 professionals (docents de primària i secundària)
- 1 professional de l'equip directiu
- 1 professional d'EAP
- 2 mares i/o pares d'alumnat distorsionador
- 2 mares i/o pares d'alumnat no distorsionador
- 1 o 2 professionals de centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ)

### **Metodologia de les sessions**

Per obtenir les dades qualitatives s'han formulat quatre preguntes als i a les participants de cada grup de discussió:

- Quins comportaments pertorbadors identifiqueu?
- Com els interpreteu? (a què creieu que es deuen, quins factors els generen?)
- Com incideixen en les dinàmiques de l'aula? i en les familiars?
- Com creieu que s'hi podria intervenir?

En el desenvolupament de les sessions s'han tingut en compte els aspectes següents:

- Les reunions s'han fet en llocs accessibles i ben comunicats.
- S'han evitat els sorolls de fons que puguin interferir en les gravacions.
- S'han col·locat targetes identificadores per a cada participant.
- L'aparell de gravació s'ha col·locat sobre la taula.

Cada grup ha estat moderat per una psicòloga experta en la conducció de grups. La reunió s'ha iniciat amb l'explicació dels objectius i de les regles que calia respectar.

### **Anàlisi textual de les dades**

El material gravat de les converses ha estat transcrit per analitzar-lo.

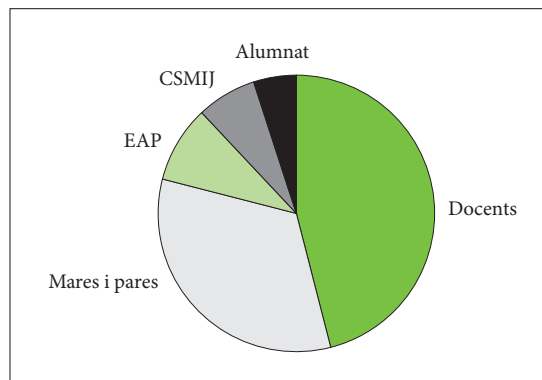
Per analitzar el contingut s'han elaborat categories per a cada pregunta, la qual cosa ha significat un procés en el qual s'ha vetllat per l'exhaustivitat i la mútua exclusivitat. A partir de les proves pilot, s'han codificat quaranta-cinc categories, cadascuna de les quals consta de dues parts: nucli categorial i nivell de plasticitat. Posteriorment, s'ha portat a terme la codificació informatitzada (Weitzman, 2000). El programa informàtic emprat ha estat l'Atlas.ti, versió 5, el qual ha estat escollit per les prestacions interessants en l'anàlisi del material textual i perquè permet examinar la informació posteriorment (Anguera, 1995).

## 5. Resultats

### 5.1. Resultats de les enquestes

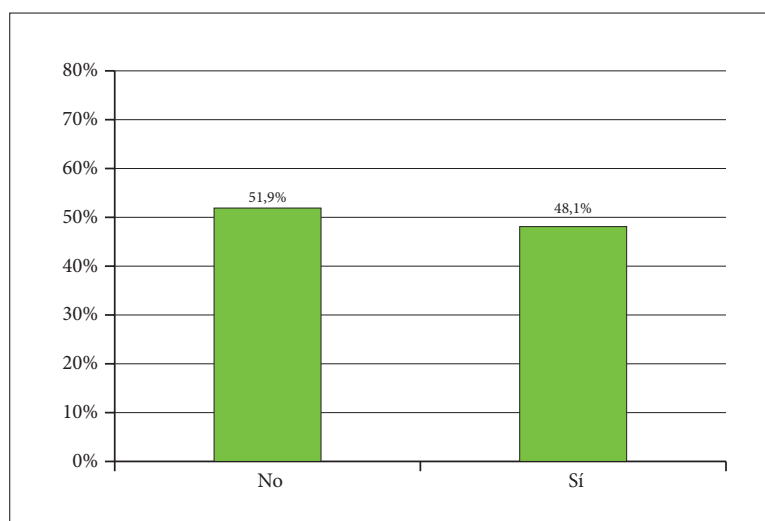
- Mares i pares
- Docents
- EAP
- CSMIJ
- Alumnat

#### Participants de la mostra (total: 553)

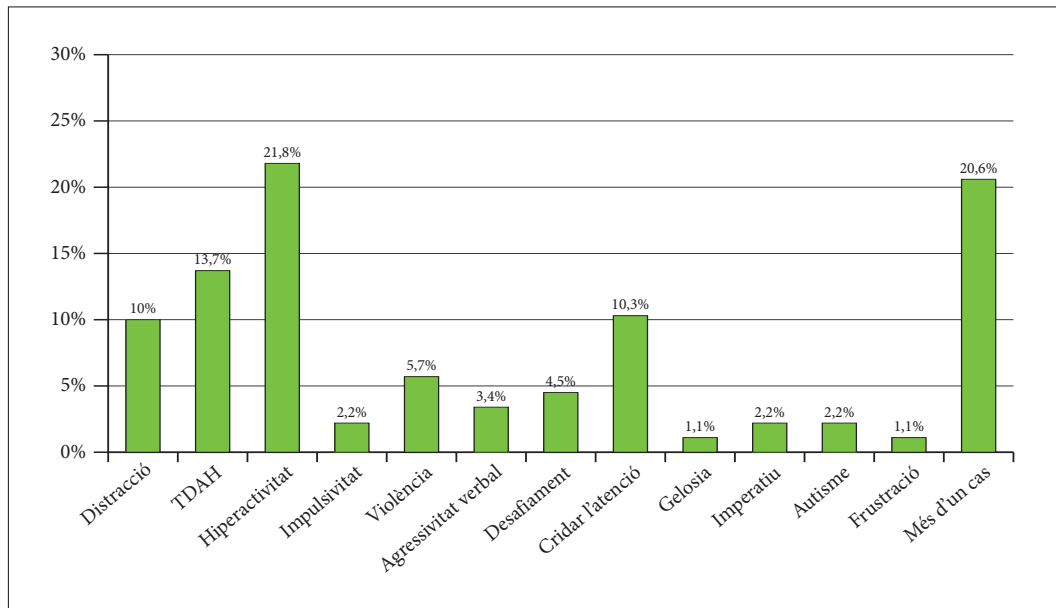


#### Mares i pares

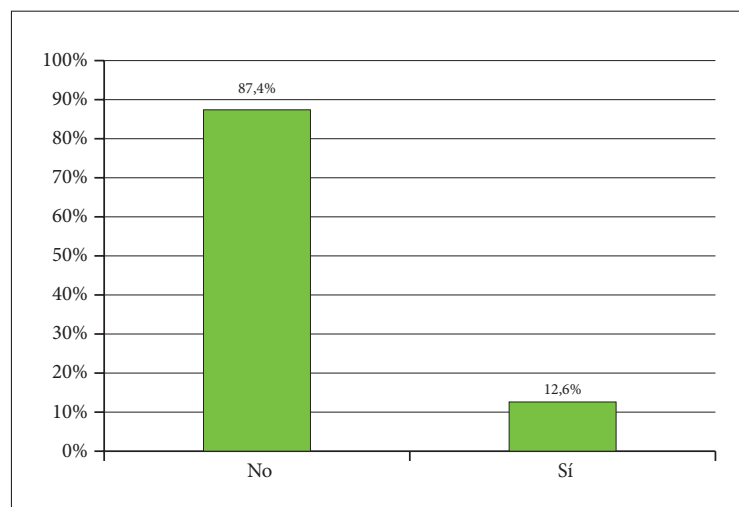
#### El vostre fill o filla presenta algun tipus de comportament pertorbador?

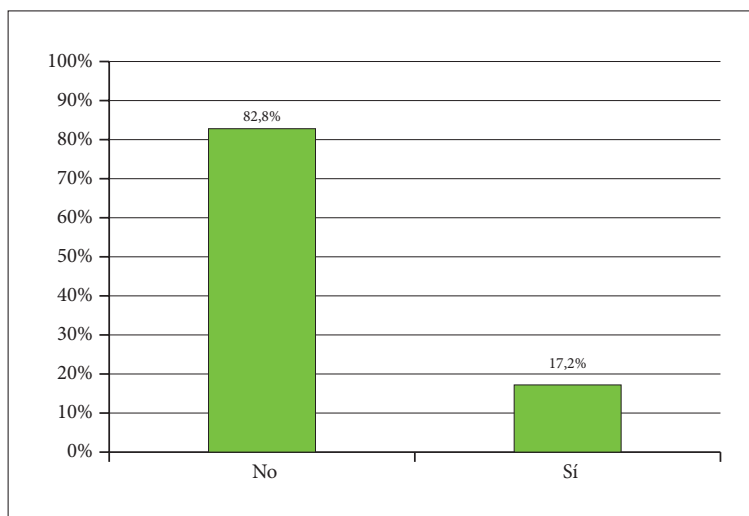
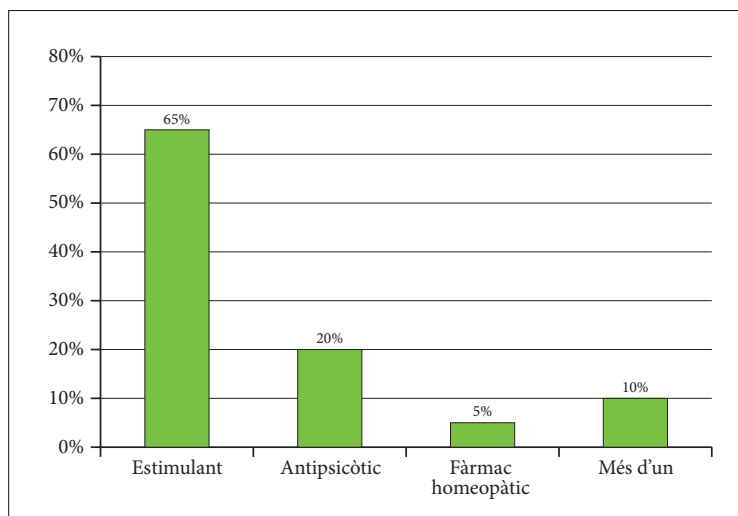


### En què consisteix aquest comportament?



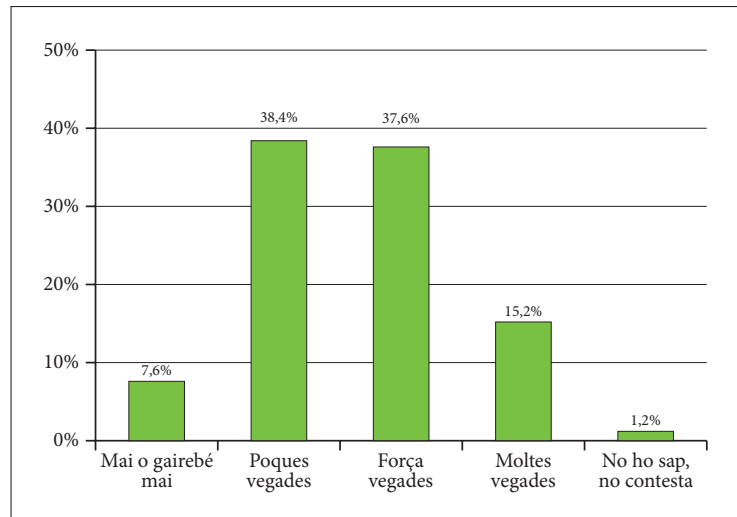
### Al vostre fill o filla, li han diagnosticat trastorn per dèficit d'atenció?



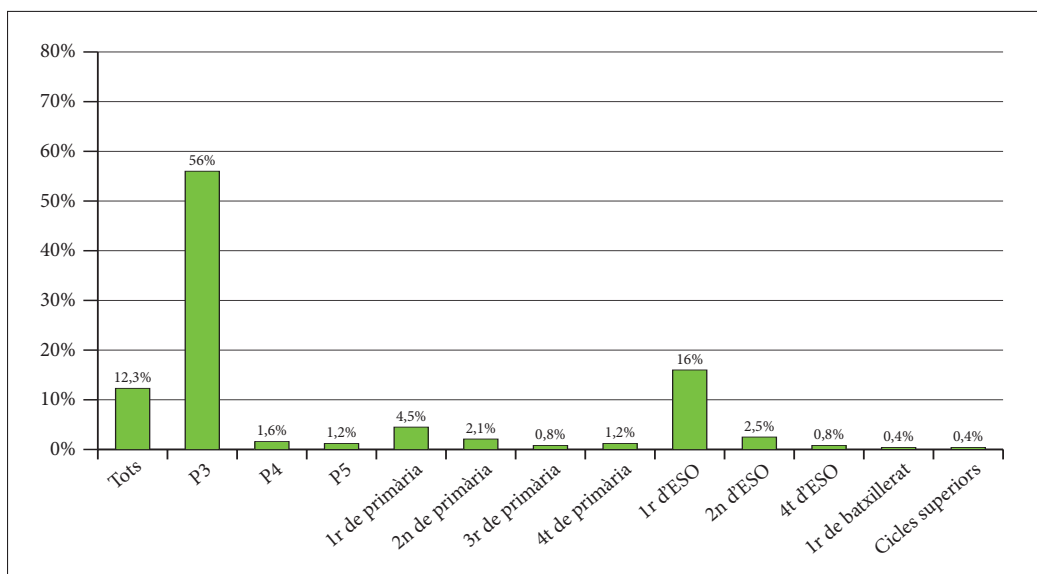
**El vostre fill o filla rep algun tipus de tractament farmacològic?****En cas afirmatiu, quin medicament?**

## Docents

**Amb quina freqüència es detecten comportaments pertorbadors a l'aula?**



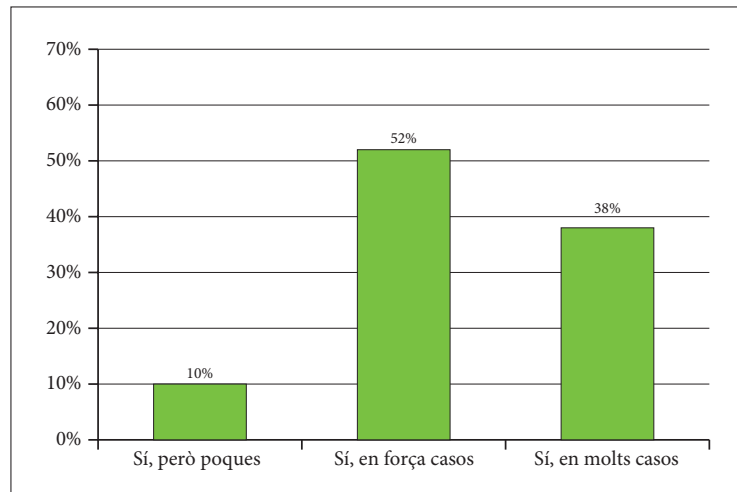
**En quin curs es comencen a detectar comportaments pertorbadors?**





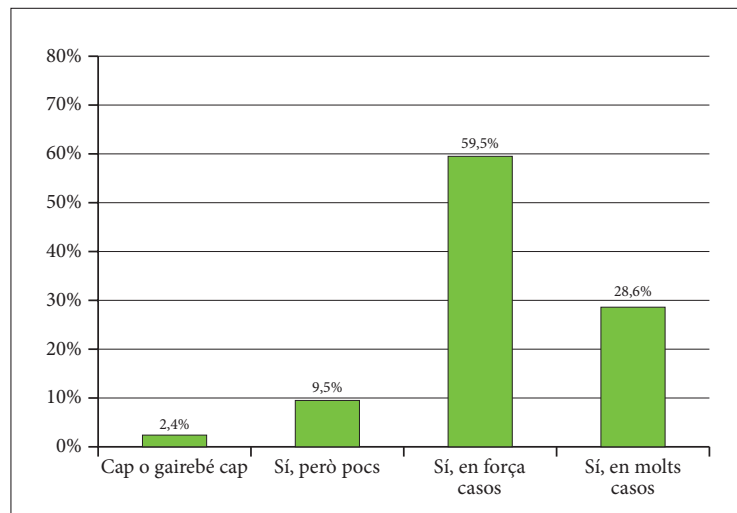
## EAP

Heu tingut consultes sobre alumnes que tenen algun tipus de trastorn de conducta?



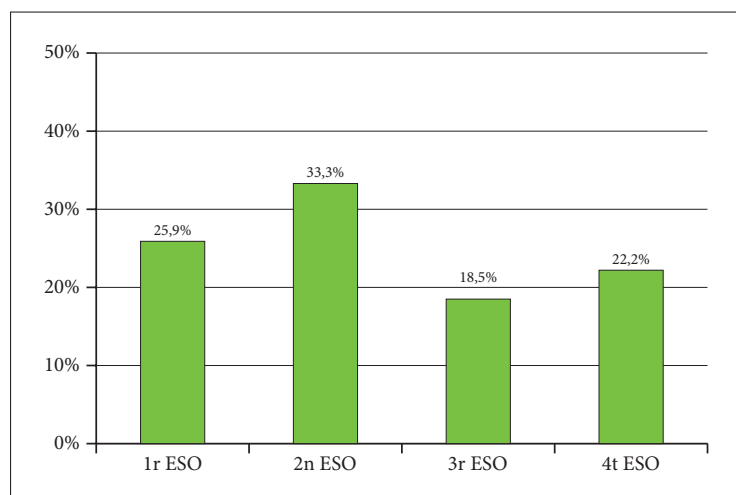
## CSMIJ

Heu atès pacients amb algun tipus de trastorn de conducta? (s'inclou la hiperactivitat)

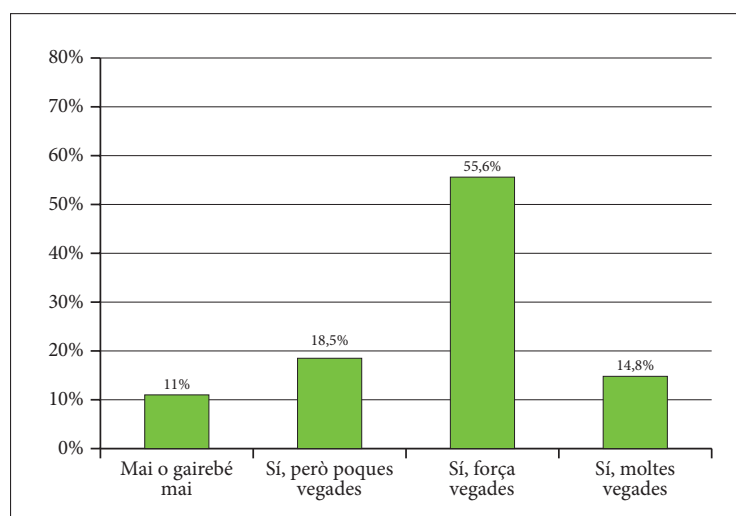


## Alumnat

### Distribució de l'alumnat per cursos



### Heu observat comportaments pertorbadors en el vostre centre?



## 5.2. Conclusions de les enquestes

### Mares i pares

En coherència amb la composició dels grups, la meitat de les mares i pares (48,1%) afirmen que el fill o filla presenta algun tipus de comportament pertorbador. Aquests comportaments pertorbadors estan relacionats amb la hiperactivitat, la impulsivitat i la violència.

Gairebé una tercera part diuen que el fill o filla rep tractament psicològic:

- Un 12% (23 casos) afirma que el fill o filla ha estat diagnosticat de TDAH.
- En 14 casos el fàrmac és un estimulants (metilfenidat) i, en 4 casos, el fàrmac és un antipsicòtic.

### **Docents**

- La major part de docents detecta comportaments pertorbadors (CP) a les aules.
- En la meitat dels casos, aquests comportaments pertorbadors es detecten força vegades o moltes vegades.
- La meitat dels i de les docents (53%) considera que aquests comportaments pertorbadors s'han agreujat en els dos últims anys.
- Més de la meitat del professorat considera que els comportaments pertorbadors es comencen a detectar a P3.

### **EAP**

- El percentatge d'alumnes atesos per comportaments pertorbadors oscil·la entre un 52% (força casos) i 38% (molts casos).
- El 78% dels i de les professionals considera que els comportaments pertorbadors han augmentat en els dos últims anys.

### **CSMIJ**

- El percentatge de casos atesos per presentar un comportament pertorbador (TC o TDAH) oscil·la entre un 59,5% (força casos) i un 28,6% (molts casos).
- El 80% de professionals considera que els comportaments pertorbadors s'han agreujat en els dos últims anys.

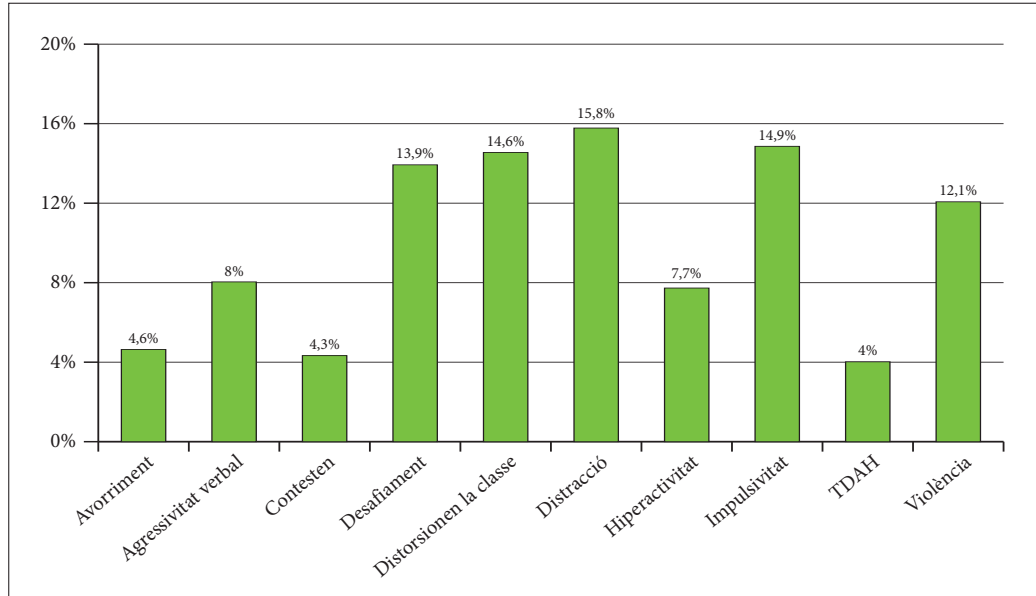
### **Alumnat**

- El 95% considera que hi ha comportaments pertorbadors en el seu centre (instituts).
- Els percentatges oscil·len entre un 55,6% (força vegades) i un 15% (moltes vegades).
- La manca de disciplina, la manca de respecte i els insults són els comportaments més freqüents.
- Més de la meitat de l'alumnat considera que els comportaments pertorbadors s'han agreujat en els dos últims anys.
- Més d'una tercera part d'alumnes consumeix substàncies tòxiques (porros, especialment).

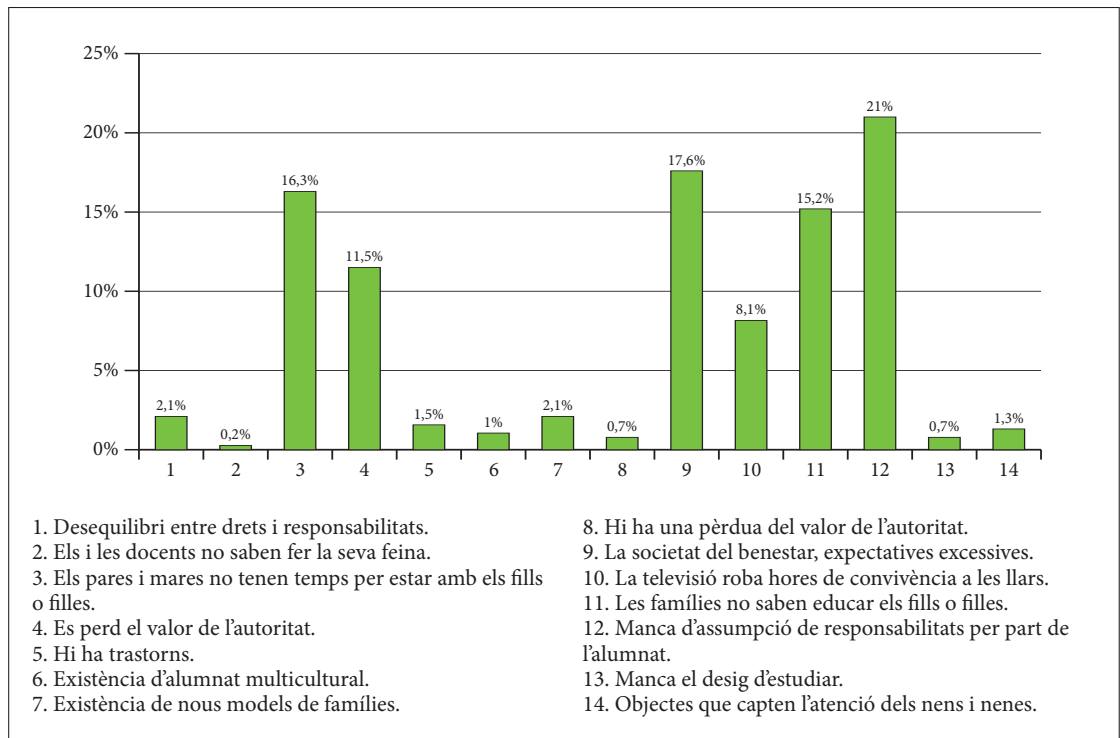
## 5.3. Resultats dels grups de discussió

### 5.3.1. Escola

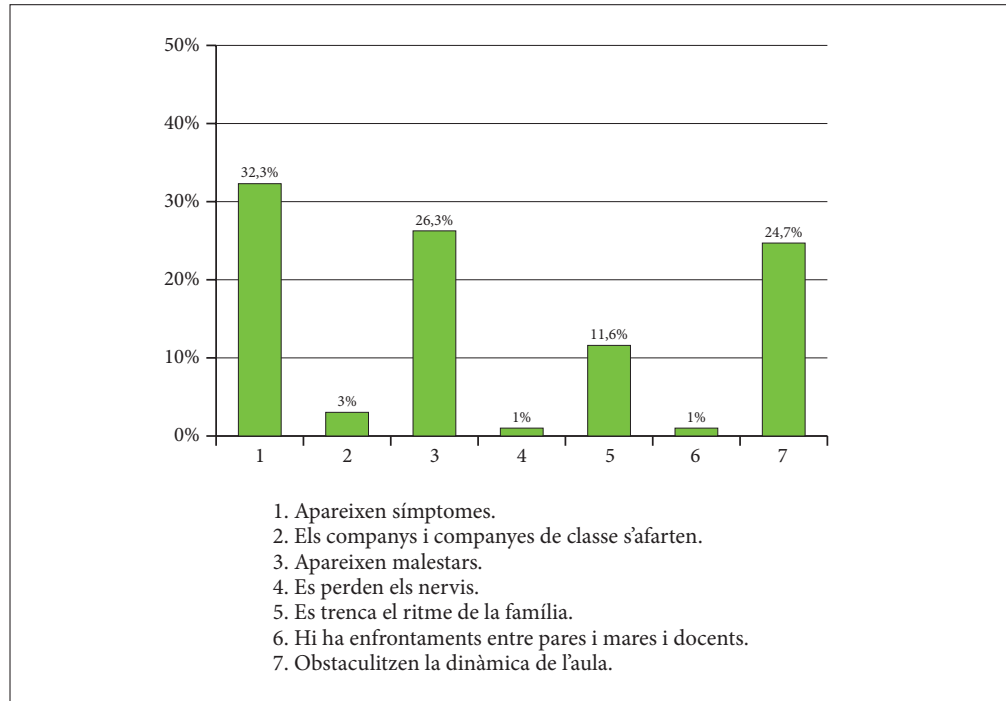
#### Pregunta 1. Quins comportaments distorsionadors heu identificat?



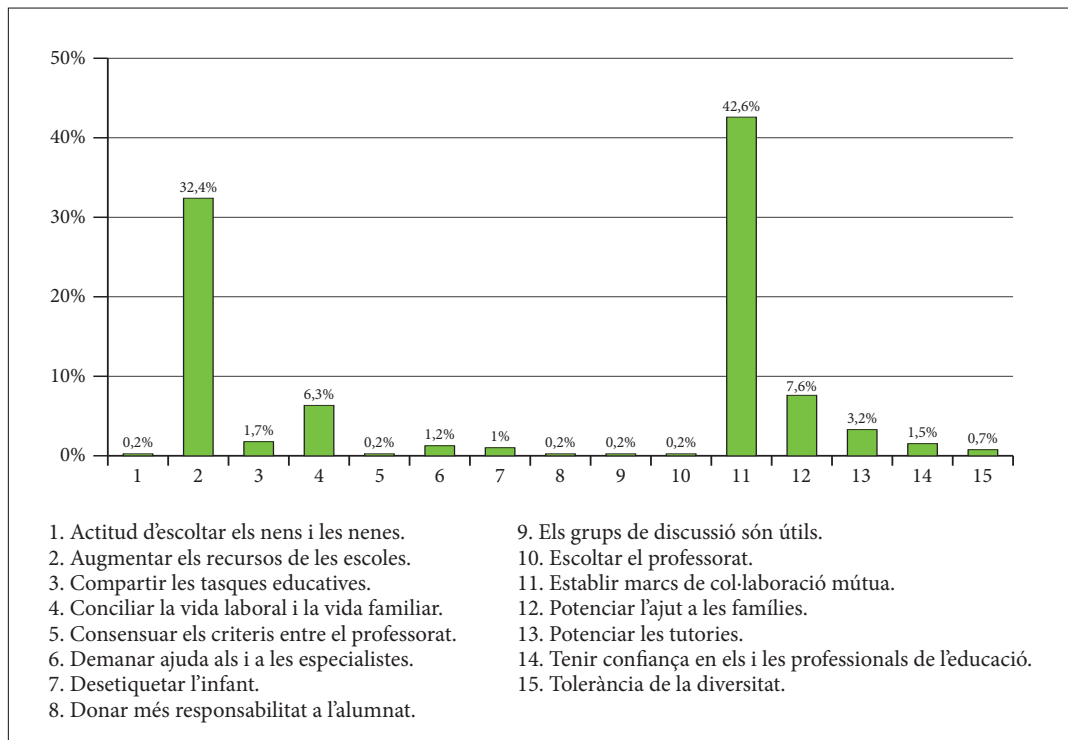
#### Pregunta 2. Quins factors penseu que poden generar aquests comportaments?



### Pregunta 3. Com us afecta el malestar generat per l'existència de comportaments perturbadors?

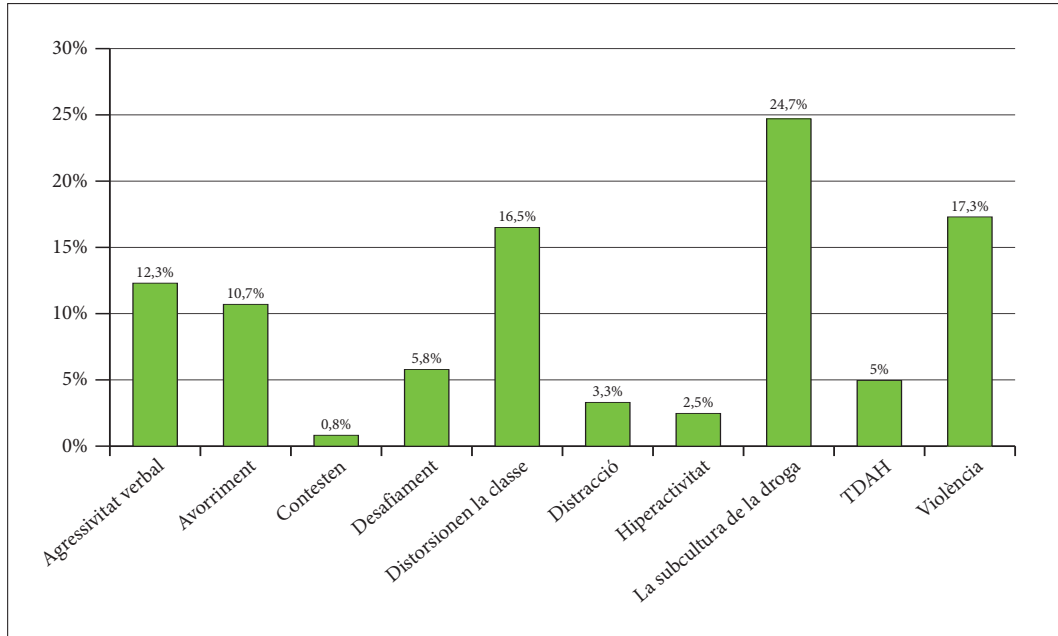


### Pregunta 4. Quines coses podrien ajudar a reconduir el conflicte?

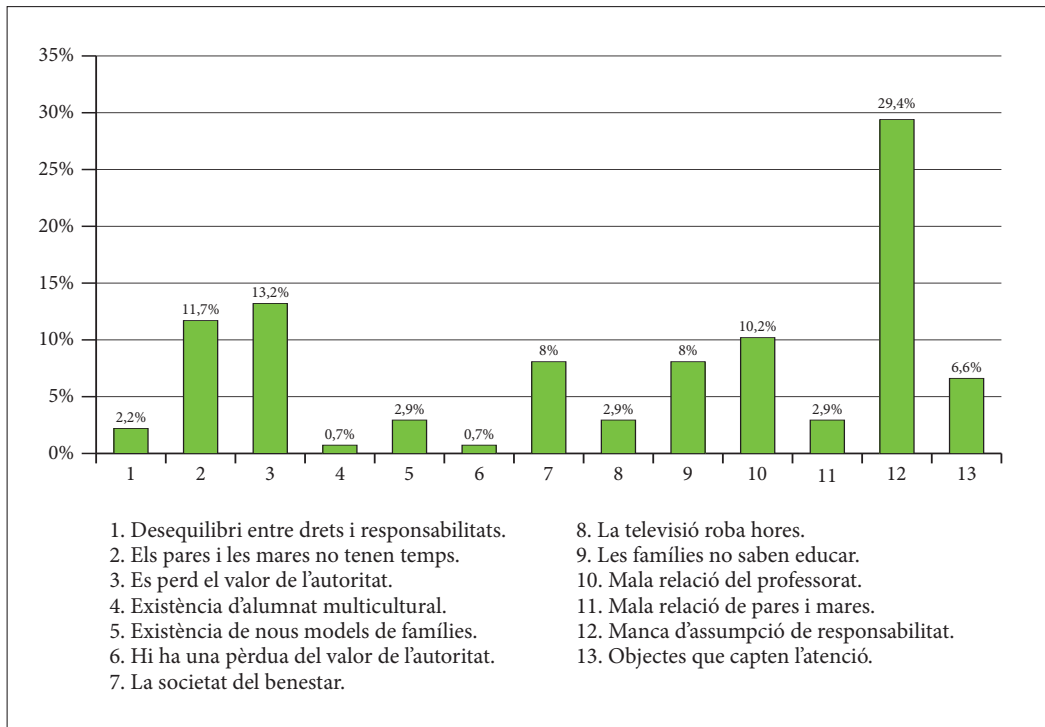


### 5.3.2. Institut

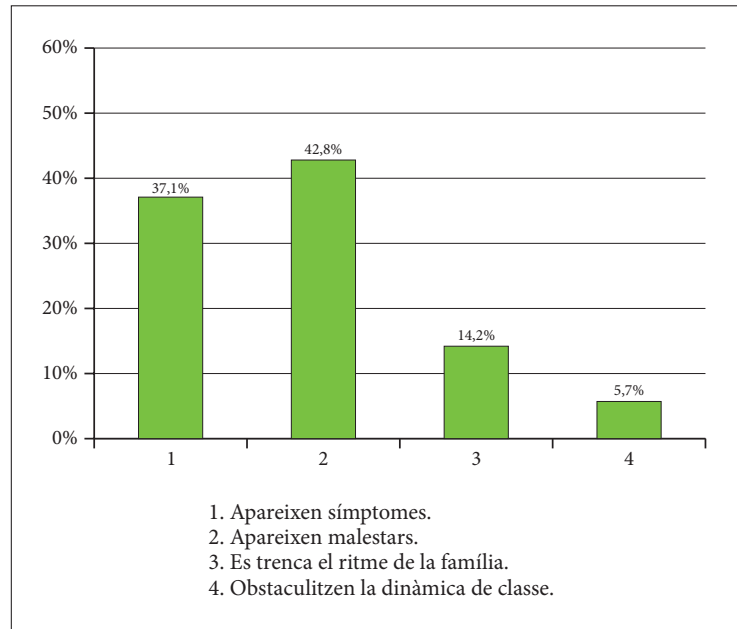
#### Pregunta 1. Quins comportaments pertorbadors heu identificat al centre?



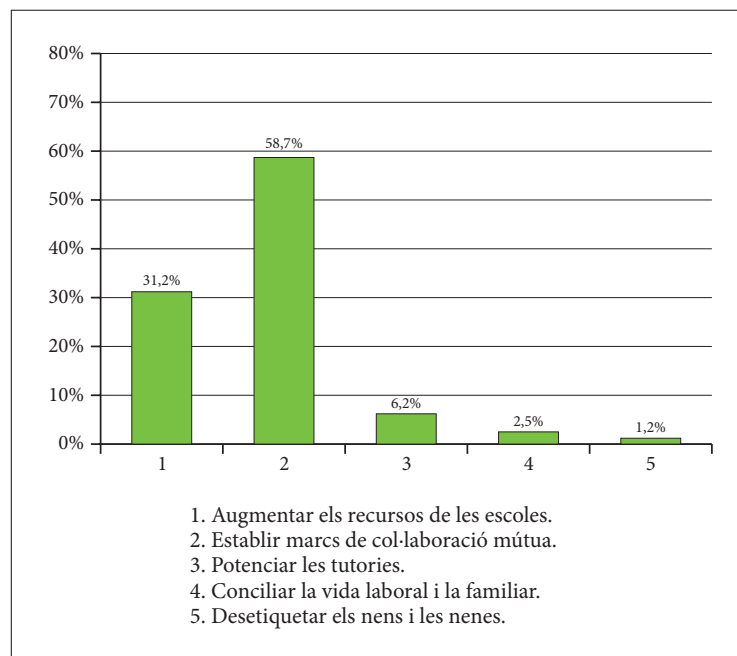
#### Pregunta 2. Quins factors penseu que poden generar aquests comportaments?



**Pregunta 3. Com us afecta el malestar generat per l'existència de comportaments perturbadors?**



**Pregunta 4. Accions que podrien reconduir el conflicte**



## 5.4. Conclusions dels grups de discussió

### Pregunta 1. Tipus de comportaments distorsionadors

#### Escola

Un primer bloc de comportaments pertorbadors es relaciona amb:

- la distracció (15,78%),
- la hiperactivitat (7,73%),
- la impulsivitat (14,86%).

Aquests comportaments formen part del constructe categorial TDAH (trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat).

En el cas del símptoma de distracció, cal fer un diagnòstic sobre el context clínic en el qual s'insereix. Si la distracció apareix en un context d'ànim depressiu, apatia, insomni, desmotivació, idees de mort, etc., és molt probable que formi part d'un trastorn depressiu més gran; si apareix en un context de continguts delirants del pensament i d'al·lucinacions caldrà descartar un trastorn psicòtic, i si apareix conjuntament amb una hiperactivitat i amb comportaments impulsius, caldrà descartar un TDAH.

Un segon bloc de comportaments pertorbadors és el conductual, que té una naturalesa diferent i s'emmarca en un context relacional.

La distorsió de l'aula, el desafiament, la violència i l'agressivitat verbal representen el 52,92% dels comportaments pertorbadors.

#### Institut

Hi ha punts de similitud vers les respostes de les escoles, excepte en la subcultura de la droga, que ha obtingut un 24,7% en totes les categories.

Aquest fet s'explica pel paper que té el consum de substàncies tòxiques en la població adolescent.

Els comportaments violents presenten un 17,3% de recurrències i "distorsionen la classe" ha obtingut un 16,5% del total.

En aquest context cal assenyalar que una de les característiques més preocupants dels comportaments violents que protagonitzen infants i adolescents és la banalització, és a dir, la no-inscripció de l'acte violent com un acte greu.



## Pregunta 2. Factors que generen comportaments distorsionadors

### Escola

Un primer bloc és el constituït per les dificultats educatives en què es troben les persones adultes:

- “No tenen temps per estar amb els seus fills”.
- “Es perd el valor de l'autoritat”.
- “Tenen dificultats per educar els seus fills”.
- “Dificultats per part de l'alumnat per assolir les responsabilitats”.

Aquest bloc suposa el 64% de les respostes.

Un segon bloc de factors és el constituït per:

- la influència de la televisió (8,15%),
- les expectatives que genera la societat del benestar (17,6%).

En aquest context cal tenir present el tipus de missatge que transmeten els mitjans de comunicació, molt especialment, la televisió.

### Institut

En primer lloc, cal destacar la manca d'assumpció de responsabilitats per part de l'alumnat, que representa un 29,4% del total. Es considera que aquesta manca de responsabilitat té una estreta relació amb el factor “motivació”, en tant que els alumnes i les alumnes han perdut la motivació pels estudis.

També han estat recurrents:

- “Es perd el valor de l'autoritat” (13,2%).
- “Els pares no tenen temps per estar amb els seus fills” (11,7%).

S'han assenyalat en segon terme:

- Mala relació amb el professorat (10,2%).
- La societat del benestar genera excessives expectatives (8,08%).
- La influència de la televisió (2,94%).

## Pregunta 3. Efectes que generen

### Escola

- Apareixen símptomes (32,3%).
- Apareixen malestars (26,26%).
- Es trenca el ritme de la família (11,6%).

### Institut

- Apareixen malestars (42,8%).
- Apareixen símptomes (37,1%).
- Es trenca el ritme de la família (14,2%).

## Pregunta 4. Accions que es poden fer

### Escola

- Establir marcs de col·laboració mútua (42,6%).
- Augmentar els recursos de les escoles (32,4%).
- Potenciar l'ajut a les famílies (7,6%).

### Institut

- Establir marcs de col·laboració mútua (58,75%).
- Augmentar els recursos de les escoles (31,25%).
- Potenciar les tutories (6,25%).

## 6. Recomanacions

### Àmbit de la salut

#### Identificació

— Un diagnòstic acurat, fet per professionals especialitzats i que segueix les recomanacions internacionals, ha de ser la primera mesura que cal adoptar per evitar, així, les etiquetes diagnòstiques de professionals no especialistes.

— Els criteris diagnòstics definits per l'OMS (Organització Mundial de la Salut) poden facilitar l'adopció de mesures que diferenciïn entre alumnes amb simptomatologia TDAH (sense comorbiditat) i alumnes amb problemes conductuals.

#### Procediment

— El diagnòstic s'ha de fer a partir d'entrevistes amb la família i el nen o la nena, i també amb la informació que s'obtingui dels i de les professionals del centre educatiu (de primària o de secundària).

— A més de les informacions que s'hagin obtingut a partir dels i de les professionals de l'àmbit educatiu pot ser molt útil l'observació directa de la nena o nen en el mateix marc escolar.

— Els qüestionaris i les escales de valoració mai poden substituir les entrevistes amb l'infant i la seva família.

— És fonamental l'exploració directa amb l'infant, ja que és en aquesta on pot manifestar les dificultats i el patiment que, de vegades, pot ser negat per l'entorn.

— L'exploració ha d'incloure les àrees següents:

- Emocional
- De comportament
- Adaptativa
- Cognitiva
- Dels aprenentatges
- De coordinació motora
- D'altres problemes somàtics

#### Diagnòstic diferencial

— La manca d'atenció, la hiperactivitat i la impulsivitat no són símptomes específics del TDAH, sinó que poden formar part d'un altre trastorn mental. És necessari fer el diagnòstic diferencial amb els trastorns següents:

- Epilèpsia
- Trastorns metabòlics
- Intoxicacions
- Trastorns d'ansietat
- Psicosis de la infància
- Trastorns afectius

#### Mesures terapèutiques

— Tenint en compte els percentatges de tractaments efectius en els casos de TDAH (60-70%) i la naturalesa de les queixes que plantegen algunes famílies, es pot inferir

que sovint les complicacions deriven de comportaments disruptius (agressivitat, indisciplina) afegits o no als problemes de manca d'atenció. En conseqüència, es fa necessari adoptar mesures terapèutiques específiques per reconduir els problemes conductuals esmentats.

— En l'atenció del diagnòstic diferencial cal prendre les mesures terapèutiques que s'ajustin al trastorn del qual es tracti.

## **Àmbit educatiu**

### **Mesures organitzatives, pedagògiques i curriculars**

— Dins del marc del projecte educatiu de cada centre s'han de prendre decisions sobre quins són els aspectes prioritaris que es volen transmetre a infants i joves, més enllà del currículum prescriptiu; cal reflexionar sobre la formació dels adults i adultes del futur i els valors fonamentals que es volen transmetre i, en conseqüència, quines n'han de ser les actuacions formatives.

— El claustre de professors i professores ha de poder compartir metodologies d'aula que prioritzin l'aprenentatge de tots els i les alumnes i afavorir-ne la participació activa en la presa de decisions i actuacions a l'aula. L'alumnat no pot ser un subjecte passiu del seu aprenentatge; ha de poder participar per sentir-se protagonista i alhora responsable del que passa al centre, amb la qual cosa es podrien evitar actituds d'inhibició o distorsionadores.

— També correspon al claustre prendre decisions sobre el currículum i el desenvolupament de les competències bàsiques. D'aquesta manera es podran treballar altres punts d'interès per a l'alumnat.

— Totes les decisions que es prenguin en el centre per flexibilitzar els recursos humans i materials i els currículums, i compartir les actuacions d'ensenyament-aprenentatge, són molt preventives per evitar i afrontar amb més diligència les situacions que s'han generat per conductes disruptives. En aquest sentit és molt important que en el projecte educatiu del centre hi hagi una reflexió, i es prenguin acords compartits amb la comunitat educativa, sobre què es consideren conductes disruptives, quines poden ser les causes que les generen i quines actuacions cal dur a terme per evitar-les o aturar-les quan es produeixin.

— L'alumnat ha de conèixer i compartir les normes i les actuacions que es consideren contràries o greument perjudicials per a la convivència i assegurar que entenen el perquè d'aquestes consideracions. Per tant, en aquest sentit, és molt important el treball dels tutors o tutores.

### **Acció tutorial**

— L'acció tutorial és un factor clau en la reconducció dels problemes de comportament, ja que és el principal vincle transferencial del marc educatiu.

— A l'hora de fer els horaris és important prioritzar un referent clar en les tutories de grup i incrementar la incidència horària del tutor o tutora amb el grup d'alumnes. La poca incidència lectiva de la figura que n'ha de ser el referent fa més difícil un coneixement exhaustiu i profund de l'alumnat.

— El tutor o tutora, atès que és el referent de l'alumnat i que estableix un vincle educatiu i afectiu amb el grup classe, és important que pugui acompanyar el grup durant el període escolar. L'alumnat demana que la figura del tutor o tutora sigui estable (no canviant).

— Les tutories podrien ser uns instruments adients i molt potents a l'hora de poder escoltar i modular els malestars de l'alumnat amb comportaments desafiadors.

### **Intervenció educativa**

— Atès que alguns alumnes amb problemes d'atenció (alumnes distrets) mostren, d'altra banda, actituds d'hiperatenció en alguns àmbits, es podrien implementar mesures educatives que s'adrecin a potenciar-ne la motivació per obrir vies d'interessos més generals, i connectar altres àrees amb aquesta motivació. En qualsevol cas, les mesures d'atenció a la diversitat s'han de plantejar amb perspectiva inclusiva (suport a l'alumnat dins l'aula ordinària, treball cooperatiu, grups interactius...).

— Per tal d'establir el vincle educatiu entre docent i alumnat, cal que el professorat estigui advertit de les problemàtiques subjacents de la seva feina que tant l'afecten a ell com a l'alumnat. Per aquest motiu, cal que la formació del professorat estableixi continguts que ajudin a entendre les coordenades sota les quals s'estableix aquest vincle educatiu.

— L'escola no hauria de reproduir els esquemes de consumisme i acceleració de la societat, tot i que en formen part i en són un reflex.

### **Entorn**

— La resta d'institucions de la societat han de col·laborar amb l'escola per compensar tot allò que socialment i culturalment pot perjudicar infants i joves, perquè l'escola pugui continuar sent l'espai privilegiat per aprendre i reflexionar sobre el respecte i les particularitats de cadascú i cadascuna.

— Cal tenir en compte que sovint moltes famílies tenen dificultats per compatibilitzar els horaris familiars i els horaris laborals. Si bé aquest és un tema que ultrapassa els àmbits d'aquest estudi, no deixa de ser un element que cal tenir-lo en compte.

### **Treball en xarxa**

És necessari un treball en xarxa entre els i les diferents professionals que intervenen en l'àmbit educatiu i trobar una resposta per a les problemàtiques que es deriven de la manca de motivació, conductes disruptives que comporten fracàs escolar, problemes disciplinaris, absentisme, les dificultats d'implantar normes i referents clars i tots els malestars i símptomes que puguin afectar el vincle educatiu i el clima escolar.

El treball en xarxa ha de permetre que professorat, família i professionals de la salut puguin exposar els malestars derivats dels conflictes i puguin rebre assessorament i suport individualitzat, i també l'alumnat que ho requereixi: cal observar a l'aula els casos problemàtics i fer propostes de reorganització interna, de suport i de derivació.

Un model de treball en xarxa és el que es fa l'OSAMCAT (Observatori de Salut Mental de Catalunya) amb l'escola de Sant Feliu de Codines i Aldees Infants SOS, i el programa de suport que s'està iniciant en el marc del Pla educatiu d'entorn del Voltreganès. Aquest model se centra en la construcció del cas, que es basa en l'articulació de la visió global de la situació i dels diferents elements que la componen, amb un tracte particularitzat dels individus, un per un. Es concreta en els punts següents:

— El professorat i un o una professional de salut mental disposen de temps i d'espais de reflexió on poden compartir els malestars sobre les problemàtiques generades per

l'alumnat. Aquests espais són per parlar dels casos individuals i constitueixen un instrument molt eficaç per evitar l'impacte que tenen els comportaments pertorbadors sobre els i les docents, que solen produir sensació d'impotència, problemes psicossomàtics i problemes emocionals. Aquestes reunions es poden ampliar; s'estableix un treball en xarxa amb la resta de professionals que, d'una manera o altra, intervenen en el vincle educatiu (docents, educadors i educadores de carrer, EAP, pediatres, EAIA, treballadors i treballadores socials, policies municipals, assessors i assessores de salut mental, etc.).

— Aquest suport no comporta una psiquiatrització ni una medicalització dels problemes de conducta, sinó un espai conjunt de reflexió. El treball es concreta en:

- suport i assessorament individualitzat al professorat tant pel que fa a casos concrets com pel que fa a la dinàmica de l'aula;
- assessorament als diversos col·lectius, com el mateix professorat, personal educador de carrer, l'EAP, l'EAIA, etc.;
- suport i assessorament a les AMPA;
- observació directa a l'aula de l'alumnat motiu de la consulta;
- propostes de reorganització interna tant pel que fa al mateix alumne o alumna com a la dinàmica de l'aula;
- reflexions conjuntes i devolucions cas per cas;
- propostes de col·laboració amb els serveis de salut mental (CSMIJ, hospital de dia, UCA o altres) en aquells casos que ho requereixin.

## 7. Bibliografía

— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2000.

— ANGUERA, M. T. “Tratamiento cualitativo de datos”. A: VALLEJO, G. (ed.) *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis, 1995, p. 549-576.

— BROWN, T. *Trastorno por déficit de atención*. Barcelona: Masson, 2006. p. 229-231.

— DEFENSOR DEL PUEBLO. *Violencia escolar: El maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006* [en línea], 2006.

< <http://www.defensordelpueblo.es/informes2.asp> > [Consulta: 13 setembre 2010]

— DEPARTAMENT D'INTERIOR; DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ. *Enquesta de convivència escolar i seguretat a Catalunya. Curs 2005-2006*. Barcelona: Departament d'Interior i Departament d'Educació, 2006.

— DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ. *Els trastorns de conducta a l'escola*. Barcelona: Departament d'Educació, 2006.

— HARWOOD, V. *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta*. Madrid: Morata, 2009.

— KRUEGER, R. *Grupos de discusión*. Madrid: Pirámide, 1988.

— SCHACHAR, R.; ICKOWICZ, A. “Trastornos hiperkinéticos con déficit de atención en la infancia y la adolescencia”. A: GELDER, LÓPEZ-IBOR, J.; ANDREASEN, N. *Tratado de Psiquiatría*. Vol. 3. Barcelona: Arts Medica, 2003, p. 2077-2097.

— SOUTULLO, C.; DÍEZ, A. *Manual de Diagnóstico i Tratamiento del TDAH*. Madrid-Buenos Aires: Panamericana, 2007.

— WEGNER, W.; RUBIM, E. N. “Health conceptions under the perspective of lay caregiver women accompanying hospitalized children”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 2009, p. 88-93.

— WEITZMAN, E. A. “Software and qualitative research”. A: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. (comp.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2000, p. 803-820.