

ELS PROBLEMES DEL COMPORTAMENT EN ELS NENS I ADOLESCENTS DE CATALUNYA: estudi descriptiu del trastorn per dèficit d'atenció TRASTORN DE CONDUCTA. UNA REFLEXIÓ EPISTEMOLÒGICA

Josep Moya. Coordinador de l'Observatori de Salut Mental de Catalunya
Manuel de Armas.

Professor de la Facultat de Formació del Professorat
Universitat de Las Palmas de Gran Canària

Maria Teresa Anguera

Catedràtica de Metodologia de les Ciències del Comportament
Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona

RESUMEN

En los últimos años, tanto los medios de comunicación como las comunidades de profesionales de diversos campos (salud, educación, campo social, justicia) vienen advirtiendo del aumento de situaciones conflictivas y disruptivas que se dan en los marcos educativos y también en los familiares. La falta de respeto al adulto, la falta de límites así como la falta de acuerdos entre las familias y los docentes, aparecen como problemas que preocupan a los educadores - familias y docentes - y los someten a fuertes tensiones que, a veces, pueden comportar crisis personales y profesionales. Este estudio tiene como objeto conocer la naturaleza de estas problemáticas, sus consecuencias sobre los actores implicados así como las posibles vías de solución. Asimismo, se hace una reflexión epistemológica sobre el problema de la atención versus funciones ejecutivas.

ABSTRACT

In recent years, both the media and communities of professionals from different fields (health, education, social, justice) have been warning of increased conflict and disruptive situations that arise in educational frameworks and in the family. The lack of respect to the adult, the lack of boundaries and the lack of agreements between families and teachers, appear as issues of concern to educators - families and teachers - and subject them to strong tensions that sometimes may lead to personal and professional crises. This study aims to determine the nature of these problems and their consequences for those involved and the possible solutions. At the same time, it points to an epistemological reflection on the problem of attention versus executive functions.

1. INTRODUCCIÓ

En els darrers anys, tant els mitjans de comunicació com les comunitats de professionals de diversos camps (salut, educació, camp social, justícia) vénen advertint de l'augment de situacions conflictives i disruptives que es donen en els marcs educatius i també en els familiars.

La falta de respecte a l'adult, la manca de límits així com la falta d'acords entre les famílies i els docents, apareixen com a problemes que preocupen, i molt, als educadors - famílies i docents - i els sotmeten a fortes tensions que, en ocasions, poden comportar crisis personals i professionals.

Sembla que educar és una tasca força complexa en el moment actual. Així, Camps (2008) explica que actualment es viu una situació de desorientació total que es manifesta en que no sabem com hem de respondre als continus interrogants que planteja l'educació dels fills en unes circumstàncies que no s'assemblen en absolut a les dels temps en què dominava l'educació basada en l'ordre, la disciplina i el respecte a la jerarquia. La mateixa autora afegeix que l'horari escolar ha estat considerablement reduït, moltes dones treballen fora de casa, l'estructura familiar no és sòlida, hi ha la televisió, els videojocs, internet, els mòbils i tot un conjunt d'ofertes lúdiques molt poc coherents amb la tasca d'educar. Lla-

vors, com controlar el que sembla que escapa a qualsevol control familiar, escolar o polític? I, sobretot, com fer compatibles els diferents missatges que reben els menors i que són absolutament contradictoris?

Una altra autora (Fernández, 2008), va més enllà i planteja que la crisi de l'educació revela un problema més profund: la crisi de la societat. El sistema econòmic està destruint la idea mateixa de societat, la lògica del capital és incompatible amb el principi de sociabilitat.

No obstant això, altres autors (House, 2003) sostenen que un percentatge important de problemes conductuals que es donen en el marc escolar tenen una base psicopatològica sent el trastorn per dèficit d'atenció (TDA) un dels més rellevants (Hallowell i Ratey, 2001). Barkley (2007) ha assenyalat que els nens amb TDAH (trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat) pateixen una incapacitat per a usar el sentit del temps, del passat i del futur, per guiar el seu comportament.

Finalment, la hipotètica associació entre TDAH i comportaments desafiadors i dissocials (Soutullo i Mardomingo, 2010) fa que, en molts casos aflorin problemes vinculats amb la violència, que es concreten en el conegut bullying, entès com l'assetjament, la inti-

midació i el maltractament entre escolars (Elliott, 2008).

2. TRASTORNS PSÍQUICS RELACIONATS AMB ELS COMPOR-TAMENTS PERTORBADORS

Encara que no es pot establir una correspondència biunívoca entre comportaments disruptius i trastorns psíquics, en ocasions, alguns d'aquests comportaments disruptius que es donen en les aules estan relacionats amb algun tipus de trastorn psicopatològic. Alguns d'aquests trastorns són:

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

I) 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:

A) (1) o (2)

(1) Sis o més dels següents símptomes de manca d'atenció han persistit al menys durant 6 mesos amb una intensitat que és desadaptativa i incoherent en relació amb el nivell de desenvolupament Manca d'atenció:

- sovint no presta atenció suficient als detalls coment errors per distracció en les tasques escolars, en el treball o en altres activitats
- sovint té dificultats per mantenir l'atenció en tasques o en activitats lúdiques
- sovint sembla no escoltar quan se li parla directament
- sovint no segueix instruccions i no finalitza tasques escolars, encàrrecs, o obligacions en el centre de treball (no es deu a comportament negativista o incapacitat per comprendre instruccions)
- sovint té dificultats per organitzar tasques i activitats
- sovint evita, li desagrada o és reticent pel que fa a dedicar-se a tasques que requereixen un esforç mental sostingut (com treballs escolars o domèstics)
- sovint perd objectes necessaris per a tasques o activitats (p. ex. joguines, exercicis escolars, llibres o eines)
- sovint es distreu fàcilment per estímuls irrelevantes
- sovint és descuidat en les activitats diàries

(2) Sis o més dels següents símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat han persistit al menys durant 6 mesos amb una intensitat que

és desadaptativa i incoherent en relació amb el nivell de desenvolupament

Hiperactivitat:

- Sovint mou en excés mans o peus, o es mou en la seva cadira
- Sovint s'aixeca del seu seient en la classe o en d'altres situacions en les que s'espera que estigui assegut
- Sovint corre o salta excessivament en situacions en les quals és inadequat fer-ho
- Sovint té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats de lleure
- Sovint sol actuar com si tingués un motor
- Sovint parla en excés

Impulsivitat:

- Sovint dóna respostes abans d'haver estat completades les preguntes
- Sovint té dificultats per guardar el torn
- Sovint interromp o es fica en les activitats dels altres

B) Alguns dels símptomes d'hiperactivitat- impulsivitat o manca d'atenció que causaven alteracions estaven presents abans dels 7 anys d'edat.

C) Algunes alteracions provocades pels símptomes es presenten en dues o més situacions o contextos.

D) Han d'existir proves clares d'un deteriorament clínicament significatiu de l'activitat social, acadèmica o laboral.

E) Els símptomes no apareixen exclusivament en el transcurs d'un trastorn generalitzat del desenvolupament, esquizofrènia o altre trastorn psicòtic i no s'explica millor per la presència d'un altre trastorn mental.

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. En efecte, alguns autors, (Brown, 2006) han assenyalat el fenomen 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. Per aquests casos, força freqüents en l'àmbit escolar, s'ha proposat el terme de dèficit d'atenció amb hiperatenció, la qual cosa comporta l'ús d'una antinòmia.

II) 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).

III) 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.

IV) EL PROBLEMA DE L'ATENCIÓ

Malgrat que els criteris diagnòstics del TDAH es refereixen a la manca d'atenció cal assenyalar que actualment no sembla existir un clar acord sobre què és atenció i què no l'és. En el que sí hi ha un consens és en l'existència d'una gran confusió terminològica que dificulta l'estudi dels mecanismes cognitius inclosos dintre d'aquest constructe (Ríos-Lago i cols, 2011).

L'atenció no és un procés unitari sinó el nom donat a una sèrie limitada de processos que poden interactuar mútuament, durant el desenvolupament de tasques perceptives, cognitives i motores (Parasuranam, 1998).

Lúria va definir l'atenció com el procés selectiu de la informació necessària, la consolidació dels programes d'acció elegits i el manteniment d'un control permanent sobre ells, per tant, l'atenció ha de considerar-se com un sistema complex de subprocessos específics, a través dels quals dirigim l'orientació, el processament de la informació, la presa de decisions i la conducta.

La dispersió teòrica existent afavoreix la proliferació de micromodels explicatius que dificulten una postura teòrica integradora, fins el punt de discutir qüestions tan essencials com la pròpia naturalesa de l'atenció (Roselló i cols, 2001). Alguns d'aquests models són de caràcter clínic i permeten diferenciar aspectes rellevants per a la pràctica clínica quotidiana. Així, el model de Sohlberg i Mateer (1989) estableix 6 nivells jeràrquics de manera que cada nivell

requereix el correcte funcionament del nivell anterior i l'assumpció de que cada component és més complex que el que el precedeix (Taula 1).

(Taula 1) Model clínic d'atenció (Sohlberg i Mateer, 1989) -adaptat de Ríos, 2011-

Arousal	Capacitat d'estar despert i de mantenir l'alerta
Atenció focal	Habilitat per enfocar l'atenció a un estímul visual, auditiu o tàctil
Atenció sostinguda	Capacitat de mantenir una resposta de forma consistent durant un període de temps perllongat
Atenció selectiva	Capacitat per seleccionar la informació rellevant que cal processar o l'esquema d'acció apropiat, inhibint l'atenció a uns estímuls mentre s'atén a altres
Atenció alternant	Capacitat que permet canviar el focus d'atenció entre tasques que impliquen requeriments cognitius diferents
Atenció dividida	Capacitat per atendre a dues coses simultàniament

Atenent aquest model, semblaria que molts nens/nenes diagnosticats de TDAH tenen problemes en els nivells d'atenció sostinguda o atenció selectiva.

Però, com també ha estat assenyalat per diversos autors (Barkley, Soutullo), el nucli del problema de les persones amb TDAH no radica únicament en la funció "atenció" sinó en un procés molt més complex: funció executiva, que consisteix en un conjunt de mecanismes que estan implicats en l'optimització dels processos cognitius per orientar-los cap a la resolució de situacions complexes o noves. Aquestes funcions executives inclouen un conjunt de processos cognitius, entre els que destaquen l'anticipació, elecció d'objectius, planificació, selecció de la conducta, autorregulació, automonitorització i ús de feedback (Tirapu, 2011).

Per tant, considerant la complexitat del problema no sembla massa apropiat seguir fent referència a la manca d'atenció sinó que caldria ampliar el focus i considerar les funcions executives en tota la seva complexitat.

2.2. TRASTORN NEGATIVISTA DESAFIANT

Els trets bàsics d'aquest trastorn són un patró de conducta negativista, desafiament, 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 poden mostrar actituds desafiantes contra les seves famílies. El DSM IV estableix com criteris per definir el trastorn negativista desafiament els següents:

- a) Patró de comportament negativista, desafiament 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 i ressentit
 - És rancuniós o venjatiu
- b) A més, aquests comportaments han de provocar un deteriorament significatiu de l'activitat acadèmica o social
- c) No han de aparèixer en el transcurs d'un trastorn psicòtic o d'un trastorn de l'estat d'ànim

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 dissociat 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 dissociat, 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. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

La constatació de problemes de comportament en la vida quotidiana dels centres educatius, tant de primària com de secundària, amb la seva freqüent associació a certs trastorns psíquics, planteja alguns interrogants, com, per exemple, de quina naturalesa és aquesta associació i quines són els malestres que comporta, tant en les famílies i els docents com en els propis alumnes. Però també planteja interrogants sobre quin tipus de necessitats educatives generen i quin tipus de recomanacions es poden dur a terme.

L'objectiu d'aquest estudi descriptiu ha estat el d'intentar respondre a aquestes preguntes comptant amb la implicació de tots els actors (famílies, docents, professionals de la salut, i professionals psicopedagogs, així com els propis alumnes).

4. ESTUDI EMPÍRIC

4.1. Disseny

Aquest estudi s'ha realitzat des d'una complementaritat metodològica, ja que, d'una banda, s'ha utilitzat una metodologia qualitativa (grups de discussió), que es considera una via molt adequada

per a l'estudi de la complexitat social, i, de l'altra, s'ha dut a terme una recollida d'informació a partir de qüestionaris que s'han aplicat als diversos actors implicats (mares i pares, docents, professionals de l'EAP, professionals de salut mental infantil i juvenil i, finalment, alumnat). La complementaritat 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.

Per tal de poder realitzar l'estudi sobre els malestres vinculats als problemes del comportament en l'àmbit educatiu, incloent aquells que afecten tant als propis alumnes com als docents i els pares, és molt útil recórrer als grups de discussió (Krueger, 1988). Amb això el que es pretén és:

- recollir dades qualitatives referents a l'impacte dels problemes de comportament en les dinàmiques educatives.
- conèixer com les esmentades problemàtiques incideixen en les dinàmiques familiars,
- capturar dades de la vida real en un entorn social complex i dinàmic,
- contrastar punts de vista dels actors implicats.

Els grups de discussió consisteixen en converses planificades i dissenyades per seleccionar una àrea definida d'interès, en aquest cas, els problemes de comportament (TDAH i TC) en els àmbits educatius, en un ambient permissiu i no directiu.

Els grups de discussió es realitzen amb un nombre aproximat de 7 a 12 persones, guiades per un moderador expert. Els participants en el grup exposen les seves idees i comentaris en comú.

Es tracta d'un procediment molt adequat quan es tracta d'explicar com perceben els individus una determinada experiència, i que actualment és molt utilitzat en els àmbits de la salut mental.

4.2. Participants

Els grups de professionals i de famílies implicats han estat els següents:

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

En total, la mostra està formada per 53 grups de discussió (centres educatius públics de la Comunitat Autònoma de Catalunya). Cada grup ha estat constituït per un nombre d'entre 8 i 12 persones. Els experts recomanen analitzar grups de discussió heterogenis per tal de facilitar que en la discussió apareguin opinions contrastades.

4.3. Instruments

Per a l'obtenció de les dades qualitatives s'han formulat quatre

preguntes als participants de cada grup de discussió:

- Quins comportaments perturbadors identifiquen?
- Com els interpreten? A què creuen que es deuen, quins factors els generen?
- Com incideixen en les dinàmiques de les aules? En les dinàmiques familiars?
- Com creuen que es podria intervenir?

Per analitzar els continguts de les converses dels grups de discussió s'ha desenvolupat un procés de categorització de les respostes obtingudes a cada pregunta, complint els requisits d'exhaustivitat i mútua exclusivitat. A partir de les proves pilot realitzades s'han proposat, definit i codificat 45 categories, cadascuna de les quals consta ha dos elements: nucli categorial i nivell de plasticitat.

Per obtenir les dades quantitatives s'han elaborat cinc qüestionaris, en funció de la naturalesa dels participants.

4.4. Procediment

4.4.1. Constitució dels grups de discussió

Els docents dels grups de discussió han estat escollits aleatòriament. El professional de l'EAP ha estat el de referència del centre educatiu. El professional de salut mental ha estat el de referència de la zona. Finalment, les mares i pares han estat escollits segons els criteris indicats (d'alumnes distorsionadors / no distorsionadors).

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

4.4.2. Metodologia de les sessions

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

- 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 posat targetes identificadores per als participants.
- L'aparell de gravació s'ha posat sobre la taula, en posició equidistant als participants.

Cada grup ha estat moderat per una psicòloga experta en la conducció de grups. La reunió s'ha iniciat explicant l'objectiu de la reunió i les regles que calia respectar. A continuació s'han plantejat les quatre preguntes clau:

- Quins comportaments distorsionadors identifiquen en el seu àmbit?
- Quins factors consideren que els generen?
- Quins efectes tenen en les dinàmiques de les aules i en les dinàmiques familiars?
- Què consideren que caldria fer?

4.4.3. Anàlisi textual de les dades

El material gravat ha estat transcrit per la seva anàlisi a partir de les

categories elaborades. Posteriorment, s'ha dut a terme la codificació informatitzada (Weitzman, 2000). El programa informàtic utilitzat ha estat l' Atlas.ti, versió 5. Aquest programa ha estat escollit per les seves interessants prestacions en l'anàlisi del material textual i perquè permet un posterior anàlisi de la informació (Anguera, 1995)

5. RESULTATS

Es resumeixen els resultats dels grups de discussió, diferenciant els col·legis i els instituts de secundària.

I) Primària:

Taula 2: Tipus de comportaments perturbadors

Categoria	Recurrència	Percentatge
Distracció	51	15.78
Impulsivitat	48	14.86
Distorsionen la classe	47	14.55

De la taula anterior es desprèn que les tres categories (distracció, Impulsivitat i Distorsionen la classe), tenen unes diferències mínimes de nivell de recurrència (51, 48 i 47) i de percentatge (15.78, 14.86 i 14.55).

Taula 3: Factors que els generen

Categoria	Recurrència	Percentatge
Manca d'assumpció de responsabilitats	80	21.0
La societat del benestar excessives expectatives	67	17.6
Els pares no tenen temps per estar amb els seus fills	62	16.3

Segons la taula 3, es desprèn que la categoria, Manca d'assumpció de responsabilitats apareix en primer lloc amb un percentatge del 21.0%.

Taula 4: Com els afecten aquests comportaments?

Categoria	Recurrència	Percentatge
Apareixen símptomes	64	32.3
Apareixen malestars	52	26.26
Obstaculitzen la dinàmica de l'aula	49	24.7

Segons la taula anterior l'aparició de símptomes amb una recurrència de 64 i percentatge del 32.3% és la categoria que apareix amb més freqüència, seguida de l'aparició de malestar amb un 26.26%.

Taula 5: Accions que es podrien portar a terme

Categoria	Recurrència	Percentatge
Establir marcs de col·laboració mútua	168	42.6
Augmentar els recursos de les escoles	128	32.4
Potenciar l'ajut a les famílies	30	7.61

De la taula anterior, entre les accions que es podrien dur a terme, tenim un primer lloc amb un 42.6%, Establir marcs de col·laboració mútua.

II) Secundària:

Taula 6: Tipus de comportaments pertorbadors

Categoria	Recurrència	Percentatge
La subcultura de la droga	30	24,7
Violència	21	17,3
Distorsionen la classe	21	16,5

Per a la taula 6, entre els tipus de Comportaments més pertorbadors es troba la categoria de la subcultura de la droga en un 24.7%.

Taula 7: Factors que els generen

Categoria	Recurrència	Percentatge
Manca d'assumpció de responsabilitat	40	29,4
Es perd el valor de l'autoritat	18	13,2
Els pares no tenen temps	16	11,7

En la taula 7, la Manca d'assumpció de responsabilitat en un 29,4% i 40 de recurrència, apareix com el factor que la genera.

Taula 8: Com afecten aquests comportaments

Categoria	Recurrència	Percentatge
Apareixen malestars	15	42,8
Apareixen símptomes	13	37,1
Es trenca el ritme de la família	5	14,2

En la taula 8, les categories "apareixen malestars" i "apareixen símptomes" són les que presenten unes recurrències més elevades, de manera similar a com va succeir en els grups de primària.

Taula 9: Accions que es poden portar a terme

Categoria	Recurrència	Percentatge
Establir marcs de col·laboració mútua	47	42,8
Augmentar els recursos de les escoles	25	37,1

De la taula anterior, en un 58.75 els subjectes s'inclinen per la categoria Establir marcs de col·laboració mútua.

6. DISCUSSIÓ

6.1. Grups focals dels col·legis de primària

Un primer bloc de comportaments pertorbadors es relaciona amb la distracció (15,78%), la hiperactivitat (7,73%), i amb la impulsivitat (14.86%). Aquests comportaments formen part del construc-

te categorial TDAH (trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat).

Ara bé, atès que els símptomes esmentats no són específics del TDAH cal fer una exploració psicopatològica per dilucidar el context clínic al qual pertany el símptoma. Així, en el cas del símptoma "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 major. Si apareix en un context de continguts delirants del pensament i al·lucinacions haurà de descartar un trastorn psicòtic. Si apareix conjuntament amb una hiperactivitat i amb comportaments impulsius, caldrà descartar un TDAH.

Un altre aspecte a considerar és el dels camps d'activitats en els quals apareix la distracció. Sovint, quan s'afirma que un alumne té l'atenció disminuïda o es distreu no s'especifica si aquest dèficit és general o es centra en determinades activitats. Ara bé, cal tenir en compte que en alguns casos es constata que individus que tenen dificultats cròniques per centrar la seva atenció en una tasca determinada, són, alhora, incapaços de retirar la seva atenció d'alguna activitat i redirigir cap a una altra quan l'entorn així ho requereix. L'observació clínica constata alguns d'aquests casos: alumnes que no són capaços d'estar atents a l'aula i, en canvi, poden romandre quiets i molt concentrats en altres tipus de tasques. Sembla, doncs, que el factor "motivació" pot jugar un paper molt important en l'atenció i la concentració. En base a aquesta consideració, es fa necessari realitzar investigacions que estudiïn el paper del factor motivació en el constructe 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. Es tracta de comportaments que constitueixen manifestacions de com l'individu se situa cap als altres des d'una posició de confrontació i falta de respecte. En aquest context cal assenyalar que una de les característiques més preocupants dels comportaments violents protagonitzats per nens i / o adolescents és la banalització, és a dir, la no inscripció de l'acte violent com un acte greu.

Pel que fa als factors que poden contribuir a generar comportaments pertorbadors, es perfilen dos grups. D'una banda, les dificultats educatives amb les quals s'enfronten els adults ("Es perd el valor de l'autoritat", "falta de temps de convivència familiar"). Es tracta de dos problemes que incideixen adversament sobre la funció educativa. En efecte, en la societat actual l'autoritat està desacreditada i això es deu a diferents factors entre els quals es poden assenyalar (Marina, 2009) el predomini dels drets sobre els deures, el sistema de mercat i les confusions de la igualtat. Pel que fa a la manca de temps de convivència familiar cal recordar que les mares i els pares disposen, en general, de poc temps per viure amb els seus fills i això comporta actituds de delegació que difícilment poden resultar vicariants. Sembla clara la necessitat de donar un suport a les Mares i Pares, tant en l'exercici de la funció educativa i de tenir cura dels fills com pel que fa a necessitat de poder compatibilitzar els horaris laborals i familiars.

En relació als efectes generats pels comportaments perturbadors, les respostes predominants se centren en dos vectors. Un primer vector és el constituït pels malestars i els símptomes dels educadors (famílies i docents), els quals suposen un 58,58% del total de les categories corresponents a la tercera pregunta. Es tracta de símptomes com la migranya, l'insomni, el cansament, la desmotivació, entre d'altres (Cordié, 1998). Per tant, resulta òbvia la necessitat d'implementar mesures dirigides a tenir cura tant a les famílies com als professionals del camp educatiu. Un segon vector de manifestacions de com afecten els comportaments perturbadors és el constituït per les conseqüències sobre les dinàmiques de les aules i les familiars (24,74%). Tant els docents com les famílies expliquen que les conductes disruptives dels nens provoquen, de vegades, serioses distorsions en les aules i en les llars familiars. Els docents es queixen de no poder realitzar les tasques formatives si abans no posen una mica d'ordre i resolen els conflictes generats per alguns alumnes. Les mares i pares expliquen que les conductes dels seus fills poden arribar a provocar tensions entre ells i, fins i tot, provocar ruptures de parella. Novament aquí es desprèn la necessitat de realitzar tasques dirigides a reconduir les, de vegades, danyades dinàmiques.

6.2. Grups focals dels IES

Les categories més recurrents obtingudes en la primera pregunta (tipus de comportaments perturbadors) han estat les següents: En primer lloc, la subcultura de la droga, que ha obtingut un 24,7% de totes les categories. En segon lloc, els comportaments violents, amb un 17,3% de recurrències. Finalment, la categoria «distorsionen la classe», ha obtingut un 16,5% del total. Hi ha punts de similitud amb les respostes dels centres de primària excepte en la primera: la subcultura de la droga, la qual cosa s'explica pel paper que té el consum de substàncies tòxiques en la població adolescent.

Pel que fa als factors que generen els comportaments perturbadors, les categories més recurrents han estat les següents: En primer lloc, la manca d'assumpció de responsabilitats per part dels alumnes, que representa un 29,4% del total. Aquesta manca de responsabilitat guarda una estreta relació amb el factor "motivació" en tant els alumnes i les alumnes han perdut la motivació pels estudis. La segona categoria més recurrent ha estat "Es perd el valor de l'autoritat", categoria que ja va aparèixer en els centres de primària. Finalment, la tercera categoria més recurrent ha estat "Els pares no tenen temps per estar amb els seus fills". Ja ha estat comentada en l'apartat dels centres de primària amb la particularitat que ara es tracta del temps que els pares i els fills adolescents no comparteixen.

Pel que fa als efectes a què donen lloc els comportaments perturbadors, les categories més recurrents han estat les següents. En primer lloc, la categoria "apareixen malestars en els docents i en les famílies", amb un 42,80 del total de les categories. Aquests malestars fan referència a sentiments d'impotència, de solitud o de replantejament de les seves funcions i tasques professionals. No es tracta encara de símptomes clínics que formin part d'un trastorn mental concret, però sí de malestars que potser poden evolucionar fins a transformar-se en símptomes, per exemple, un símptoma depressiu. La segona categoria és "Apareixen símpto-

mes en els docents-educadors", i representa un 37,11% del total de categories.

En la quarta pregunta, que es refereix a les accions que podrien portar a terme, s'han obtingut dues categories amb elevades recurrències. La primera ha estat "establir marcs de col·laboració mútua", amb un 58,7% del total de categories. La segona categoria ha estat "augmentar els recursos dels centres educatius, amb un 31,2% del total de categories.

7. CONCLUSIONS

De les dades anteriors es desprenen algunes conclusions i recomanacions:

- Els comportaments perturbadors generen importants distorsions tant en el context educatiu com en les famílies. Alhora, aquests comportaments són causa de profunds malestars i símptomes mentals, que poden arribar a constituir trastorns psíquics.
- En aquest marc, és necessari realitzar un diagnòstic acurat del TDAH i dels trastorns de conducta. Aquest diagnòstic ha de ser fet per professionals especialitzats 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 esmentades informacions 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, la seva família i els docents.
- És necessari implementar models d'intervenció que donin suport als docents i també a les famílies, en un marc que superi la clàssica confrontació entre uns i altres. La supervisió en el camp educatiu (Armas, 2002) o el model de suport als docents per part de professionals de salut mental (Anguera i Moya, 2010) són instruments efectius pel maneig dels problemes de comportament en els àmbits escolars i familiars però, i això cal recalcar-ho, sempre que es facin en un context de treball en xarxa real (Ubieto, 2009), en el qual intervinguin els docents, els professionals dels EAP, els professionals de salut mental i les famílies.

Finalment, unes consideracions sobre l'atenció i les funcions executives. Com ja ha estat assenyalat, el problema de la manca d'atenció ha de ser abordat tenint en compte els models clínics d'atenció ja que discriminin diferents nivells d'atenció i, per tant, permeten ser més selectius i precisos en la identificació i localització del problema. Però, a més, és necessari incloure els problemes d'atenció dintre d'un marc més global: el de funció executiva, ja que aquest contempla tot el conjunt de processos cognitius implicats en la resolució de situacions complexes.

Referències Bibliogràfiques

Anguera, M.T. (1995). Tratamiento cualitativo de datos. A M.T. Anguera, J. Arnau,

- M. Ato, M.R. Martínez, J. Pascual i G. Vallejo. *Métodos de investigación en Psicología* (pp. 549-576). Madrid: Síntesis.
- Anguera M. T. i Moya, J. (2010). *Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya. necessitats educatives que generen*. Departament d'Educació i Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Armas, M. (2002). La supervisión como estrategia de intervención a profesionales y novatos de la educación. A M. Alvarez i R. Bisquerra (eds.), **Manual de orientación y tutoría** (pp. 23-26). Barcelona: Praxis.
- Barkley, R. (2007). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Brown, Th. (2006). *Trastorno por déficit de atención*. Barcelona: Masson.
- Camps, V. (2008). *Creer en la educación*. Barcelona: Península.
- Cordí, A. (1998). *Malestar del docente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, C. (2008). *El aula desierta*. Barcelona: Montesinos.
- Elliot, M. (2008). *Intimidación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hallowell, E. y Ratey, J.(2001). *TDA: controlando la hiperactividad*. Barcelona: Paidós.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta*. Madrid: Morata
- House, A. (2003). *DSM – IV. El diagnóstico en la edad escolar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Krueger, R. (1988). *Grupos de discusión*. Madrid: Pirámide.
- Marina, J.A. (2009). *La recuperación de la autoridad*. Barcelona: Versàtil.
- Mateer, C.A.; Mapou, R.L. (1996). Understanding, evaluating, and managing attention disorders following traumatic brain injury. *J. Head Trauma Rehabil*; 11: 1-16
- Parasuram, R.(1998). The attentive brain: Issues and prospects. A Parasuram R. Ed. *The attentive brain*. London: MIT Press.
- Ríos, M.; Periañez, J.A.; Rodríguez-Sánchez, J.M. (2011). Neuropsicología de la atención. A J. Tirapu, M. Ríos F. Maestú (Ed). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera.
- Roselló, J; Munar, E.; Garrido, M.J. (2001). La naturaleza de la atención visual: ¿monarquía, oligarquía o anarquía? *Revista de Psicología General y Aplicada*; 54:31-46
- Schachar, R. i Ickowicz, A. (2003). Trastornos hiperkinéticos con deficit de atención en la infancia y la adolescencia. A Michel G. Selder, Juan J. López-Ibor y Nancy Andreasen (Ed.). *Tratado de psiquiatría*. Vol III. Barcelona: Ars Medica (pp: 2097-2111).
- Sholberg, M.M.; Johnson L.; Paule, L. I cols (1994). Attention Process Training II: a program to address attentional deficits for persons with mild cognitive dysfunction. Puyallub, WA: Association for Neuropsychological Reserach and Development.
- Soutullo C. I Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Panamericana.
- Soutullo, C.; Mardomingo, MJ. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana.
- Tirapu, J. i Luna, P. (2011). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. A Neuropsicología de la atención. A J. Tirapu, M. Ríos F. Maestú (Ed). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera (pp: 221-259).
- Ubieto, J.R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, Salud Mental y Servicios Sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Weitzman, E.A. (2000). Software and qualitative research. In N. Denzin y Y.S. Lincoln (Comps.), *Handbook of qualitative research* (pp. 803-820). London: Sage.

