



Universidad de Valladolid
FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SEGOVIA

**MÁSTER DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES.
EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL,
ECONOMÍA Y EMPRESA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

**EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD:
CONTROVERSIAS Y PERCEPCIONES.
CONSIDERACIÓN DE LA
MUSICOTERAPIA COMO
TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

Presentado por Alberto Acebes de Pablo

Tutorizado por:
Andrea Giráldez Hayes

Junio, 2015

RESUMEN

Hoy en día son muchas las controversias que giran en torno al Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en relación con su conceptualización, diagnóstico y tratamiento. El objetivo principal de este trabajo responde a nuestro deseo de conocer la opinión de algunos profesionales en lo referido al origen del trastorno, su prevalencia, el proceso de intervención y la respuesta que se ofrece al respecto, especialmente en relación con la medicación farmacológica. Asimismo, se pretende indagar sobre el conocimiento y la consideración que se tiene desde el punto de vista clínico, psicológico, pedagógico, educativo y familiar sobre la posibilidad de aplicar la Musicoterapia como tratamiento complementario en casos de niños diagnosticados de TDAH. Para ello se plantea una investigación cualitativa enfocada desde una perspectiva basada en la racionalidad práctica, cuya técnica principal de obtención de información es la entrevista en profundidad, la entrevista informal y el diario del entrevistador.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), Musicoterapia, Investigación Cualitativa, Educación Inclusiva.

ABSTRACT

The Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) definition, diagnosis and treatment is a controversial topic nowadays. The main objective of this study responds to our desire of knowing the opinion of professionals in regards to the origin of the disorder, its prevalence, intervention process and response provided particularly in relation to pharmacological medication. As well, we have inquired professional and people that could give insights from the clinical, psychological, pedagogical, educational and family perspectives on the possibility of applying Music Therapy as a supplementary treatment in cases of diagnosed ADHD children. In order to get our aims, a qualitative research based on practical rationality is proposed. The main techniques to obtain information are in-depth interview, informal interview and interviewer's diary.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Music Therapy, Qualitative Research, Inclusive Education.

AGRADECIMIENTOS

Mañana entrego este Trabajo Fin de Máster. No me lo puedo creer. Estoy tan nervioso y emocionado por lo complicado que ha sido este año que tengo que dedicar este apartado a todas aquellas personas que han aportado su granito de arena de diferentes formas para evitar que me diese algo. Por eso lo he dejado para la noche de antes de la entrega final (bueno, en realidad es que anoche se me borró el documento, torpe de mí, con lo bonito que lo tenía ya, pero no pasa nada, así es más emocionante). No, ahora en serio, ha sido un curso cargado de ajeteo, ciertas dificultades, emociones y momentos especiales, y por ello quiero hacer mención especial a las personas que me han acompañado, alegrado, consolado, regañado, abrazado, y un largo etcétera.

En primer lugar, gracias a mis padres. El José Luis y la Charo. El sievo y la sieva. Gracias a ellos por apoyarme en todas y cada una de mis decisiones, por alocadas que parezcan (o sean) y por estar siempre ahí para ayudarme, consolarme o lo que haga falta. Gracias al sievo, nuestro logísticas particular, por echarme siempre una mano en todo lo que puede, y por tener tanta paciencia con nosotros por lo desastres que somos para algunas cosas. Gracias a la sieva, porque siempre se preocupa por mí (demasiado) y siempre intenta (y consigue) sacarme una sonrisa.

Gracias a mi hermano Dani. Lo primero, por recordarme cada día que hay que dejar un poco de tiempo para uno mismo y que la vida también está ahí para disfrutarla. Y lo segundo, por aguantar mi carácter en estado de agitación o estrés, que en ocasiones puede tornarse un tanto irritante, por escucharme y darme soluciones rápidas. Porque él sabe que le quiero y le admiro mucho.

Gracias a mis amigos más cercanos, porque están ahí siempre, pase lo que pase. Porque son conscientes de que casi nunca estoy disponible para quedar, tomar algo, cenar o salir de fiesta, y aún así me aprecian (o eso creo) y sé perfectamente que siempre podré contar con ellos. Porque me he caído y me habéis levantado en más de una ocasión, sobre todo este año.

Gracias a las compañeras del Máster por los momentos de estrés y risas. En especial, gracias a Alba y a Miryam, porque me han ayudado muchísimo a superar este curso y, sin comerlo ni beberlo, se han convertido en grandes compañeras y han supuesto un gran apoyo para mí. Porque me han hecho reír y porque han hecho que me sienta orgulloso.

Gracias a toda la gente de nuestro querido Máster de Musicoterapia, tanto a nuestro excelente y comprometido director como a todos los profesores, terapeutas y, sobre todo, mis grandes compañeros. Gracias por haber conseguido que una vez al mes me trasladase a una dimensión paralela en la que se habla sobre Musicoterapia, Psicología, Filosofía, Medicina, Educación, y un larguísimo etcétera de temas interesantes. Es increíble que me hayáis enseñado tanto en tan poco tiempo. ¿Te hace un Benenzon?

Gracias a todas las personas que tienen que ver con temas de investigación educativa y musical por haberme ofrecido momentos de intercambio de experiencias, impresiones e intereses. A los artistas del Congreso Con Euterpe, por querer demostrar la importancia que tiene la música para la Educación y para la vida. A los compañeros del I Seminario Internacional Investigación en Educación para el siglo XXI (cómo suena ¿eh?) porque ha sido una experiencia muy enriquecedora y porque da gusto trabajar con gente tan profesional.

Gracias a la gente de la Escuela de Música de Cantalejo, porque me aportan esos momentos musicales que necesito para subsistir. Por los conciertos que disfrutamos juntos y porque hacen que me emocione, con lo bonito que es eso. A los de la banda, a los profes, a la junta directiva de la Asociación Cultural Alborada Musical y, sobre todo, a mis alumnos, porque cada año me enseñan a ser mejor profesor y mejor persona.

Gracias a todos los profesores que tenemos en nuestra facultad, por enseñarme tanto y por ser tan profesionales, humildes y cercanos: Víctor, Luis, Roberto, Darío, Manrique, Barba, Andrés, Pilar, Mamen, Almudena, Enrique, Marbán, Noelia, Myriam, Alfonso, Cristinas, Ruth, Vicente, Ana Teresa, Montañés. En especial, gracias a Mao, Inés y David por lo que me aprecian y confían en mí. A Mao e Inés, porque están en todas partes y siempre atentas y disponibles. A David, por ser profesor, tutor, compañero y amigo.

Por último, pero no por ello menos importante (siempre quise decir esto), gracias, gracias y gracias a mi tutora Andrea. Por apostar por mi trabajo, por confiar en mí desde el primer momento, por creer que podíamos conseguirlo y por tener tanta paciencia con mi forma de gestionar el tiempo. Porque sin su inestimable ayuda no estaría escribiendo esto aquí y ahora. Porque seguiremos trabajando con ilusión.

Si me dejo a alguien, ruego me disculpe. Me propuse no pasar de dos páginas de agradecimientos, que si me pongo soy muy pesado. A todos y todas, gracias.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL TEMA ESCOGIDO	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER	2
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	4
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	4
1.1. Conceptualización y sintomatología.....	4
1.2. Diagnóstico y tratamiento	9
1.2.1. Tratamiento farmacológico	13
1.2.2. Intervenciones no farmacológicas.....	14
1.3. Prevalencia del TDAH	16
2. CONTROVERSIAS EN TORNO AL TDAH	18
2.1. ¿Origen neurológico o construcción social?	18
2.2. Sobre el aumento del índice de diagnósticos.....	21
2.3. Sobre la medicación farmacológica. ¿Terapias alternativas?	23
2.3.1. Terapias alternativas como tratamiento para el TDAH	26
3. MUSICOTERAPIA	30
3.1. Aproximación conceptual.....	30
3.2. Musicoterapia y Educación	34
3.3. Musicoterapia y NEE.....	37
3.4. Musicoterapia y TDAH.....	41
4. BREVE REPASO DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN	45
 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	47
1. INTRODUCCIÓN	47
2. PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN. RACIONALIDAD PRÁCTICA Y METODOLOGÍA CUALITATIVA	47
3. OBJETO DE ESTUDIO.....	49

4. DISEÑO METODOLÓGICO	50
4.1. Descripción de los participantes	50
4.2. Técnicas de recogida de datos.....	54
4.2.1. La entrevista cualitativa en profundidad. Vía de acceso al conocimiento de la opinión y la experiencia.	54
4.2.2. Grabación y transcripción de las entrevistas.....	55
4.2.3. La entrevista informal y el diario del entrevistador.....	56
4.3. Proceso de análisis de datos.....	57
4.3.1. Codificación o categorización del significado	59
4.3.2. Condensación del significado	62
4.3.3. Ayuda tecnológica para el manejo y análisis de la información: <i>ATLAS.ti</i>	62
5. CUESTIONES ÉTICO-METODOLÓGICAS.....	63
5.1. Proceso de anonimato	65
6. FIABILIDAD, VALIDEZ Y TRIANGULACIÓN	66
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS POR CATEGORÍAS Y DISCUSIÓN.....	 69
1. LA ESENCIA DEL TDAH	69
2. PREVALENCIA DEL TDAH.....	74
3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH	76
4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	79
5. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	81
6. CONTROVERSIAS EN TORNO AL CONCEPTO DE TDAH.....	83
7. CONTROVERSIAS EN LO REFERIDO AL DIAGNÓSTICO DEL TDAH.....	86
8. CONTROVERSIAS RESPECTO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	90
9. TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARIAS.....	93
10. MUSICOTERAPIA	96
 CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES.....	 100
1. CONCLUSIONES	100
1.1. TDAH: MÁS ALLÁ DEL DESACUERDO.....	100
1.2. MEDICACIÓN “VERSUS” TERAPIAS “ALTERNATIVAS”	101
1.3. MUSICOTERAPIA PARA EL TDAH: ¿MUCHO POR DESCUBRIR?	102
2. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	103
 LISTA DE REFERENCIAS.....	 105

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Sintomatología de TDAH.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabla 2. Fases del protocolo de coordinación para TDAH (JCyL).....</i>	<i>10</i>
<i>Tabla 3. Criterios diagnósticos para identificar un TDAH.....</i>	<i>11</i>
<i>Tabla 4. Diagnóstico y prevalencia media de TDAH a nivel internacional.....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 5. Musicoterapia para discapacidades o trastornos.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 6. Fases del proceso de análisis de datos.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 7. Categorías elaboradas antes del comienzo del trabajo de campo.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 8. Categorías modificadas tras el análisis de la primera entrevista en profundidad</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 9. Abreviaturas para informantes anónimos.....</i>	<i>66</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Muestra estructural para obtener los posibles discursos sociales en torno a la problemática objeto de estudio. Elaboración propia.....</i>	<i>51</i>
<i>Figura 2. El diario del entrevistador para recoger información extraída de entrevistas informales. Elaboración propia.....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 3. El diario del entrevistador para reflejar reflexiones y detalles relevantes de las entrevistas en profundidad. Elaboración propia.....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 4. Segmentación y categorización de la información textual de las entrevistas. Elaboración propia.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 5. Segmentación y categorización de la información textual del diario del entrevistador. Elaboración propia.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 6. Condensación de significado. Elaboración propia.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 7. Visión general de la problemática objeto de estudio. Elaboración propia.....</i>	<i>100</i>

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL TEMA ESCOGIDO

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es uno de los temas que más interés está suscitando actualmente dentro del ámbito educativo, psicológico y pedagógico. Además, se trata de un concepto cuestionado y cargado de controversias, opiniones y creencias que giran en torno a su formulación, al proceso mediante el cual se procede al diagnóstico y al tratamiento que se suele aplicar en estos casos. En este sentido, nos encontramos con opiniones contrapuestas sobre cuál es el verdadero origen de este problema y sobre si se ha de considerar realmente un trastorno neurológico, si se lleva a cabo un proceso de intervención y diagnóstico acertado o excesivo, si se está dando una respuesta adecuada a las necesidades de los niños, si la medicación farmacológica es la mejor medida como tratamiento para mejorar los síntomas y las dificultades asociadas que genera, etc.

Independientemente de si es entendido como un trastorno mental o como un problema conductual, el TDAH constituye una irregularidad que origina dificultades de aprendizaje, así como posibles alteraciones en la integración escolar y necesidades educativas especiales y que requerirá, por consiguiente, de la aplicación de medidas de apoyo educativo, por lo que debe ser considerado desde el punto de vista de la atención a la diversidad y el campo de la educación inclusiva. En este sentido, se torna relevante conocer cómo se atiende a este tipo de niños en los colegios o qué tipo de respuesta educativa se da ante este problema. Además, podemos cuestionarnos si los protocolos de actuación e intervención son considerados por los distintos profesionales implicados en este proceso y si la forma de actuar está siendo la más adecuada.

Por otra parte, se propone la idea de aplicar la Musicoterapia como tratamiento complementario para este trastorno. Esta disciplina está en pleno desarrollo hoy en día y se están llevando a cabo muchos estudios que desvelan los beneficios que puede aportar al tratamiento de diversos trastornos, disfunciones y discapacidades que dan lugar, igualmente, a necesidades educativas especiales. Surge la necesidad y el interés, por tanto, de explorar e investigar sobre este tema, ya que puede aportar nuevas opciones a la hora de dar una respuesta adaptada a las necesidades de los niños diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

2. OBJETIVOS

1. Indagar, por medio de la opinión y conocimiento de profesionales relacionados con el trastorno, las posibles causas que explican el sensible incremento en el diagnóstico de casos de TDAH en los últimos años.
2. Conocer experiencias en las que se usen terapias alternativas para el tratamiento del TDAH, así como el grado de interés y apoyo que muestran los profesionales ante este tipo de tratamiento.
3. Conocer la opinión y conocimiento que presentan profesionales, padres y madres sobre la posibilidad de tratar el TDAH mediante la Musicoterapia como terapia complementaria.

3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

Una vez hemos introducido y justificado la elección y relevancia del tema escogido, en el segundo capítulo repasamos los fundamentos teóricos que sustentan nuestro estudio. Además, revisar los antecedentes referidos a investigaciones similares a la nuestra es necesario, ya que tenemos que saber de dónde partimos, qué se ha descubierto y qué queda por descubrir. Así, haremos un recorrido que parte del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad para acercarnos al conocimiento de su definición, origen, sintomatología, prevalencia, diagnóstico y principales formas de tratamiento. A continuación consideramos las distintas controversias que giran en torno al concepto, diagnóstico y tratamiento del trastorno, de tal forma que la polémica que genera la medicación nos lleva a hablar de terapias alternativas y, entre ellas, nos detendremos en la Musicoterapia. Por ello, dedicamos la tercera parte del marco teórico a definir esta disciplina y a explicar sus bases, su relación con la Educación, con el campo de la Educación Inclusiva y, de forma concreta, con el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. Concluimos este capítulo con un estado de la cuestión en el que repasamos los estudios previos que guardan relación con nuestro tema.

El siguiente capítulo está dedicado a describir la metodología empleada en nuestro estudio. Explicamos qué tipo de investigación hemos llevado a cabo, dentro de qué enfoque nos situamos, las técnicas empleadas para la obtención de información, el proceso de selección de los informantes clave, una descripción de todos los participantes y las fases que seguimos para llevar a cabo el análisis de los datos textuales. Además, todo este proceso queda reflejado y detallado a través de nuestra propia experiencia y diversos ejemplos.

El cuarto capítulo, por su parte, recoge tanto los resultados obtenidos a partir del trabajo de campo y el análisis de la información aportada por los informantes como su discusión y contrastación con los fundamentos teóricos de nuestro estudio. Esto se hace a través de las diez categorías que hemos diseñado para analizar la información textual, aportando nuestra interpretación de significado a partir de una serie de citas textuales que hacemos explícitas para que se pueda comprobar la relación entre estos dos aspectos.

Por último, una vez categorizada, analizada y expuesta en forma de resultados de investigación toda la información, solo nos queda plasmar nuestras impresiones finales en forma de conclusiones, así como analizar las limitaciones del trabajo y proponer líneas futuras de investigación en función de ello, que es lo que recogemos en el quinto capítulo sobre consideraciones finales.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Dado que el tema principal de este trabajo es el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, hemos de conocer su definición, en qué consiste, cuáles son sus características y qué síntomas presenta, así como las formas principales de tratamiento y su nivel de alcance o prevalencia, especialmente a edades tempranas.

1.1. Conceptualización y sintomatología

Como podemos comprobar en algunas evidencias históricas, el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 59) – de ahora en adelante TDAH – es una patología cuyos síntomas han sido descritos y estudiados en diversos casos clínicos desde hace más de doscientos años. Así lo recogen Pelayo-Terán, Trabajo y Zapico Merayo (2012) añadiendo que, a pesar de ello, estamos ante un nuevo concepto cuya delimitación genera indecisión e incertidumbre entre psicólogos, psiquiatras, profesores, orientadores, familias, etc.

En relación con este argumento, Aguilar Cárceles (2014) presenta el TDAH como una psicopatología cuya definición se ha ido conformando a partir de las consideraciones, aportaciones y definiciones tanto por parte de profesionales del campo científico-doctrinal como de manos de distintos organismos internacionales, quienes confeccionan manuales de consulta sobre diagnóstico y formas de actuación.

De esta forma, el ya conocido problema ha sido definido como un desorden neurobiológico (por tanto relacionado con las funciones del sistema nervioso), una alteración psicopatológica (entendiéndolo como una enfermedad mental) o un trastorno mental, considerando como tal una leve alteración psicológica. Este parece ser el término más aceptado por la comunidad científica. Sin embargo, es necesario hacer una revisión conceptual para aproximarnos a la comprensión de la definición de TDAH.

Uno de los autores de mayor relevancia en este tema, Russell A. Barkley, señala que se trata de un auténtico trastorno en el desarrollo del control y un problema que genera dificultad para el manejo de la propia voluntad a lo largo del tiempo, lo que puede ocasionar angustia y agonía en quien lo padece (Barkley, 1999). Además, incide en aclarar que es un problema fundamentado en causas biológicas y neurológicas, enfatizando la necesidad de tener esto en cuenta y rechazando su consideración como un problema de comportamiento o de mala educación.

La única forma de justificarlo es asegurándonos [de] que los profesores entienden que esto es una incapacidad, así como las bases biológicas de la misma. El TDAH no es una elección, no es un fracaso en el desarrollo moral, ni el resultado de ser unos malos padres, sino que es una condición neurogenética. Una vez entendamos esto, aceptaremos que el TDAH es una incapacidad, y cuando conozcamos a un niño con este trastorno, nos volveremos más compasivos, con más ganas para llevar a cabo cambios en su comportamiento (Barkley, 2008, pp. 39-40).

En un artículo de 1997, el célebre psicólogo explica que este trastorno genera en los niños problemas de inhibición que pueden desembocar en una incapacidad natural para controlar conductas inadecuadas o generar dificultades en el manejo de ciertas habilidades neuropsicológicas, como la memoria a corto plazo o la interiorización del lenguaje.

[T]he satisfactory development of inhibition is essential for the normal performance of five other neuropsychological abilities: working memory, internalization of speech, self-regulation of affect-motivation-arousal, reconstitution, and motor control-fluency-syntax. The first four of these are considered executive in nature because they permit self-regulation, the control of behavior by internally represented information, and the cross-temporal organization of behavior (Barkley, 1997b, p. 86).

Guardando cierta similitud con esta consideración, Aguilar Millastre (2014) lo define como una perturbación neurológica que afecta a diversas áreas del cerebro y que tiene su origen en una desordenación de algunos neurotransmisores que tienen que ver con la modulación de la actividad neuronal que interviene en las emociones y el

movimiento. Además, añade que tiene un fuerte factor genético, pero que su desarrollo y grado de severidad también dependerá en gran medida del ambiente y la educación que reciba un niño.

Por otra parte, Castells y Castells (2012) relacionan el concepto con la sintomatología al definirlo como un trastorno en el que se reúnen principalmente tres pilares clínicos: la desatención, la impulsividad y la hiperactividad. Según los autores, estos rasgos constituyen tres grupos de síntomas que tendrán que estar presentes siempre y cuando se pretenda emitir un diagnóstico en casos de niños en proceso de observación. No obstante, recogen también que la hiperactividad puede estar presente o no, y que el trastorno suele estar acentuado hacia un grupo de síntomas u otros, de modo que cada niño con TDAH tendrá unas características y unas necesidades determinadas y su diagnóstico y tratamiento tendrá que ser adaptado.

Actualmente la consideración de estos tres grupos sintomatológicos como evidencias principales para identificar el trastorno parece ser un punto de acuerdo entre diversos autores (Aguilar Cárceles, 2014; Aguilar Millastre, 2014; Gálvez Galve, 2010; Harvey, Lugo-Candelas, & Breaux, 2015; Pelayo-Terán et al., 2012; Rubiales, Bakker, y Delgado Mejía, 2011; Vega Fernández, 2012). Respaldando esta idea, Amador, Forns y González (2010) matizan que esos síntomas pueden desembocar en problemas de relación social en ciertos aspectos de la vida de un niño, tales como la familia o el grupo de amigos, entre otros:

Los síntomas del TDAH pueden causar deterioro en el funcionamiento de la persona en múltiples situaciones y contextos que incluyen la casa, la escuela, el trabajo, el deporte, el ocio o la relación con los compañeros y familiares. Si el trastorno no se trata, puede producir efectos adversos durante toda la vida (p. 9).

En relación con ello, Vega Fernández (2012) señala que, para considerar un caso real de TDAH, “los síntomas deben producirse al menos en dos situaciones: ámbito escolar, familiar y/o laboral” (p. 23), de modo que afecten de forma negativa al ambiente que rodea al niño. Además, sostiene que algunos de los síntomas aparecen antes de los siete años, momento en el cual debería identificarse el problema para ser tratado.

Amador et al. (2010) añaden que el TDAH es una alteración de origen neurobiológico bastante generalizada entre la población infantil y juvenil, y que puede persistir hasta la vida adulta en determinados casos debido a su carácter crónico y genético, aunque también influyan factores ambientales. De todo ello se desprende la idea de que se trata de un problema que puede dificultar el desarrollo evolutivo de quienes lo padecen a lo largo de toda su vida si no es detectado, diagnosticado y tratado a tiempo.

Otros autores dan un paso más al afirmar que el trastorno tiene una doble dimensión que varía en función de la gravedad o severidad del mismo, dejando entrever una idea sobre el debate que gira en torno al TDAH y que trataremos más adelante. Es el caso de Bianchi (2012):

[L]o que designa al TDAH engloba al menos dos entidades diferentes. Una de ellas, con base *neurológica*, minoritaria respecto de la totalidad de casos diagnosticados en niños y niñas, y ponderada en ocasiones como la “verdadera”. Y otra, con una etiología no neurológica, fundamentada en síntomas y *conductas* observables, y que se presta a ser “mal diagnosticada” (p. 1034).

Por último, hemos de tener en cuenta la principal guía de referencia a la hora de diagnosticar y tratar el trastorno. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la *American Psychiatric Association* en su quinta edición – de ahora en adelante DSM-5 –, que incluye el TDAH dentro de los denominados trastornos del neurodesarrollo, entendiendo como tales aquellas afecciones que se dan en algún momento del desarrollo evolutivo, generalmente antes de la etapa de primaria, y que produce deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, lo define como “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 59).

Tabla 1

Sintomatología de TDAH

<i>Inatención:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. • Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades recreativas. • Parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente ocupada en otras cosas. • No sigue las instrucciones, no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones, se distrae o evade con facilidad. • Tiene dificultades para organizar tareas y actividades. • Evita, le disgusta o se muestra reacio a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido. • Extravía objetos necesarios para realizar tareas u otras actividades (ejercicios escolares, libros o herramientas). • Se distrae con facilidad por estímulos externos. • Con frecuencia se olvida de realizar las actividades u obligaciones cotidianas.
<i>Hiperactividad e impulsividad:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene constante movimiento en las manos o los pies, o se mueve en su asiento. • Abandona su asiento en las clases o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. • Corre excesivamente o trepa en situaciones en las que es inapropiado hacerlo. • Tiene dificultades para dedicarse tranquilamente a actividades recreativas. • Actúa como si estuviese ocupado en todo momento, “como si fuese movido por un motor”. • Habla en exceso habitualmente. • Da respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas. • Tiene dificultades para guardar turno. • Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones ajenas).

Nota: Adaptado de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]” (5ª ed.), por American Psychiatric Association, 2014, Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana, pp. 59-60.

En definitiva, considerando todas estas aportaciones y a modo de resumen, podríamos definir el TDAH como un trastorno de origen neurológico que produce problemas conductuales como son el déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Además de estos tres grupos de síntomas, que el DSM-5 agrupa en dos, tal y como queda reflejado en la tabla 1, habría que considerar como un problema añadido el deterioro de las relaciones sociales en diversos ámbitos, que puede producirse a lo largo de toda la vida de una persona si no se toman las medidas adecuadas.

1.2. Diagnóstico y tratamiento

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta sobre el TDAH es su diagnóstico. En este sentido surgen interrogantes relacionados con el momento en que se debe detectar, las evidencias que ha de presentar o quién es el encargado de tomar una determinación. Además, el diagnóstico supone un punto de inflexión en la consideración de la severidad del problema que puede presentar un niño. Se podría decir que es a partir de este punto cuando se pasa a considerar la necesidad de aplicar un tratamiento más específico orientado a sus necesidades. Estamos hablando, en definitiva, del protocolo de actuación que se ha de seguir en presuntos casos de niños con TDAH.

El conocimiento (o elaboración, en algunos casos) del protocolo de intervención para abordar el TDAH es necesario, ya que ha de servir tanto para prever, identificar y atajar un problema real como para no incurrir en un error de diagnóstico en casos en los que no sea necesario. Tener en cuenta un protocolo y seguir sus indicaciones ayuda a dar solución a lo que es un trastorno emergente que demanda una visión multidisciplinar que ayude a realizar un buen diagnóstico y, por ende, a aplicar un tratamiento adaptado a las necesidades del paciente (Vega Fernández, 2012). De hecho, factores como la complejidad y el grado de variabilidad del trastorno incrementan la dificultad de emitir una solución acertada para cada caso. “El TDAH es un síndrome complejo con características sintomáticas amplias y variadas, los síntomas característicos se presentan en la población general en menor frecuencia e intensidad por lo cual su diagnóstico también resulta complejo” (Rubiales et al., 2011, p. 148).

Dicho protocolo varía en función de la región donde se lleve a cabo la intervención. En el caso de Castilla y León, por ejemplo, se considera una forma de organización y coordinación entre los distintos órganos implicados en la detección, diagnóstico y tratamiento del trastorno (familias, profesorado, pediatras, equipos de orientación educativa, psiquiatras infantiles, etc.), señalando el papel o función de cada grupo en el proceso. Así, Láez, Requejo Gutiérrez, Silvano Toquero y Velasco Velado (s. f.) recogen tres fases de intervención que quedan reflejadas en la tabla 2.

Tabla 2

Fases del protocolo de coordinación para TDAH (JCyL)

FASES	IMPLICADOS		FUNCIONES
1. Detección Temprana de TDAH	Familia		Detección y notificación
	Pediatra		
	Profesorado		
	Equipo directivo		
	Equipo de Orientación Educativa o Departamento de Orientación		- Pre-evaluación - Evaluación del Orientador Educativo - Informe de derivación - Coordinación y seguimiento
2. Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria	Servicios sanitarios		Consulta médica
	Pediatra/MAP		- Evaluación del paciente - Seguimiento y coordinación - Derivación a servicios especializados
3. Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada	Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil		- Derivación - Valoración del paciente
	Programa de Atención al TDAH	Servicios Sanitarios	- Consultorías telefónicas - Sesiones clínicas
		Servicios educativos	- Adaptaciones metodológicas - Programas específicos de intervención - Intervención, coordinación y seguimiento del alumno, la familia, el profesorado y el centro.

Nota: Adaptado de “Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, por M. C. Láez, M. Requejo Gutiérrez, J. J. Silvano Toquero y M. C. Velasco Melado, s. f., Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, pp. 13-22.

A la hora de considerar un caso de TDAH, y en aras de evitar posibles errores en el diagnóstico, la *American Psychiatric Association* (2014) expone una serie de criterios a tener en cuenta antes de tomar tal decisión.

Tabla 3

Criterios diagnósticos para identificar un TDAH

A	Al menos seis de los síntomas de inatención y al menos seis de los síntomas de hiperactividad/impulsividad se han mantenido durante, al menos, seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y afecta a las actividades sociales y académicas.
B	Algunos síntomas estaban presentes antes de los 12 años.
C	Varios síntomas están presentes en dos o más contextos (la casa, la escuela, con el grupo de amigos, etc.).
D	Los síntomas interfieren en el correcto funcionamiento social o académico del afectado.
E	Los síntomas no se explican mejor por otro tipo de trastorno mental.

Nota: Adaptado de “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]*” (5ª ed.), por American Psychiatric Association, 2014, Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana, pp. 59-60.

Como complemento a estos criterios se añaden una serie de especificaciones a tener en cuenta, como son los tipos de trastorno que pueden darse en función de qué grupo sintomatológico prevalece (presentación combinada, presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva) o el grado de gravedad que presente el caso (leve, moderado o grave). Además, se añade que se debe indicar remisión parcial si no todos los criterios se han cumplido a lo largo de seis meses pero sí ha afectado al funcionamiento social o laboral (*American Psychiatric Association*, 2014).

Teniendo en cuenta todas estas indicaciones, y dado que el manual DSM-5 es la principal referencia para el diagnóstico de trastornos mentales, podemos considerar los criterios recogidos en la tabla 3, con sus correspondientes especificaciones, una guía básica a la que muchos profesionales del ámbito educativo y sanitario recurren con cierta asiduidad. De hecho, algunos autores afirman que este manual representa un vínculo palpable entre las características de la sociedad contemporánea en la que vivimos y los discursos que conceptualizan el TDAH desde el punto de vista de las ciencias de la salud (Bianchi, 2012).

Para dar cuenta de los principales síntomas que se recogen en el manual y que sean detectados a tiempo, a edad temprana y con el objetivo de ofrecer una respuesta adecuada a las características de este tipo de niños, es necesaria una coordinación entre el contexto familiar y la comunidad educativa.

Con objeto de controlar la evolución de la enfermedad y alcanzar éxito educativo, se deberá fomentar un ambiente propicio para el óptimo desarrollo del niño, y para ello será esencial la estrecha colaboración del especialista, la escuela y la familia. Se necesitarían, pues, una detección temprana, un buen diagnóstico y un buen tratamiento realizado por un profesional, junto con una gran implicación por parte de la familia y el centro escolar (Aguilar Millastre, 2014, p. 145).

En lo que se refiere a los tipos de tratamiento aplicables al TDAH, podemos clasificarlos en dos grandes grupos: la medicación farmacológica y las intervenciones no farmacológicas (Aguilar Millastre, 2014; Amador et al., 2010; Castells y Castells, 2012; Gálvez Galve, 2010; Martín Navarro, 2012; Vega Fernández, 2012). Aunque por extensión se cree que un procedimiento actúa en contraposición del otro, lo cierto es que, a la hora de intervenir en el tratamiento del trastorno, ambas vías deben actuar de forma coordinada y complementaria para obtener buenos resultados (Aguilar Millastre, 2014). Castells y Castells (2012), por su parte, señalan que lo ideal es combinar los medicamentos, la dieta y los cambios de estilo de vida (terapias de comportamiento, entrenamiento de habilidades sociales, educación familiar e individual) y lo denominan terapia multimodal, multifactorial o multidisciplinaria.

1.2.1. Tratamiento farmacológico

Hoy en día, la medicación farmacológica es el tratamiento al que más se recurre a la hora de actuar con el trastorno debido a los buenos resultados que se han obtenido mediante su aplicación. Sus efectos están demostrados mediante apoyo empírico. Según Barkley (1999), “los estimulantes, los antidepresivos y la clonidina (...) pueden ser de gran ayuda para las personas con TDAH” (p. 273), de modo que a través de algunos fármacos, en especial los estimulantes, que son los más utilizados, se ha mostrado una eficacia en la mejora de la conducta, el rendimiento escolar y las relaciones sociales, de entre un 50% y un 95% en casos de niños diagnosticados.

En relación con esta idea, Aguilar Millastre (2014) añade que a través de muchas investigaciones se ha demostrado que los psicoestimulantes incrementan los niveles de atención y disminuyen la hiperactividad y la impulsividad. Respaldando esta idea, Vega Fernández (2012) señala que los efectos positivos de los fármacos psicoestimulantes se lleva constatando desde hace más de 70 años y que también se obtienen buenos resultados mediante algunos medicamentos no estimulantes, como la atomoxetina.

A modo de resumen, y sin ánimo de enumerar todos aquellos medicamentos cuya eficacia ha sido demostrada, sino más bien con intención de explicar brevemente de qué forma actúan en el cuerpo de los niños, señalemos que, según Amador et al. (2010), “el metilfenidato es la sustancia más usada, seguida de la dextroanfetamina, la mezcla de sales de anfetaminas y la pemolina. (...) Estas sustancias reciben el nombre de estimulantes del sistema nervioso central, porque aumentan el (...) estado de alerta” (p. 111). Podemos considerar, por tanto, que los medicamentos actúan directamente en la base neurológica del problema de tal forma que se hacen visibles los efectos positivos en lo que se refiere a cambios conductuales observables.

Los niños con TDAH tratados con metilfenidato mejoran substancialmente los síntomas del trastorno, muestran un mejor rendimiento escolar, y presentan mejoras considerables en la conducta y en las interacción social con sus compañeros, por lo que el uso de metilfenidato está ampliamente recomendado en estos niños. Son muchos los estudios que han constatado los efectos positivos de este fármaco, en los planos cognitivo, académico y comportamental (Cavas Toledo, 2006, p. 126).

Sin embargo, algunos de estos expertos reconocen que los posibles efectos perjudiciales a largo plazo en el cerebro de niños medicados no han sido estudiados (Aguilar Millastre, 2014; Cavas Toledo, 2006) y que los efectos secundarios de este tipo de medicamentos pueden tener leves repercusiones negativas en el desarrollo evolutivo de los niños, ya que no todos reaccionan igual ante esta terapia (Amador et al., 2010; Barkley, 2008). Apoyando en cierto modo esta percepción, Vega Fernández (2012) señala que la medicación ha de emplearse en función del grado de severidad del trastorno y siempre teniendo en cuenta las características concretas del paciente y su respuesta ante este tipo de tratamiento.

1.2.2. Intervenciones no farmacológicas

Todas aquellas formas de tratar el trastorno cuya base fundamental no es la administración de medicamentos se pueden incluir dentro de las llamadas intervenciones no farmacológicas. Según contemplan algunos expertos y los principales protocolos de intervención, este tipo de actuaciones deben aplicarse siempre en el tratamiento de los pacientes de una forma complementaria a la medicación (Amador et al., 2010; Barkley, 2008; Pascual Lema, 2012) o como principal medida en aquellos casos en los que el trastorno no alcance cierto grado de severidad y se pueda prescindir de la prescripción farmacológica (Gálvez Galve, 2012; Vega Fernández, 2012).

[D]esde la década de los noventa del siglo pasado, y en el período actual, aunque la medicación estimulante sigue siendo uno de los tratamientos de elección, las investigaciones analizan, sobre todo, la eficacia de programas combinados o multicomponentes ya que existe un acuerdo, casi unánime, de que los niños, adolescentes y adultos con TDAH no se pueden tratar con una única forma de intervención, y se necesitan tratamientos que combinen diferentes técnicas y procedimientos (Amador et al., 2010, p. 109).

En relación con esta idea, Aguilar Millastre (2014) organiza estas actuaciones en dos grandes grupos en función de cuál sea su propósito: las intervenciones psicopedagógicas, entendiendo como tal todas aquellas medidas orientadas a dar a los alumnos con TDAH una respuesta educativa adecuada y reducir así el riesgo de fracaso escolar, y el tratamiento psicológico, encaminado a resolver o mejorar problemas conductuales, sociales y emocionales más que dificultades académicas.

En lo referido al ámbito psicopedagógico, que suele ser responsabilidad del psicopedagogo o del especialista en pedagogía terapéutica del centro educativo, el objetivo es lograr una mejoría en las habilidades académicas del niño, mejorar su autoestima y su motivación hacia el estudio. Según Castells y Castells (2012), dentro de esta área de actuación se han comenzado a utilizar tratamientos cognitivo-conductuales, consistentes en la combinación de técnicas de modificación de conducta y tratamientos cognitivos, y que van destinados a tratar de manera eficaz tanto problemas sintomáticos como dificultades de aprendizaje.

Desde el punto de vista de Barkley (2008), el profesorado encargado de la educación de estos niños debe implicarse también en el proceso de intervención asumiendo su responsabilidad y emitiendo decisiones ventajosas en el aula, desde su reafirmación como autoridad hasta la dosificación de las tareas académicas para el niño con TDAH, pasando por cambios tan sencillos como colocarle en un pupitre cercano al profesor, ayudarle en su organización personal, designarle como responsable de ciertas tareas, promulgar un aprendizaje cooperativo o aplicar de manera acertada algunas técnicas de modificación de conducta, como el refuerzo positivo (premio, elogio o reconocimiento verbal) o el castigo.

Por otra parte, dentro del denominado tratamiento psicológico se incluyen aquellas intervenciones orientadas a mejorar los problemas de la conducta, sociales y emocionales. Según Aguilar Millastre (2014), “[e]l psicólogo (...) [e]s el que interviene sobre las estrategias cognitivas para mejorar la integración y el que procura dotarle [al niño] de estrategias para mejorar su autocontrol, autoconcepto y autoestima” (p. 147). Se trata de un proceso de psicoeducación para el TDAH, basado en terapia de conducta y que debe ser reforzado por parte de padres y educadores, por lo que es recomendable que los programas de intervención vayan orientados también a su formación, como responsables directos del desarrollo de los niños (Vega Fernández, 2012).

El tratamiento para el TDAH supone una intervención interdisciplinar, en el [sic] que deben intervenir médicos, psicólogos, profesores y padres. Las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas a nivel individual y familiar y el abordaje psicopedagógico, son los recursos a emplear en primera instancia (Gálvez Galve, 2012, p. 11).

Dentro de las opciones de tratamiento no farmacológico podríamos incluir las llamadas terapias alternativas (terapia con animales, homeopatía, musicoterapia), así como aquellas intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los niños con TDAH, tales como los cambios de dieta, el desarrollo de hábitos saludables, etc. Dicho lo cual, aquí se han explicado las formas de actuación incluidas en diversos protocolos y cuya eficacia está más probada, y más adelante detallaremos la aparición y aplicación de otras alternativas.

1.3. Prevalencia del TDAH

En la actualidad, el TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más generalizados entre la población infantil y juvenil a nivel internacional. Se trata, por tanto, de un tema relevante a considerar dentro del ámbito pedagógico y educativo (Skutle et al, 2015). “Las encuestas de población sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños” (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 61). En relación con este porcentaje y a modo de resumen, en la tabla 4 queda reflejada su prevalencia según algunos países de gran incidencia en lo que a diagnóstico del trastorno se refiere.

Tabla 4

Diagnóstico y prevalencia media de TDAH a nivel internacional

País	Prevalencia (%)
Alemania	4.2%
Australia	7.15%
Brasil	5.8%
Canadá	3.65%
Estados Unidos	3.8%
Holanda	2.8%
Nueva Zelanda	3.9%

Nota: Adaptado de “*El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*”, por M. M. Aguilar Cárceles, 2014, Madrid: Dykinson, pp. 88-89.

Aunque el porcentaje de prevalencia es similar en muchos países (entre el 3% y el 7%), y se trata de un intervalo estadístico aceptado por la comunidad científica, existen diferencias sustanciales entre países en función de la consideración e interpretación que se tiene y se hace del trastorno. Resulta llamativo el hecho de que en algunos países no se diagnostique o de que tenga mayor incidencia en unos grupos étnicos que en otros.

Las diferencias entre las prevalencias del TDAH de diferentes regiones parecen ser atribuibles principalmente a las diferentes prácticas diagnósticas y metodológicas. No obstante, también puede haber una variación cultural en las actitudes hacia los comportamientos de los niños o su interpretación. Los porcentajes de identificación clínica en Estados Unidos para las poblaciones afroamericanas y latinas tienden a ser más bajos que para las poblaciones caucásicas. Las evaluaciones de síntomas de los informantes podrían verse influidas por el grupo cultural del niño y del informante, lo que indica que en la evaluación del TDAH es importante que la práctica clínica sea culturalmente apropiada (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 62).

En lo que a nuestro país respecta, no hemos encontrado evidencias, tales como estadísticas a nivel nacional o autonómico, que recojan la prevalencia del trastorno. No obstante, García González (2014) señala, basándose en un estudio llevado a cabo en el año 2009, que el número de niños afectados en la comunidad de Castilla y León ronda el 6% del total de la población infantil, así como alrededor del 4% en Palma de Mallorca y las Islas Canarias, según estudios de 2009 y 2012 respectivamente. Observamos así que el porcentaje de diagnósticos en estas regiones entra dentro del rango considerado a nivel internacional.

Vega Fernández (2012) apunta que es uno de los principales motivos de consulta en niños y adolescentes, hasta tal punto que en 2010 un 44% de los nuevos casos presentaron una certeza de diagnóstico de TDAH. Además, indica que alrededor del 35% abandonan sus estudios por haber tenido problemas de escolarización, formación o relación social en el colegio.

De forma similar, Castells y Castells (2012) remarcan que el porcentaje de diagnósticos varía entre el 7% y el 15% del total de la población infantil y juvenil. Esto supone aceptar, si consideramos esta probabilidad en un sentido estricto, que uno o dos niños de cada clase de veinte alumnos puede padecer el trastorno.

2. CONTROVERSIA EN TORNO AL TDAH

Como se ha mencionado anteriormente, el TDAH es uno de los trastornos más extendidos entre la población infantil y que, por tanto, más interés y polémica está suscitando dentro de la comunidad científica. En este sentido, la opinión de expertos se ve contrapuesta con respecto a la consideración que se tiene del trastorno, su irrefrenable extensión o el tipo de tratamiento que es más conveniente para los pequeños. En este apartado vamos a tratar de reflejar algunos de los distintos argumentos que surgen al respecto.

A pesar de la importante labor de unificación de criterios diagnósticos (...), algunas diferencias han persistido (...). Algunas de estas discrepancias, junto con una prevalencia creciente del diagnóstico y al mismo tiempo de la prescripción de estimulantes y otros psicofármacos destinados al tratamiento del TDAH han auspiciado al mismo tiempo críticas y distintos puntos de vista tanto desde la opinión pública como de distintos profesionales sanitarios, educativos y sociales en relación con una creciente preocupación por la protección al menor y la medicalización de problemas no tanto psiquiátricos como variaciones de la normalidad (Zapico Merayo y Pelayo-Terán, 2012, pp. 97-98).

2.1. ¿Origen neurológico o construcción social?

Los debates en torno a la cuestión del origen del problema han tendido a remarcarse en base a puntos de vista enfrentados. Teniendo en cuenta la consideración más generalizada y aceptada por distintos profesionales del ámbito clínico, estamos hablando de un trastorno neurológico, es decir, que produce una actitud conductual de manera inconsciente e incontrolada, originada en un desorden de ciertos neurotransmisores encargados de regular las emociones y el movimiento (Aguilar Millastre, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014; Barkley, 1999, 2008). De esta argumentación se puede desprender la idea de que este problema forma parte de la

naturaleza de los niños diagnosticados y que torna irrevocable, por tanto, la necesidad constante de movimiento, el control de los impulsos o la capacidad para centrar la atención y mantener la concentración.

Esta definición, que a día de hoy es aceptada por gran parte de la comunidad científica (educadores, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, etc.), resulta también rechazada por algunos expertos. Dentro de esta opinión contrapuesta, Leon Benasayag, doctor en Medicina especializado en Neurología infantil, defiende abiertamente que el concepto de TDAH no es un síndrome o una enfermedad, sino una invención sin bases científicas fundamentadas y que no debe tratarse mediante el suministro de sustancias psicotrópicas (Benasayag, 2009a). Además, se refiere a su origen como una posible tendencia que se generalizó y provocó un gran impacto social.

Esta nueva sociedad globalizada provocó un número creciente de personas, en particular niños, con estas características, lo que, sumado, a la masificación de las aulas y la vida acelerada y coartada en el nivel familiar, dio origen a un costoso impacto en la salud de los niños, padres y maestros (Benasayag, 2009a, pp. 13-14).

Guarda cierta relación con este argumento la posición de Barton (2011), que narra su experiencia como profesional en el campo de la investigación inclusiva y desvela reflexiones acerca de la construcción social del concepto de necesidades educativas especiales, llegando a afirmar que es producto de procesos de indagación que, por lo general, omiten el parecer de los grupos investigados. Por ello clama actitud autocrítica a los investigadores con el objetivo de valorar la voz de los grupos vulnerables e impedir así que “la investigación misma pued[a] ser discapacitante [*sic*] y opresiva” (Barton, 2011, p. 71).

El surgimiento de este punto de vista, que puede ser considerado una tendencia social actual, se remonta a alrededor de cuatro décadas atrás. En el año 1975, los periodistas Scharg y Dikovy publicaron dos artículos sobre el “mito del niño hiperactivo” en los que daban a entender, entre otras cuestiones, que el famoso trastorno era una forma de etiquetar a algunos niños movidos y de erradicar su naturaleza inquieta mediante una medicación peligrosa e innecesaria (Zapico Merayo y Pelayo-Terán, 2012).

Siguiendo el hilo de este discurso, podemos traer a colación el argumento de Guerrero López (2006), quien afirma que el TDAH es un rasgo humano, como puede ser la estatura o la habilidad lectora, algo que nos caracteriza y que aparece en todos los seres humanos en distintos grados, pero que en el caso de los niños diagnosticados se manifiesta de forma extrema. De este modo, lo considera más un problema que afecta a la vida de quienes lo padecen y a su forma de desenvolverse que una psicopatología o trastorno neurológico.

[H]ay que definir la línea entre lo patológico y no patológico, porque no es lo mismo estar triste que estar deprimido o estar nervioso que estar sufriendo ansiedad, por desgracia, en la sociedad actual nos hemos empeñado en poner a todo una etiqueta y esto es algo muy negativo. (...) Cuando estamos poniendo, pues, la etiqueta a un menor de que es “hiperactivo” o de que tiene “TDAH” o peor aún le decimos que él “es un TDAH” (...), lo que conseguimos es que la persona acepte ese rol como propio y, en lo que nosotros denominamos un efecto Pigmalión negativo, no sea capaz de hacer cosas que podría, porque “es normal” que no pueda (Guinot Zamorano, 2013, pp. 30-31).

En relación con ello y enfatizando más en la condición humana y natural del trastorno incluso como un aspecto positivo, Pérez Galán (2009) señala que “padecer” el trastorno supone vivir activo ante el medio. Según esta afirmación, ello implica tener una característica innata de predisposición hacia el aprendizaje que es común en todos los casos de TDAH. En este sentido, es probable que la formulación del TDAH surja a raíz de la función homogeneizadora de la escuela (Santos Guerra, 2002), que en muchas ocasiones pretende que los niños obtengan los mismos resultados en aras de responder a una competencia laboral prototípica y generalizada (Gimeno Sacristán, 2002). “[U]na escuela academicista, históricamente diseñada con el fin de conseguir la transmisión homogénea de contenidos y el tratamiento uniforme de los estudiantes, no es el marco adecuado para responder a la disparidad de situaciones y a la heterogeneidad de individuos” (Pérez Gómez, 2002, p. 67).

Sin embargo, tratando de refutar este posicionamiento y apoyando el argumento de aquellos expertos que definen el TDAH como un problema neurológico, encontramos a Moreno García (2013), que defiende, precisamente, que todas estas creencias son convicciones erróneas que deben ser desterradas en aras de comprender la verdadera esencia del trastorno, su origen y sus características. Además, añade que estas “creencias erróneas (...) generan confusión entre familiares y afectados y contribuyen a despertar expectativas que (...) carecen de fundamento científico que pudiera avalarlas” (Moreno García, 2013, p. 35).

No cabe duda de que la contraposición de ideas en lo referido al origen, causa y conceptualización del TDAH está vigente hoy en día en los discursos de los distintos profesionales implicados en el contexto de la consideración, diagnóstico y tratamiento del trastorno, y todo apunta a que seguirá siendo así de cara a los próximos años. Según Zapico Merayo y Pelayo-Terán (2012), esta diferenciación entre la perspectiva neurobiológica y la de origen social, se ha ido conformando desde la década de los setenta. Ante esto, añaden que la barrera que separa lo “psicopatológico” de las convicciones sociales debería desaparecer con el objetivo de que padres, profesores y expertos del ámbito sanitario puedan centrarse en identificar las características y necesidades de los afectados. De este modo se podría identificar mejor el problema y ofrecer un tratamiento más adaptado, individualizado y acertado.

2.2. Sobre el aumento del índice de diagnósticos

Otro de los debates que surgen hoy en día respecto al TDAH guarda relación con el considerable incremento del número de diagnósticos en los últimos años. En este sentido, hay quienes creen que se ha extendido hasta tal punto que se está incurriendo en errores en relación con su consideración, llegando incluso a diagnosticarse casos de niños que realmente no reúnen las características ni presentan todos los síntomas asociados al trastorno.

En primer lugar, cabe destacar que numerosos expertos, familiarizados ya con este tema, consideran que el índice de niños con TDAH oscila, aproximadamente, entre el 3% y el 7% del total de la población infantil y juvenil (Aguilar Millastre, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014; Gálvez Galve, 2010; Rubiales et al., 2011; Vega Fernández, 2012). Esto puede llevarnos a estimar que se ha convertido en uno de

los trastornos más extendidos entre niños y adolescentes. Según Rubiales et al. (2011), “el TDAH es el trastorno neuropsicológico más habitual en la edad escolar, con una importante frecuencia de consultas por dificultades de organización que acompañan la sintomatología específica del diagnóstico (...)” (p. 158).

Dentro de este contexto, Benasayag (2009a) manifiesta su disconformidad con esta situación al afirmar que existe una verdadera aunque infundada “epidemia” de niños con TDAH. Zapico Merayo y Pelayo-Terán (2012), por su parte, recogen que no solo en España, sino en muchos de los países que contemplan la existencia real de este trastorno, el diagnóstico clínico se efectúa a partir de la existencia de los síntomas, sin tener en cuenta otros factores como, por ejemplo, el grado de deterioro en el área social y educativa. De esta forma y debido a errores metodológicos, se pueden dar casos de niños que presenten algunas características propias del TDAH de tal modo que no afecten a su vida o a sus estudios y que, por tanto, probablemente no precisen ser diagnosticados ni tratados como tal.

En relación con ello, Gálvez Galve (2010) se refiere a un estudio realizado en un Centro de Salud Mental de Murcia, en el que se recogieron datos a nivel local y se pudo vislumbrar una clara tendencia a “sobrediagnosticar”, entendiendo como tal considerar casos de TDAH de forma errónea o sin tener en cuenta otros factores ajenos a la sintomatología. En este estudio se pudo contrastar que, tras una primera y presuntuosa valoración de casos de TDAH, cierto porcentaje de estos niños presentaban en realidad un retraso mental, una disfunción del ámbito familiar o un Trastorno Generalizado del Desarrollo. El porqué de esta negligente confusión reside en el hecho de que “los pacientes menores que experimentan ansiedad o estado de ánimo depresivo como consecuencia de situaciones desadaptativas en la esfera escolar o familiar, suelen expresar su malestar emocional a través de su impulsividad y conductas hiperactivas” (Gálvez Galve, 2010, p. 11).

Guardan cierta similitud con estos argumentos las palabras de Guinot Zamorano (2013), quien afirma que el diagnóstico es un proceso sujeto a cierta subjetividad por parte de médicos, familias y docentes, por lo que la diferencia del índice de casos de TDAH puede darse no solo entre países, sino también entre unas regiones y otras. Además, apela a la sobreinformación a la que estamos expuestos hoy en día refiriéndose al “Dr. Google” como aquel al que recurren muchas personas (no profesionales) para

conocer los síntomas de una enfermedad, trastorno o síndrome, de modo que se puedan crear una idea equivocada, o más bien prototípica, de lo que le ocurre realmente a un niño. A esto añade que el trastorno a menudo puede ser confundido con otras patologías como la inteligencia límite, la dislexia, el trastorno general del desarrollo, el trastorno de oposición desafiante, la ansiedad, la depresión o la bipolaridad.

Por otra parte, Bianchi (2012) aporta otro punto de vista al defender que el diagnóstico erróneo puede darse no solo en forma de confusión en relación con la sintomatología y otros factores considerables, sino también cuando se define un caso real de TDAH como un problema de conducta:

Este mal diagnóstico puede deberse a dos posibilidades. La primera, cuando se diagnostica como TDAH conductual un caso que sería de origen neurológico. La segunda refiere a casos en los que la etiología sintomática oculta o se superpone a otros factores intervinientes en la condición (2012, p. 1034).

Dicho lo cual, teniendo en cuenta estos argumentos y a modo de conclusión, podemos entender que es posible incurrir en errores de diagnóstico a la hora de considerar un posible trastorno, ya sea por la realización de una prueba aislada para identificar los síntomas o por confundir estos indicadores con características propias de otro tipo de patología, aunque probablemente muy similares a las del niño con TDAH. Sería conveniente, por tanto, revisar los procedimientos metodológicos seguidos a la hora de emitir tal diagnóstico, en aras de evitar ocasionales negligencias cuyo perjuicio recae, en definitiva, en quienes padecen (o no) el trastorno.

2.3. Sobre la medicación farmacológica. ¿Terapias alternativas?

Tal y como se ha anticipado en un apartado anterior, la farmacología aplicada al TDAH es la forma de tratamiento más probada, más testada y que mejores efectos positivos produce a corto plazo y de forma instantánea. Según Aguilar Millastre (2014), Amador et al. (2010), Barkley (1999), Cavas Toledo (2006) y Vega Fernández (2012), algunas sustancias psicoestimulantes, como el metilfenidato y la dextroanfetamina, estimulan el estado de alerta, activan los procesos de atención y disminuyen los niveles de hiperactividad e impulsividad, produciendo mejoras sustanciales en los ámbitos académico, social y conductual.

Sin embargo, muchos expertos que recomiendan la medicación, entre los cuales se incluyen los mencionados, admiten que los posibles efectos perjudiciales de estos fármacos a largo plazo no han sido contrastados debidamente, y otros muchos se muestran claramente reacios ante este procedimiento, remarcando su posición en contra de administrar sustancias psicotrópicas en edades tempranas.

Según Zapico Merayo y Pelayo-Terán (2012), dichos profesionales apuestan más bien por un tratamiento basado en intervenciones educativas, psicoterapéuticas y psicosociales, basadas en técnicas de modificación de conducta, terapia cognitiva, educación para padres y profesores, etc. Es el caso, por ejemplo, de Guinot Zamorano (2013):

En este momento, la división se encuentra por una parte entre quienes defienden el uso de medicación, incluso como única vía de tratamiento, y quienes creemos que un tratamiento psicosocial, con el entorno y con la escuela, hace mejorar mucho a la persona que sufre el problema, hasta poder llevar una vida perfectamente normal (p. 27).

Como apoyo a esta forma de entender la perspectiva del tratamiento, el Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes (2009) señala que no se posicionan en contra de la medicación, siempre y cuando vaya acompañada de otras medidas terapéuticas. De igual modo, manifiestan cierta disconformidad con la farmacología al afirmar que es arriesgado prescribir fármacos sin cuidado durante el periodo tan delicado que abarca desde la infancia hasta la adolescencia, y que comprende, entre otros aspectos, el proceso de desarrollo del cerebro.

En relación con esta postura, aunque de forma más radical, Benasayag y Ferreyra (2009) reivindican drásticamente y fervientemente que el llamado TDAH es una construcción artificial cuyo pronóstico se está tornando lúgubre de forma inventiva como excusa para administrar medicación dañina, como estimulantes o antidepresivos, a niños que no necesitan de esas sustancias, simplemente por el hecho de ser desatentos, dispersos o movidos. Añaden que se atiende antes a ciertos intereses sociales y económicos que a la propia salud de los pequeños.

Dentro de este mismo enfoque, Bignone, Serrate y Diez (2009) se refieren a la fármaco vigilancia como una disciplina encargada de estudiar los efectos adversos de los medicamentos tanto en fase de ensayo clínico como en el momento en que ya han salido al mercado. En este sentido, sustentan que algunas drogas utilizadas en el tratamiento del TDAH, en concreto los estimulantes, son potencialmente adictivas, lo que puede llevar al desarrollo de farmacodependencia, una enfermedad crónica que en ocasiones origina efectos irreversibles. Además, aluden al riesgo cardiovascular que implica la utilización de estas drogas estimulantes, así como al insomnio, la supresión del apetito y la pérdida de peso efectos que pueden perjudicar el crecimiento natural de un niño y provocar dolor abdominal, y que tienen su origen en la ingesta continuada de metilfenidato¹.

¹ Reacciones adversas del metilfenidato (extraídas de un prospecto de Metilfenidato Sandoz EFG 36 mg comprimidos de liberación prolongada).

- Digestivas: frecuentes (náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, dispepsia); poco frecuentes (estreñimiento).
- Hepáticas: poco frecuentes (aumento de transaminasas); muy raras (aumento de fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia, insuficiencia hepática, encefalopatía hepática); frecuencia desconocida (hepatitis autoinmune).
- Cardiovasculares: frecuentes (hipertensión arterial, taquicardia, palpitaciones, arritmia cardíaca); poco frecuentes (dolor precordial); raras (angina de pecho); muy raras (infarto agudo de miocardio, parada cardíaca, isquemia cerebral, enfermedad de *raynaud*); frecuencia desconocida (vasculitis y arteritis cerebral, ictus, hemorragia cerebral, taquicardia supraventricular, bradicardia, extrasístole).
- Neurológicas/psicológicas: muy frecuentes (insomnio, nerviosismo, cefalea); frecuentes (mareo, somnolencia, discinesia, hiperactividad, agresividad, agitación, ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones de la conducta); poco frecuentes (sedación, temblor, psicosis, alucinaciones visuales, acústicas o táctiles, tendencias suicidas, alternaciones del humor, tics, síndrome de *gilles tourette*); raras (manía, desorientación, reducción del libido); muy raras (convulsiones, síndrome neuroléptico maligno, suicidio consumado o en grado de tentativa, apatía, comportamientos repetitivos, exceso de atención); frecuencia desconocida (delirio, confusión, dependencia psicológica, crisis epilépticas tónico-clónicas, migraña, acatisia, corea).
- Respiratorias: frecuentes (rinofaringitis, tos, dolor faríngeo o laríngeo); poco frecuentes (disnea).
- Genitourinarias: poco frecuentes (hematuria); raras (ginecomastia); frecuencia desconocida (priapismo).
- Dermatológicas: frecuentes (prurito, erupciones exantemáticas, urticaria, alopecia); raras (eritema, exceso de sudoración, erupciones con maculas); muy raras (dermatitis exfoliativa, eritema multiforme).
- Alérgicas: poco frecuentes (reacciones de hipersensibilidad, con angioedema, artritis e incluso anafilaxia).
- Osteomusculares: frecuentes (dolor osteomuscular); poco frecuentes (mialgia); muy raras (calambres musculares).
- Oftalmológicas: poco frecuentes (visión borrosa, diplopía); raras (midriasis, trastornos de la acomodación ocular).
- Hematológicas: muy raras (anemia, leucopenia, trombopenia, púrpura trombocitopénica idiopática); frecuencia desconocida (pancitopenia).
- Metabólicas: frecuentes (anorexia, pérdida o aumento de peso, retraso en el crecimiento).
- Generales: frecuentes (fiebre); poco frecuentes (astenia); muy raras (escalofríos); frecuencia desconocida (hiperpirexia).

Gálvez Galve (2010), por su parte, aboga por una medicina naturista frente a la medicación farmacológica, apelando a la evidencia de la seguridad y eficacia del primer tipo de tratamiento. Asimismo, señala que el metilfenidato puede producir náuseas, vómitos, cefalea, cambios en la presión arterial, palpitaciones, psicosis, eritema multiforme, prurito, dermatitis exfoliativa y artralgia, entre otros problemas. A esto añade que, según un estudio de la revista *The American Journal of Psychiatry*, muchos niños y adolescentes acostumbrados a tomar la sustancia presentan una mayor tendencia al suicidio.

En definitiva, dado que la asimilación continuada de medicamentos puede dar lugar a determinados efectos secundarios adversos, algunos expertos respaldan la utilización de otro tipo de tratamiento como primera opción, como las intervenciones educativas, psicosociales o psicoterapéuticas, e incluso apuestan por las renovadoras, aunque ya bastante conocidas, “terapias alternativas”, de las cuales pasamos a hablar a continuación.

2.3.1. Terapias alternativas como tratamiento para el TDAH

Las medicinas alternativas están caracterizadas por emplear medios naturales, como por ejemplo el agua, el sol, los vegetales o los minerales, para mantener y equilibrar la salud. Las diversas terapias empleadas por las medicinas alternativas se pueden clasificar en (...) estructurales, [que] se basan en la manipulación manual de las diferentes partes del cuerpo (...), activadoras de la fuerza vital, [que] pretenden estimular los procesos curativos del organismo (...) [y] reguladoras del estado emocional, [que] enfocan la curación a través de procesos cerebrales (Tarrida et al., 2000, p. 105).

En lo que se refiere a este tipo de procedimientos aplicados al tratamiento del TDAH, Castells y Castells (2012) señalan que el diseño y aplicación de una dieta adaptada, los cambios en el estilo de vida y la incorporación del ejercicio físico en la rutina son algunas medidas que pueden ayudar en el tratamiento del trastorno. Ante esto, Gálvez Galve (2010) añade la fitoterapia, la homeopatía y el contacto con la naturaleza. Guinot Zamorano (2013), que considera además el *Reiki* y la naturopatía, afirma que pueden servir como apoyo para cualquier tipo de intervención.

Por otra parte, García González (2014) añade la optometría, la estimulación cerebral, la meditación, el yoga, la estimulación cognitiva, la terapia de juego, la osteopatía y el masaje infantil. Vamos a tratar de indagar sobre qué beneficios pueden aportar estos métodos en la vida de los niños diagnosticados.

Respecto a estas técnicas, si consideramos la clasificación proporcionada por Tarrida et al. (2000), la osteopatía y el masaje infantil serían terapias manuales o estructurales. Por otra parte, los cambios de dieta, el ejercicio físico, la mejora del estilo de vida, la fitoterapia, la homeopatía, la naturopatía y la optometría forman parte de las terapias activadoras de la fuerza vital. Por último, la estimulación cerebral, el contacto con la naturaleza, la meditación, el yoga, el *Reiki*, la estimulación cognitiva y la terapia de juego entran dentro de las terapias reguladoras del estado emocional.

Sobre la modificación y adaptación de la alimentación en casos de TDAH, Pazo (2009) afirma que una mala nutrición puede guardar relación con un bajo rendimiento a la hora de afrontar tareas académicas, un limitado nivel de concentración o cierto malestar físico y mental en niños y adolescentes. Por ello, sostiene que un desayuno equilibrado (lácteos, cereales integrales, frutas frescas y secas, semillas), una alimentación saludable (variada, suficiente, bien distribuida e higiénica) y, en definitiva, consumir a diario los cinco grupos de alimentos que constituyen el círculo alimentario, son costumbres que pueden mejorar en cierta medida la conducta de este tipo de niños. A pesar de que, a la hora de plantear un tratamiento para el TDAH, no se hace incidencia sobre los beneficios que aporta una dieta saludable a la vida diaria de los pequeños, Pazo (2009) remarca su importancia:

Hay que tener en cuenta que los cuadros de ADDH [TDAH] tienen orígenes múltiples y pueden aparecer a partir de diferentes causas. Los problemas relacionadas [*sic*] con la alimentación constituyen una de estas causas. Este tema está en discusión y a veces ha sido minimizado, seguramente por desconocimiento; no obstante, es imprescindible considerarlo en el tratamiento (p. 133).

Desde una perspectiva naturista, Benasayag (2009b) invita a aquellos profesionales que de algún modo intervienen en la toma de decisiones en lo referido al tratamiento para el TDAH a que busquen alternativas a la medicación farmacológica, señalando como posible opción la fitoterapia, entendiendo como tal el tratamiento de diversas enfermedades por medio de plantas o extractos vegetales. En concreto menciona los “adaptógenos”, que, según descubrieron unos científicos soviéticos en los años sesenta, son unas sustancias que pueden ayudar al ser humano a adaptarse a entornos desfavorables. En palabras del propio autor, “en un ensayo clínico efectuado en 36 niños (...) con síndrome de déficit atencional e hiperactividad, la combinación de extractos de Ginkgo biloba (50 mg) y Panax quinquefolius [extracto de ginseng americano] (200 mg) [ambos “adaptógenos”], dos cápsulas diarias, demostró mejoras clínicamente significativas” (Benasayag, 2009b, pp. 226-227).

Precisamente respecto a esta evidencia, Gálvez Galve (2010) matiza que el efecto que este tipo de sustancias producen en casos de niños con TDAH responde a una mejora de los comportamientos impulsivos, reduciendo la hiperactividad y mejorando los procesos de atención. También hace alusión al tratamiento mediante homeopatía, incidiendo en el hecho de que determinadas sustancias pueden dar lugar a mejoras a nivel cognitivo y comportamental, incluso sustituyendo los efectos del metilfenidato. Igualmente, menciona el contacto con la naturaleza como una experiencia que produce bienestar psicológico y que puede originar un mayor nivel de atención en determinadas situaciones.

Siguiendo el hilo de este argumento, Corraliza y Collado (2011) apuntan que la falta de naturaleza puede afectar a la salud física y mental de los niños y aumentar sus niveles de estrés y que, en cambio, las vivencias en un entorno natural pueden mejorar sus procesos cognitivos, disminuir los síntomas propios del déficit atencional y estimular la creatividad y la autonomía a la hora de enfrentarse a situaciones adversas y estresantes. Teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad eminentemente urbanizada, se ha comenzado a hablar, incluso, del denominado “síndrome de déficit de la naturaleza” (Louv, 2008, citado en Corraliza y Collado, 2011, p. 221), el cual, dado que origina situaciones de estrés en la vida infantil, puede guardar relación con algunos de los problemas que manifiestan los afectados por el TDAH: “[s]ome are hyperactive. Some are distracted. (...) Schools can improve both health and learning by reintroducing students to the natural world” (Louv, 2009, p. 24).

Por otra parte, cuando hablamos de estimulación cognitiva nos referimos a un tratamiento cuyo objetivo reside en la rehabilitación de las funciones cerebrales o habilidades cognitivas mediante la modificación del sistema nervioso central del paciente (Rubiales et al., 2011). Apoyando esta idea, García González (2014) realiza la importancia de que este proceso supone un entrenamiento metacognitivo cuya dificultad debe ser individualizada y adaptada. Sobre la terapia de juego, añade que sirve para estimular las funciones psíquicas que tienen que ver con posibles déficits en los procesos de simbolización o atencionales.

De esta forma queda reflejado, a grandes rasgos, de qué forma estas técnicas, terapias o métodos pueden aportar beneficios a la vida de niños con TDAH o incluso contribuir a la mejoría de los tres grupos sintomatológicos. En ocasiones, este tipo de tratamientos se plantean como una reacción contra la medicación farmacológica, es decir, como una solución alternativa. Sin embargo, dado que, como se ha explicado previamente, la intervención a la hora de abordar el TDAH debe ser interdisciplinar y la eficacia de estos métodos no está probada de manera aislada, deberíamos considerar este tipo de intervenciones como algo complementario que puede acompañar al tratamiento, independientemente de la naturaleza del mismo (García González, 2014).

Por último, si hablásemos de Musicoterapia como terapia complementaria entraría dentro del grupo de las técnicas reguladoras del estado emocional. A pesar de que ninguno de los expertos mencionados hablan sobre ella, el mismo Barkley (1997a) explica que el trastorno supone una desorientación en el tiempo que tiene que ver más con la falta de autocontrol que con el déficit de atención, y es aquí donde el trabajo con música puede tener efectos positivos. Así, en las páginas sucesivas abordaremos el tema de la Musicoterapia y los posibles beneficios que puede aportar al tratamiento del TDAH.

3. MUSICOTERAPIA

Hablemos ahora de una disciplina que pretende utilizar la música con fines terapéuticos, como ayuda para el tratamiento de enfermedades, trastornos mentales o problemas de diversa índole, en general desde un punto de vista psicológico. Tratemos este tema en relación con las posibilidades que puede tener dentro del ámbito educativo y orientada a la búsqueda de beneficios en la salud y desarrollo de niños con necesidades educativas especiales – de ahora en adelante NEE – y, en concreto, en casos de TDAH. Hablemos de Musicoterapia.

3.1. Aproximación conceptual

A pesar de que la Musicoterapia es una disciplina relativamente nueva, ya que se ha desarrollado a lo largo de los últimos cincuenta años (Wigram, Pedersen y Bonde, 2011), es un concepto que, como muchas otras materias, cambia una vez ha sido formulado, se modifica y se renueva en función de la experiencia, distintas perspectivas o nuevos descubrimientos. Dicho lo cual, en el presente epígrafe vamos a explorar las distintas consideraciones que algunos expertos tienen sobre ella para tratar de aportar una definición genérica y precisa que nos ayude a comprender en qué consiste esta renovadora disciplina.

[E]l proceso de dar una definición de musicoterapia puede quedar reflejado en la manera en la que la profesión en sí ha surgido en diferentes países y a través de diferentes tradiciones. Por tanto, tenemos que tomar en cuenta tres factores importantes: [l]a formación de los profesionales, [l]as necesidades de los clientes [y] [e]l enfoque usado en el tratamiento (Wigram et al., 2011, pp. 27-28).

Si echamos la vista atrás y tratamos de indagar acerca de ciertos antecedentes históricos, nos encontramos con que el uso de la música con fines terapéuticos se remonta a las culturas primitivas (la música con valor espiritual y como defensa ante numerosos males) y se hace visible en diversos capítulos de la historia de la humanidad (la teoría de los cuatro humores en la antigua Grecia, la doctrina de los afectos en el Barroco, la relación terapéutica entre el rey Felipe V y el cantante Farinelli en el siglo XVIII) hasta el siglo XX, momento en el cual se comienza a hablar de Musicoterapia (Betés de Toro, 2000).

Una de las primeras musicoterapeutas del siglo XX fue la chelista Juliette Alvin, que primordialmente orientó sus estudios al tratamiento de niños con discapacidad, autismo o cualquier tipo de trastorno físico o psicológico. Según ella, ya en los años sesenta la Musicoterapia era concebida como una terapia auxiliar y como un remedio reconocido en diferente medida por parte de médicos, educadores, músicos y psicólogos (Alvin, 1967). Ella define esta disciplina como:

[E]l uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. Ya que es una función de la música, donde ésta no es un fin en sí misma, su valor terapéutico no está necesariamente en relación con su calidad ni con la perfección de las ejecuciones (Alvin, 1967, p. 11).

Esta pionera incidió en el hecho de que, al contrario de lo que general y erróneamente se consideraba, la música puede aportar beneficios al tratamiento de trastornos físicos, y no solo de enfermedades mentales. Apoyando esta idea, Schwarz y Schweppe (2002) definen la Musicoterapia como un proceso curativo que incide en nuestro organismo tanto en la percepción psíquica como en determinados procesos corporales, tales como el funcionamiento del sistema cardiovascular o la actividad cerebral.

Dentro de este contexto, uno de los mayores referentes a nivel internacional es Rolando Omar Benenzon, que lleva investigando más de treinta años en el campo de la Musicoterapia y que da nombre, precisamente, a uno de los métodos de intervención más importantes y reconocidos a nivel mundial. Haciendo alusión a los efectos que produce la música como algo innato, heredado de nuestros ancestros y común en todos los seres humanos, él mismo destacó “el poder omnipotente, mágico, todopoderoso y de sugestión que poseía la música y que posiblemente quede en cada uno de nosotros como resabio de nuestro ser primitivo” (Benenzon, 1971, p. 26).

Sin embargo, su concepción sobre la Musicoterapia ha ido evolucionando hasta el punto de considerar que este tipo de terapia no solo supone la utilización de la música con fines terapéuticos, sino que engloba y despierta otros aspectos intrínsecos en la especie humana cuya fuerza reside en la comunicación no verbal. De esta forma, a día de hoy Benenzon (2011) lo define como una psicoterapia que crea un vínculo entre el paciente y el musicoterapeuta a través de la música, el sonido y distintos elementos corpóreo-sonoro-musicales, con el objetivo de mejorar algún aspecto relacionado con la calidad de vida y la dimensión social de las personas.

Puede apreciarse cierta relación entre estas palabras y las de Rodrigo (2000), ya que sostiene que la Musicoterapia es una “disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos positivos en la/s persona/s (...)” (p. 18). Además, recalca que una parte fundamental del proceso terapéutico es la interacción y la comunicación bidireccional entre el musicoterapeuta y el paciente, es decir, la creación de un vínculo que ayude al individuo a lograr su máximo desarrollo para optimizar así su integración en el medio.

En relación con ello y como exaltación a la figura del musicoterapeuta, Davis, Gfeller y Thaut (2012) señalan que cualquier tipo de utilización de la música con fines terapéuticos debe ser regulada por un experto cualificado (el musicoterapeuta) con el objetivo de adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente, de modo que se alcance así el beneficio óptimo del proceso terapéutico.

Otro de los grandes exponentes dentro de este mundo fue Helen Lindquist Bonny, violinista y musicoterapeuta que en los años setenta, mientras trabajaba como investigadora en un centro psiquiátrico, emprendió un tratamiento experimental psicoterapéutico basado en la escucha activa de música, cuyo objetivo era despertar los procesos mentales subconscientes de pacientes alcohólicos y enfermos terminales de cáncer (Wigram et al., 2011). Así fue como surgió lo que hoy en día se conoce como el Método Bonny de Imagen Guiada con Música (modelo GIM). Por consiguiente, ella cree en el valor de la música como guía y en su poder evocador, y definió la Musicoterapia, de forma concisa, como la utilización de la música para el beneficio físico o mental de las personas: “[m]usic therapy may be defined as the systematic application of music as directed by the music therapist to bring about changes in the emotional and/or physical health of the person” (Bonny, 1986, p. 4).

Por otra parte, resulta interesante la definición que aporta Lacárcel Moreno (1990) al relacionar la escucha y la producción musical con la experiencia del paciente, indicando que las posibilidades que puede ofrecer la Musicoterapia van ligadas a la oportunidad que se le brinda al individuo para expresarse a nivel individual o grupal. A su vez, estos procesos se verán determinados por su nivel de sensibilidad y sus resonancias afectivas.

También es llamativa la forma introspectiva y energética de concebir el valor terapéutico que tiene la música según Lingerman (2009), quien afirma que la escucha activa y consciente de ciertas obras clásicas puede ayudarnos a tratar diversos problemas en función de las características de cada pieza musical. De esta forma, la música permite tratar aspectos relacionados con la salud y el bienestar desde el punto de vista físico y emocional a través de la audición de obras que producen efectos concretos en el estado anímico y fisiológico de las personas. Así, el autor compone una guía básica sobre qué obras en concreto podemos escuchar para liberar tensión e ira, relajarnos, afrontar la rutina e incluso mejorar el ambiente familiar y los procesos de digestión.

Puede que nunca te hayas planteado esta pregunta: ¿con qué profundidad sientes la música? ¿Cómo te entregas a ella? ¿Cuánto das de ti mismo? Si la abor das con el corazón bien abierto, la mente deseosa y el cuerpo relajado, la música te invadirá y renovará. Pero ese torrente de corrientes curativas y cargas energéticas no podrá entrar, calar y revitalizarte si te sientes distraído, tenso, crítico, preocupado, impaciente, desagradecido o lleno de resistencia y poca predisposición (Lingerman, 2009, p. 23).

Respecto a este argumento y en caso de que considerásemos el concepto de Musicoterapia desde una perspectiva un poco más práctica, difiere en cierta medida Martí Augé (2000) al aclarar que los objetivos terapéuticos de las sesiones se pueden abordar a través de una dimensión “pasiva” (basada en audiciones musicales), pero que también se contempla una actitud activa por medio de distintas técnicas que exigen un alto nivel de participación e implicación por parte de los pacientes: tocar una canción con un instrumento musical, cantar o entonar una melodía, bailar una danza determinada, etc. Guardando cierta similitud con esta idea, Schwarz y Schweppe (2002) diferencian entre Musicoterapia receptiva (escucha y audición) y activa (hacer música e improvisar, ya sea con instrumentos o con la propia voz).

Con ánimo de establecer una concepción más genérica, considerable y aplicable a todos los ámbitos de intervención, en 1996 la Federación Mundial de Musicoterapia definió la disciplina como el proceso terapéutico a través del cual un intermediario cualificado (un musicoterapeuta) establece una relación entre uno o varios pacientes y distintos elementos musicales, con el objetivo de crear relaciones y situaciones de expresión, comunicación e interacción que contribuyan de algún modo a la mejora del estado anímico, mental, emocional, físico, social y cognitivo de los implicados (*World Federation of Music Therapy*, 1996, citado en Wigram et al., 2011). El fin último de la Musicoterapia es, en definitiva, ayudar a los pacientes a incrementar su capacidad de conocimiento intrapersonal y su nivel de actuación en las relaciones interpersonales para lograr así una mayor integración en la sociedad.

3.2. Musicoterapia y Educación

Si lo que queremos es indagar sobre la posibilidad de aplicación de la Musicoterapia para el beneficio de los niños en lo referido a su nivel curricular, capacidad cognitiva y grado de integración en el grupo, uno de los aspectos que hemos de valorar es la viabilidad de aplicación que presenta en el ámbito educativo o de qué forma puede ser desarrollada en los centros en función de sus características.

En primer lugar, cabe destacar el hecho de que algunos profesionales como Piaget, Davidson o Hargreaves sostenían que la música es importante en el desarrollo evolutivo durante las primeras etapas de crecimiento, ya que sirve como canal de comunicación no verbal entre adulto y niño, estimula los procesos de percepción y de atención y contribuye a educar a los alumnos íntegramente, es decir, que genera vivencias que repercuten favorable y significativamente en un mejor cumplimiento de los principales objetivos educativos (Gil Villalonga, s. f.). En relación con ello, Vaillancourt (2009) nos habla de los beneficios de la música a lo largo del desarrollo infantil:

El niño es un ser musical y creativo. Es también un ser en desarrollo. Posee en él su propia música, que expresa en su ritmo, con su melodía natural, su expresión corporal y su canto. La música da al niño libre acceso a su sentido intuitivo y a su capacidad de crear, haciendo agradable su proceso de aprendizaje. La música puede convertirse en una fiel compañera, que lo sigue en su evolución y en los momentos difíciles de la vida (pp. 12-13).

Wigram et al. (2011), por su parte, distinguen entre la Musicoterapia conductual, la psicoterapéutica y la educativa, y definen esta última como aquella que se da en diversos centros educativos y que actúa en correlación con los objetivos curriculares. De esta forma, los musicoterapeutas que desarrollan su labor en este tipo de centros han de contribuir a impulsar el crecimiento personal de los alumnos y a estimular el desarrollo de sus potencialidades, siempre en función de las necesidades que ellos mismos presenten a lo largo de su experiencia escolar. Así, la Musicoterapia se concibe como una intervención complementaria al proceso de enseñanza-aprendizaje orientada a enriquecer la dimensión cognitiva y emocional de los alumnos, todo ello en aras de alcanzar los objetivos del programa educativo. Se entiende, por tanto, que se desarrolla de forma complementaria en periodos temporales fuera del horario lectivo, aunque puede ser de forma paralela.

Dicho lo cual, puede surgir el interrogante de si estas actividades/sesiones pueden ser desarrolladas dentro de las horas de la asignatura de música, dadas las posibles similitudes que hay entre ambas materias. En relación con esto, Benenzon (1971) plantea una disyuntiva entre Educación Musical y Musicoterapia y afirma, al contrario de lo que la gente suele creer, que un maestro de música no actúa como musicoterapeuta en ninguna ocasión, a no ser que tenga la preparación y los conocimientos adecuados o, en su defecto, sea supervisado por un terapeuta cualificado. En este sentido, es necesario aclarar que los objetivos de estas dos disciplinas divergen. Mientras que la Educación Musical persigue enseñar conocimientos y destrezas musicales básicos, la Musicoterapia tiene un fin terapéutico, de mejora de algún aspecto relacionado con la vida, salud y grado de integración de los alumnos.

Sin embargo, es posible que la finalidad de ambas áreas confluyan en un mismo punto, que perfectamente puede estructurarse dentro del aula de música, siempre y cuando el maestro esté cualificado o tenga unos conocimientos mínimos sobre Musicoterapia (Acebes de Pablo, 2014; Llamas Rodríguez, 2012). De hecho, la Educación Musical y la Musicoterapia tienen puntos en común, ya que en ambas se proponen ejecuciones musicales, se utiliza la música como lenguaje y se crea una relación interpersonal entre profesor y alumno o entre musicoterapeuta y paciente (Llamas Rodríguez, 2012).

Precisamente en contraposición con esta idea, Davis et al. (2012) ponen el ejemplo de una maestra de música que, de forma complementaria a su actividad docente, ofrece sesiones de Musicoterapia para alumnos a los que les pueda venir bien por tener disfunciones físicas o mentales, dificultades de aprendizaje o problemas de integración. Añaden que a través de diversas actividades musicales se pueden evocar habilidades cognitivas, trabajar técnicas mnemotécnicas (para alumnos con problemas de memoria) y desarrollar las capacidades socioemocionales, entre otros aspectos. De esta forma, la Musicoterapia se aplica en centros educativos como una terapia complementaria a los procesos de enseñanza-aprendizaje, tal y como parecían indicar Wigram et al. (2011).

Debido a que la escuela atiende a alumnos que tienen una gran variedad de deficiencias, el musicoterapeuta que trabaja en el marco escolar tiene varias funciones: enseñar a alumnos con discapacidades junto con sus compañeros normales en clases de música regulares; enseñar clases sólo [*sic*] de alumnos con discapacidades (...); ofrecer sesiones de musicoterapia a aquellos niños cuyas Adecuaciones Curriculares Individualizadas (ACI) especifican la intervención de musicoterapia; y asesorar a otros profesores sobre la adaptación de la enseñanza musical o la utilización de la música para reforzar otros conceptos académicos (Davis et al., 2012, p. 287).

A pesar de que esta profesión dentro del ámbito educativo, es decir, la figura del maestro especialista en música y musicoterapeuta, está reconocida por distintos expertos a nivel mundial, no hemos encontrado evidencias en el ámbito nacional de que haya muchos centros que la incluyan dentro de su proyecto o programación. Sin embargo, hay dos colegios en la provincia de Valencia que sí reconocen la Musicoterapia como actividad de apoyo educativo. Son el Colegio “Helios” (en L’Elia), en el que se desarrollan sesiones individuales y grupales de Musicoterapia, y el Colegio de Educación Infantil y Primaria “Antonio Machado” (en Xirivella), que ofrece sesiones individuales de Musicoterapia para aquellos niños que tienen dificultades en lo referido a su desarrollo integral.

3.3. Musicoterapia y NEE

Dado que este trabajo versa sobre la posibilidad de aplicar la Musicoterapia como tratamiento complementario en casos de niños con TDAH, parece obvio reconocer que estamos hablando de una cuestión relacionada con la Educación Especial, la Educación Inclusiva, la integración de alumnos con dificultades en las aulas o sobre, precisamente, NEE, que son algunos de los temas de investigación educativa que más interés están suscitando desde hace más de veinte años (Fernández Batanero, 2008a; Hegarty, 2008) y, de igual forma, actualmente (Spratt y Florian, 2015; Waitoller & Kozleski, 2015).

[E]l estudio de la integración del alumnado con necesidades educativas especiales ha sido la línea de investigación que, dentro del campo de la educación especial, ha tenido mayor desarrollo durante las dos últimas décadas. Dichas investigaciones han ido encaminadas a establecer la eficacia y el impacto de los programas de integración (Fernández Batanero, 2008b, p. 18).

Tengamos en cuenta, ante todo, que cuando hablamos de niños con NEE nos referimos a todo tipo de alumno que necesite una adaptación curricular o apoyo educativo debido a un trastorno o discapacidad que afecte negativamente a su escolarización (Martín Recio, 2013; Rodrigo, 2000). Dentro de este contexto, la Musicoterapia puede ser considerada una técnica o terapia aplicable a diversos tipos de disfunciones, discapacidades, trastornos o deficiencias en todo el ámbito referido a la Educación Especial (Alvin, 1967; Benenzon, 2011; Martí Augé, 2000; Lacárcel Moreno, 1990; Rodrigo, 2000; Wigram et al., 2011), tal y como queda reflejado en la tabla 5.

En lo que respecta a este ámbito de intervención, Lacárcel Moreno (1990) aclara que la Musicoterapia, desarrollada en centros especializados en la reeducación de niños inadaptados, genera relaciones de alegría y confianza y produce relajación o acción, según los casos. Los beneficios que se obtienen mediante el tratamiento con música están fundamentados en el hecho de que el movimiento, las reacciones psicofisiológicas y los procesos de relación y desarrollo tienen que ver con percepciones sonoras innatas, los arquetipos sonoros, que son el resultado de nuestra herencia ontogénica y filogénica

(Lacárcel Moreno, 2006). Además, “[e]stá demostrado que las inclinaciones y preferencias musicales de las personas [la identidad musical], pueden aportar cantidad de datos de extraordinario interés sobre su propia personalidad, carácter y comportamiento” (Lacárcel Moreno, 1990, p. 9).

[L]os niños con necesidades educativas especiales son remitidos con frecuencia a terapia musical para enfrentarse y mejorar sus necesidades de comunicación, cognitivas, sensorio-motores [*sic*] o perceptivo-motoras, sociales, emocionales y psicológicas. Los terapeutas musicales trabajan para mejorar sus destrezas, cambiar comportamientos específicos o enseñarles nuevas habilidades a través de la experiencia musical (Ortega, Esteban, Estévez y Alonso, 2009, p. 147).

A la hora de tratar niños con distintos trastornos, el musicoterapeuta ha de ser flexible en aras de satisfacer las necesidades que puedan ir surgiendo conforme vaya avanzando el tratamiento. De hecho, su formación debe ser multidisciplinar, ya que debe tratar muchos aspectos al mismo tiempo – música, fisiología, psicología, biología, psicoterapia, etc. – (Martí Augé, 2000). Por lo tanto, tanto su percepción como el rol que ha de desempeñar deben ser elementos moldeables y adaptables a cada momento en función de lo que cada situación requiera.

Según Wigram et al. (2011), estimular las habilidades sociales, comprender y extraer las emociones y sentimientos de los pacientes, generar mayor comprensión de su propia identidad y desarrollar el lenguaje y la coordinación son algunas de las metas a alcanzar mediante este tipo de terapia. Las técnicas con las que cuenta el musicoterapeuta son la improvisación musical libre (como lenguaje común entre terapeuta y paciente), la música pautada asociada a determinadas rutinas y la práctica musical (para la mejora de la coordinación, la concentración, el movimiento y la audición), entre otras. Ante esto, Rodrigo (2000) añade los ejercicios de percusión corporal, las audiciones, la danza de libre expresión y la interpretación de montajes musicales, y señala que los efectos positivos de la aplicación de la Musicoterapia al tratamiento de niños con NEE están constatados:

Los resultados permiten concluir una muy notable mejoría en las áreas afectadas, con un incremento del rendimiento físico e intelectual, la motricidad, la comunicación, la maduración físico-psíquica, el lenguaje, los hábitos de autodisciplina, la capacidad de relacionarse y la relajación (p. 98).

Tabla 5

Musicoterapia para discapacidades o trastornos

Musicoterapia para...	Niños con afecciones de cromosomas o metabólicas innatas. <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down • Síndrome de Williams • Síndrome de Asperger • Síndrome del X frágil • Etc.
	Niños con autismo.
	Niños con retraso del desarrollo global y retraso mental.
	Niños con daños emocionales tempranos.
	Niños nacidos con dependencia a drogas y alcohol.
	Niños con trastornos de aprendizaje específicos.
	Niños con Déficits de Atención, Control Motor y de Percepción.
	Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
	Niños con función débil del cerebro izquierdo.
	Niños con daño cerebral: parálisis cerebral, espasticidad e incapacidad atetoide.
	Niños con deterioro auditivo.
	Niños con esclerosis tuberosa.
	Niños con problemas de comportamiento, comunicación, sociales o de atención (ningún diagnóstico en concreto).
	Niños hospitalizados por procedimientos quirúrgicos o enfermedades graves.

Nota: Adaptado de “Guía completa de musicoterapia”, por T. Wigram, I. N. Pedersen y L. O. Bonde, 2011, Vitoria-Gasteiz: AgrupArte Producciones, p. 185.

Una de las intervenciones basadas en Musicoterapia cuya eficacia está más demostrada es su aplicación en casos de Trastorno del espectro autista (*American Psychiatric Association*, 2014) – de ahora en adelante TEA –. Los TEA se caracterizan por una perturbación grave en diversas áreas del cerebro que tienen que ver con el desarrollo de habilidades para la interacción social y de comunicación o la presencia de actitudes o intereses comunes.

En relación con ello, Benenzon (2011) sostiene que el trabajo mediante técnicas de Musicoterapia, a través de los niveles de regresión (recepción de estímulos sonoros), de comunicación (entre musicoterapeuta y paciente) y de integración (entre el niño, el medio y su familia), abre canales de comunicación que ayudan a los niños autistas a comunicarse y expresarse. En este sentido, Alvin ya se refirió en el año 1971 a “la música y el instrumento musical como “objeto intermediario” por las posibilidades que le brinda al terapeuta de establecer contacto con ciertos roles del paciente sin desencadenar reacciones de alarma” (p. 112). Kim, Wigram y Gold (2008), por su parte, añaden que la improvisación en sesiones de Musicoterapia aumenta el nivel de interés y estimula la expresión personal, la comunicación emocional y el desarrollo de la capacidad de interacción social de los niños autistas.

Otra posible aplicación de la Musicoterapia, que resulta interesante tratar porque suele generar cierto escepticismo, es la intervención en minusvalías o discapacidades físicas. A la hora de tratar con niños con problemas físicos que dificultan o impiden su correcto desenvolvimiento, la Musicoterapia se contribuye a disminuir la ansiedad, estimula el optimismo, la motivación y la autoestima e incluso procura sensibles progresos cinéticos (Rodrigo, 2000). En palabras de Wigram et al. (2011), trabajar a través de la música ayuda a cubrir las necesidades psicosociales, físicas, psicológicas y emocionales del paciente.

Por otra parte, en lo referido a niños con deficiencia mental, se ha demostrado que las sesiones grupales heterogéneas de Musicoterapia, así como el diálogo musical, el uso del propio cuerpo como instrumento de percusión y el contacto humano a través del sonido, son ejercicios que pueden contribuir a mejorar el nivel de autoconciencia y la integración dentro de un grupo (Benenzon, 1971; 2011). Según Lacárcel Moreno (1990), este tipo de actividades fortalecen el espíritu de colaboración y participación, fundamental para la adaptación a la vida, y añade que la música tiene un poder afectivo

y un carácter estimulante que hace que el niño responda antes que a ningún otro tipo de estímulo. De hecho, en muchos casos de niños con síndrome de Down se puede apreciar una respuesta especial ante la música (Rodrigo, 2000; Wigram et al., 2011).

A pesar de que existen evidencias de que la Musicoterapia es aplicada en el tratamiento de los trastornos que hemos enumerado en la tabla 5, no podemos detenernos a explicar cómo se utiliza o qué efectos produce en cada uno de los casos. En cambio, hemos tratado de dar una visión general sobre la aplicación de esta disciplina en el ámbito de la Educación Especial y para algunos casos en concreto. Dicho lo cual, a continuación vamos a explorar de qué forma la música y la Musicoterapia pueden contribuir a obtener efectos beneficios en el tratamiento de niños con TDAH.

3.4. Musicoterapia y TDAH

En el presente epígrafe intentaremos fundamentar la idea de que un tratamiento basado en Musicoterapia, entendiendo como tal la utilización de la música con fines terapéuticos, puede ser aplicado al proceso habitual de intervención en casos de niños con TDAH de tal forma que contribuya en mayor o menor medida a la mejora de los síntomas en los que se manifiesta el trastorno, así como de los problemas o dificultades en los que puede desembocar.

A modo de introducción, Álvarez Nieto (2004) sostiene que la música es beneficiosa para los niños con TDAH por sí misma, por el poder de atracción que tiene y por la estimulación y motivación que produce a la hora de emprender cualquier tipo de actividad. Relaciona este hecho con sus propiedades terapéuticas al afirmar que activa procesos neuronales a la hora de procesar los estímulos auditivos (tanto en el hemisferio derecho como en el izquierdo), facilita la comunicación verbal y el desarrollo del lenguaje (sobre todo en los primeros años de vida), reduce los niveles de ansiedad y produce relajación, contribuye a enriquecer la relación entre el cuerpo y el entorno y a mejorar las relaciones sociales y, con ello, el nivel de integración y de desenvolvimiento de este tipo de niños, tanto en el ambiente familiar como en la escuela.

Guardando cierta similitud con esta idea, Benzon (2002) sostiene que hay muchos estudios sobre la relación entre la escucha activa de obras musicales y las expectativas que nosotros creamos ante ello, y afirma que la música, de forma natural e inconsciente, ayuda a regular la temporalidad de los procesos cognitivos o de procesamiento cerebral:

[T]he brain itself necessarily operates in time; its activities must be well-timed or they will fail. Thus, it seemed to me that music might be an activity that the brain uses to adjust and train its own timing so that expectation (of future sounds) and fulfillment (through motor execution of the musical sounds) are properly matched” (p. 2).

Vamos a tratar de desgranar el cuadro sintomatológico propio del TDAH y a relacionarlo con el posible beneficio que pueda aportar la Musicoterapia. En primer lugar, sobre los problemas de inatención, Peñalba Acitores (2010) señala que el surgimiento de un estímulo auditivo, sobre todo a partir de una situación de silencio, capta la atención de estos niños y les predispone a emprender cualquier tipo de actividad. Además, añade que la audición activa de música ayuda a centrar la atención en diversos aspectos (la instrumentación, el ritmo, la melodía) e incluso que acompañar la realización de tareas escolares con una obra musical puede ayudar al niño a mantener la concentración, ya que de esta forma se focaliza la atención en la tarea y se eliminan estímulos sonoros que puedan suponer una distracción.

En relación con ello, Alonso y Bermell (2008) indican que, aunque no existen muchos trabajos relacionados con la aplicación de la música al desarrollo de los procesos de atención, “[e]l mecanismo de la atención orientado con actividades musicales da como respuesta en el niño un proceso más receptivo al ambiente que le rodea y a las actividades más motivadoras” (p. 79). Según Erin Wiebe (2007), diversos estudios demuestran que el trabajo con música incrementa tanto los procesos de memorización como el nivel de atención de niños con TDAH, y que algunos estilos musicales, como la música latina o el *Rock & Roll* (siempre en función de las características, necesidades e intereses del niño) contribuyen en gran medida al mantenimiento de la concentración durante, por ejemplo, la ejecución de ejercicios o exámenes de matemáticas. Ante esto, Álvarez Nieto (2004) añade que la práctica musical ofrece a este tipo de niños una actividad que, además de producir atracción y motivación, exige centrar y mantener constantemente la atención en la tarea.

Por otra parte, respecto al síntoma de la hiperactividad, se puede considerar, erróneamente, que la mejor forma de aplicar la Musicoterapia a niños con TDAH es utilizar música lenta y tranquila que les ayude a calmarse y relajarse. Según Peñalba Acitores (2010), son las canciones de ritmo marcado, estimulantes y de tempo ágil, y no aquellas de carácter sosegado, las que tienen efectos positivos en estos niños, pues son las que responden a su necesidad de constante movimiento. Alonso y Bermell (2008) apoyan esta idea al afirmar que algunas actividades musicales, como por ejemplo el uso de instrumentos, proporcionan a los niños con TDAH una oportunidad para encauzar su desbordante energía, mientras que Álvarez Nieto (2004) sostiene que el trabajo a través de la música les ayuda a conocer su propio ritmo interno y a adaptarse a él. De hecho, el trabajo mediante terapia eurítmica produce mejoras significativas en la coordinación y el desarrollo de las habilidades motoras (Peñalba Acitores, 2010; Rodrigo, 2000).

La música (especialmente en lo que se refiere al uso de instrumentos) proporciona la actividad que demanda [sic] éstos [sic] usuarios con tdah [TDAH] exigiéndoles al tiempo una atención que se encubre con el placer que les supone el proceso creador. La música les puede presentar estímulos auditivos novedosos en múltiples campos, que también requieran de participación y movimiento, como la dramatización de un cuento con instrumentos [o] los desplazamientos al ritmo de la música (...) (Ponce Celda, 2012, p. 26).

Consideremos en tercer lugar el problema de la impulsividad. Este síntoma, que generalmente va asociado a la hiperactividad, consiste en la incapacidad por parte del niño con TDAH de esperar su turno, ya sea para emitir una respuesta, participar en clase o hacer alguna pregunta al profesor. En este sentido, Benzon (2009) y Erin Wiebe (2007) comparten la idea de que a través del sonido y los ritmos musicales se puede aumentar la consciencia temporal y controlar la capacidad de autorregulación según lo requiera la situación. Peñalba Acitores (2010), por su parte, sostiene que el trabajo mediante actividades en las que existe una demora entre estímulo y respuesta favorece en gran medida el control de los impulsos. Algunas actividades musicales, como una instrumentación, en la que los niños con TDAH deben esperar su turno para tocar, o un ejercicio de pregunta-respuesta, en el que el profesor emite una secuencia rítmica con ánimo de que los alumnos la imiten, son prácticas que favorecen la disminución de conductas impulsivas (Acebes de Pablo, 2014).

Por último, no olvidemos que, como hemos explicado al referirnos al concepto y características del TDAH, el grupo sintomatológico puede darse en diversas situaciones de la vida de un niño y deteriorar así las relaciones sociales con sus compañeros, con su familia, con los profesores, etc. Respecto a ello, Erin Wiebe (2007) afirma que la música tiene la capacidad de fomentar habilidades sociales y de comunicación, estimular el lenguaje verbal y no verbal y desarrollar la cualidad de expresar emociones, a lo que Peñalba Acitores (2010) añade que la Musicoterapia es un medio idóneo para canalizar y disminuir conductas disruptivas y agresivas, lo que repercute positiva y significativamente en la relación entre compañeros.

El ambiente familiar y escolar se ve mejorado con la música, lo que facilita la integración y modificación de conducta del alumno. Al trabajar la música en grupo se crea el clima social emocional idóneo para expresarse y relacionarse con sinceridad y libertad. Así, cuando un niño hiperactivo consiga interactuar de manera positiva con sus compañeros en la sesión de música, comprenderá que también puede hacerlo fuera del aula, pues habrá aprendido nuevas formas de comunicación. (...) El empleo de técnicas activas unidas a la música, como la utilización del propio cuerpo o distintos instrumentos, ayuda a la mejora de la relación con las personas (...) [ya que] permite que el niño proyecte en éstos [los instrumentos musicales] su actuación o pensamiento y canalice así sus emociones al no sentirse cohibido (Álvarez Nieto, 2004, párr. 20).

De esta forma quedan recogidas algunas de las aportaciones teóricas en relación con la posibilidad de tratar diversos problemas que puedan surgir a lo largo de la vida de un niño con TDAH, así como cada grupo de síntomas en particular, a través de la música. Por consiguiente, la Musicoterapia nos brinda la oportunidad de trabajar distintos objetivos terapéuticos a través de sesiones prácticas individuales y grupales. No obstante, no hemos encontrado apenas ejemplos de la aplicación de esta disciplina como tratamiento complementario en casos de TDAH, ni tenemos conocimiento sólido de que esta posibilidad en concreto sea contemplada y ofrecida en colegios o centros de atención especial (exceptuando los dos centros educativos que se han mencionado previamente). A pesar de ello, sí existen algunos estudios prácticos sobre el tratamiento de TDAH mediante Musicoterapia, tal y como se especificará en el siguiente apartado.

4. BREVE REPASO DEL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Una vez habíamos escogido el tema de nuestra investigación, centrado en el TDAH, lo primero que teníamos que considerar era este concepto. Así, partimos de la base de que actualmente el manual DSM-5 lo incluye como un trastorno del neurodesarrollo dentro de su clasificación, aún la hiperactividad y la impulsividad como un grupo sintomatológico e indica que puede haber tres tipos: combinación de los síntomas, predominancia de déficit de atención o prevalencia de conductas hiperactivas e impulsivas (*American Psychiatric Association*, 2014, pp. 59-60). En la actualidad, esta formulación está aceptada, con ciertos matices, por gran parte de la comunidad científica (Aguilar Cárceles, 2014; Aguilar Millastre, 2014; García González, 2014; Harvey et al., 2015).

Dicho esto, nos percatamos de que el TDAH tiene una prevalencia, hablando en términos generales, de entre el 3% y el 7% del total de la población infantil y juvenil (Aguilar Millastre, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014). Esto nos llevó a considerar que se trata, por tanto, de un tema relevante y recurrente hoy en día dentro del ámbito educativo y pedagógico (Skutle et al., 2015) y dentro del campo de la Educación Inclusiva, que es una de las áreas de investigación educativa que más interés está suscitando desde el punto de vista de la Educación Especial en la actualidad (Spratt & Florian, 2015; Waitoller & Kozleski, 2015).

En relación con ello, exploramos en relación con la idea que se tiene de TDAH y nos encontramos con que existen ciertas controversias al respecto. Así, hay quienes piensan que se trata realmente de un trastorno de origen neurológico o neurobiológico que requiere de medicación para ser tratado (Aguilar Millastre, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014; Barkley, 1999, 2008; Moreno García, 2013) frente a quienes defienden que es una invención o construcción de origen social (Benasayag, 2009; Benasayag y Ferreyra, 2009; Guerrero López, 2006; Louv, 2009) sin ninguna fundamentación científica. Otros consideran que se están produciendo errores de diagnóstico al considerar casos TDAH de niños que realmente no lo son (Bianchi, 2012; Gálvez Galve, 2010; Guinot Zamorano, 2013; Zapico Merayo y Pelayo-Terán, 2012) y hay quienes defienden abiertamente que los fármacos no deben ser suministrados a los niños por los efectos secundarios que producen, optando por terapias alternativas (Benasayag, 2009b; Bignone, Serrate y Diez 2009; Pazo, 2009).

Aunque algunas de estas referencias no son de reciente actualidad, autores como Aguilar Cárceles (2014), Aguilar Millastre (2014) y Moreno García (2013) reconocen que estas controversias se siguen dando en la actualidad en el contexto educativo y pedagógico.

Dentro de este contexto, nuestro trabajo plantea la posibilidad de aplicar la Musicoterapia como terapia complementaria en el proceso de tratamiento en casos de niños diagnosticados de TDAH. Al realizar la búsqueda bibliográfica en bases de datos nos encontramos con que apenas existen estudios realizados al respecto. Además, en algunos de los libros más representativos sobre Musicoterapia, no explica de forma concreta cómo se puede aplicar esta disciplina al trastorno mencionado ni qué efectos beneficiosos específicos puede tener. Únicamente contamos con las aportaciones teóricas de Álvarez Nieto (2004), Benzon (2009), Peñalba Acitores (2010) y Rodrigo (2000), quienes afirman que la música y la Musicoterapia pueden aportar beneficios para cada uno de los síntomas del trastorno, y algunas propuestas de intervención que plantean un acercamiento a cómo podría desarrollarse esta forma de tratamiento (Acebes de Pablo, 2014; Erin Wiebe, 2007; Ponce Celda, 2012).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo procedemos a explicar las bases metodológicas de nuestro estudio. Se trata de una investigación cualitativa enmarcada en un enfoque basado en la racionalidad práctica. Las técnicas empleadas para la obtención de datos son la entrevista en profundidad, las entrevistas informales y el diario del entrevistador. Se contó con la colaboración de nueve informantes clave y diecinueve participantes en distintos encuentros informales, es decir, que aportaron información de forma esporádica, de modo que tenemos un total de veintiocho informantes. Toda la información ha sido digitalizada, ya sea mediante transcripción (entrevistas) o escaneándola (diario). Para analizar los datos se utilizó el programa informático de análisis cualitativo *ATLAS.ti* y se siguieron las fases de codificación o categorización, condensación e interpretación de significado. A continuación detallamos, justificamos y ejemplificamos todos estos aspectos.

2. PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN. RACIONALIDAD PRÁCTICA Y METODOLOGÍA CUALITATIVA

Los procesos de investigación se pueden desarrollar desde dos perspectivas diferentes, cada una de las cuales tiene una determinada finalidad (López Pastor, Monjas Aguado y Pérez Brunicardi, 2003). En primer lugar nos encontramos con una racionalidad técnica, cuyo objetivo principal es estudiar la realidad para formular leyes universales que expliquen en términos generales el comportamiento de los seres humanos. Por otro lado tenemos la racionalidad práctica, que busca comprender una realidad concreta, reflexionar sobre ella y, llegado el caso, transformarla, valorando en todo momento la calidad de los procesos de las relaciones sociales.

La sociedad es variable. El comportamiento del ser humano es subjetivo y relativo a las circunstancias que acompañen a cada acción. No pasa lo mismo con la naturaleza (entendida en su sentido más amplio), que se supone actúa como cabe esperar, de modo que se pueden establecer verdades generales aplicables a todo proceso natural similar a uno estudiado.

Supongamos que soltamos un objeto en el aire y cae al suelo, y lo repetimos tantas veces que ello nos permite formular lo que denominaríamos una ley a la que hemos llegado a través del método científico: siempre que dejamos caer un objeto en el aire cae al suelo. Sin embargo, los fundamentos psicológicos y conductuales que subyacen a cualquier proceso de relación social no son fácilmente generalizables a la mayoría de seres humanos, pues cada individuo actúa en virtud de sus valores y en función del contexto que se dé en una determinada situación. Es por ello que consideramos poco práctico llevar a cabo nuestra investigación mediante una perspectiva técnica o “empírico-analítica” (Del Rincón, Arnal, Latorre y Sans, 1995, p. 27), pues en ese caso el objetivo sería generalizar, y no comprender e interpretar el porqué del comportamiento humano.

En relación con esto, enmarcarnos dentro de una racionalidad práctica ofrece la posibilidad de estudiar la opinión de las personas desde dentro. A través de esta idea la relación entre los individuos y sus pensamientos se entiende como un complejo que difícilmente se puede comprender analizándolo a través de técnicas positivistas. En su lugar, el enfoque práctico pretende indagar en relación con las causas que llevan a los seres humanos a pensar de una u otra forma.

En este sentido, la investigación cualitativa resulta específicamente útil para el estudio de las percepciones de las personas porque aporta narraciones limitadas en tiempo y espacio que generan conceptos sensibilizadores para la comprensión de los contextos (Flick, 2004) y porque se adapta en todo momento a los participantes y las situaciones, de modo que siempre estará orientada a comprender y/o transformar una realidad concreta (Barba, 2013).

Con ánimo de aproximar este tipo de investigación al campo y temática de nuestro trabajo, Rodríguez Fuentes (2005) señala que la metodología cualitativa, considerando principalmente la observación participante, la observación etnográfica y la entrevista, ha sido utilizada en diversas investigaciones para recoger las percepciones de alumnos y profesionales de la Educación en relación con el tema de la discapacidad y de las disfunciones en el aprendizaje.

El presente trabajo se desarrolla desde una perspectiva práctica con el objetivo de estudiar, analizar y comprender la realidad desde un punto de vista cualitativo e intrínseco en relación con las percepciones, pensamientos, reflexiones y opiniones de los participantes. Además, podemos afirmar que se trata de una investigación eminentemente cualitativa porque se pretende entender, describir, explicar e interpretar una realidad desde dentro y analizando comunicaciones y experiencias de una determinada selección de informantes (Flick, 2014). De hecho, la investigación realizada reúne algunas de las características que enuncia Ruiz Olabuénaga (2003) como propias de la investigación cualitativa:

Su objetivo es la captación y reconstrucción del significado, (...) [s]u modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado, (...) [s]u procedimiento es más inductivo que deductivo, (...) [l]a orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora (p. 23).

3. OBJETO DE ESTUDIO

Uno de los principales objetivos de este trabajo es conocer la percepción y opinión que tienen distintos profesionales y familiares relacionados con el TDAH sobre su existencia, concepto, diagnóstico, extensión, así como en lo referido a las diversas posibilidades de tratamiento que existen: medicación, intervenciones no farmacológicas, terapias alternativas y, en concreto, la Musicoterapia.

De esta forma, algunas de las preguntas que nos formulamos al comienzo de la investigación fueron las siguientes:

- ¿Se diagnostican casos de TDAH en exceso? ¿Por qué?
- ¿Es un trastorno de origen neurológico, psicológico, ambiental...?
- ¿Es recomendable la medicación farmacológica como primer o único tratamiento?
- ¿Es recomendable el tratamiento basado únicamente en intervenciones no farmacológicas?
- ¿Se puede intervenir en su tratamiento mediante terapias alternativas?
- ¿Únicamente mediante terapias alternativas?

- ¿Puede ofrecer la música efectos positivos en el tratamiento del TDAH?
¿De qué forma?
- ¿Existen casos reales y prácticos de aplicación de Musicoterapia en el tratamiento del TDAH?

De esta forma, intentamos relacionar las preguntas de investigación planteadas con los tres objetivos de la investigación mencionados con anterioridad:

4. Indagar, por medio de la opinión y conocimiento de profesionales relacionados con el trastorno, las posibles causas que explican el sensible incremento en el diagnóstico de casos de TDAH en los últimos años.
5. Conocer experiencias en las que se usen terapias alternativas para el tratamiento del TDAH, así como el grado de interés y apoyo que muestran los profesionales ante este tipo de tratamiento.
6. Conocer la opinión y conocimiento que presentan profesionales, padres y madres sobre la posibilidad de tratar el TDAH mediante la Musicoterapia como terapia complementaria.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Descripción de los participantes

A diferencia de la investigación cuantitativa, en la que la muestra se selecciona suponiendo que todos los sujetos aportan información de igual importancia, en la investigación cualitativa los participantes son seleccionados por la relevancia que tengan en relación con los objetivos de nuestro estudio (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1999). De esta forma se valora el tipo de información que puede aportar una persona en función de la opinión, formación y posición que tenga respecto a la problemática objeto de estudio. Por ello, resulta importante que el investigador emplee tiempo en escoger cuidadosamente la muestra, ya que de esto dependerá en cierta medida el nivel de calidad y relevancia de los datos que obtengamos.

Es así como surgió la necesidad de seleccionar adecuadamente los informantes en aras de captar los distintos discursos que puedan darse en relación con el tema a tratar. En este sentido, lo que se pretende en este trabajo no es que la selección considerada sea representativa del total de una población, sino que el conjunto de opiniones que vayamos a captar sea significativo en cuanto a qué se puede pensar sobre lo que estamos tratando y quién lo piensa. En palabras de Montañés (2013):

Los participantes fueron seleccionados en su mayoría por conveniencia en función de las circunstancias, ya fuese por conocimiento personal directo o a través de recomendaciones (Taylor y Bogdan, 2011), y teniendo en cuenta siempre su correspondencia con alguno de los perfiles recogidos en la figura 1. El proceso de selección fue complicado, ya que resultó necesario contactar con muchas personas de diversas formas hasta lograr reunir profesionales de distintos ámbitos. De hecho, al terminar con el trabajo de campo nos percatamos de que no había sido posible cubrir todos los perfiles que habíamos considerado.

Así, se contactó con un logopeda, dos musicoterapeutas, un maestro especialista en Educación Musical, un maestro tutor, un psicólogo y un especialista de Pedagogía Terapéutica que no pudieron participar en la investigación por diversos motivos. Por otra parte, fue imposible conseguir la colaboración de profesionales del ámbito sanitario tras intentar contactar con cuatro personas (tres especialistas en psiquiatría infantil y un pediatra) mediante una llamada telefónica o a través de correo electrónico, sin recibir respuesta alguna. Por último, en lo que a padres y madres de niños diagnosticados de TDAH se refiere, además de tratar de conectar con ellos por medio de diversos centros educativos (en más de una ocasión a través de los profesionales entrevistados), enviamos un correo electrónico a ocho asociaciones relacionadas con el TDAH solicitando colaboración para la investigación. Cuatro de esas asociaciones emitieron una respuesta negativa, una mostró interés cuando el trabajo de campo ya había finalizado y las tres restantes ni siquiera emitieron respuesta.

Teniendo en cuenta los distintos perfiles planteados en la muestra estructural, se consideraron las siguientes variables a la hora de buscar y seleccionar a los informantes, procurando que la muestra fuese lo más variada posible y para tratar de cubrir tantos perfiles como nos fuese posible:

- **Profesión:** disciplina en la que está especializado cada profesional y que puede tener relación con el trastorno en sí: Psicología, Pedagogía, Psiquiatría, Logopedia, Magisterio, Musicoterapia.
- **Especialidad:** Educación Musical, Educación Especial, Audición y Lenguaje, Educación Física (aplicado solo a los maestros).
- **Experiencia:** mucha, media o poca experiencia en el trabajo con niños diagnosticados de TDAH.

- **Ámbito de trabajo:** tipo de contexto en el que desarrolla su trabajo cada profesional: centro educativo, centro de educación especial, equipo de orientación, centro de atención especial, etc.
- **Nivel socio-económico:** medio o bajo (aplicado solo a las familias).

Dicho lo cual, tras este procedimiento, y partiendo de la base de que todos los casos incluidos en la muestra han tenido o tienen contacto con el trastorno, ya sea de forma profesional o familiar, conseguimos contar con la colaboración de nueve personas, que se convirtieron en los informantes clave para nuestra investigación:

- Dos madres de nivel socio-económico medio cuyos hijos no han recibido tratamiento basado en musicoterapia.
- Noelia García González, profesora en el Departamento de Psicología en la Universidad de Valladolid. Mucha experiencia en el tratamiento de TDAH.
- Miguel Ángel Cerezo Manrique, psicopedagogo y orientador de centros dentro del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Segovia 2 (EOEP Segovia 2). Mucha experiencia en el tratamiento de TDAH.
- Cristina Esteban Espina, maestra especialista en Educación Musical en el Colegio de Educación Infantil y Primaria “Los Arenales”, en Cantalejo. Experiencia media en el trabajo con TDAH.
- Manuel Rodríguez San Bruno, maestro especialista en Educación Física y director en el Colegio de Educación Infantil y Primaria “Los Arenales”, en Cantalejo. Experiencia media en el trabajo con TDAH.
- Laura Ortiz Mínguez, musicoterapeuta en el Colegio Concertado de Educación Especial CEPRI (Majadahonda) y en la Escuela de Música “Aula Clave de Sol”. Poca experiencia en el tratamiento de TDAH.
- Olga Jiménez López, pedagoga y logopeda en el Departamento de Pedagogía Terapéutica del Colegio de Educación Infantil y Primaria “Nueva Segovia”, en Segovia. Mucha experiencia en el tratamiento de TDAH.
- Pilar Vivanco Galindo, maestra tutora en el Colegio de Educación Infantil y Primaria “Marqués de Lozoya”, en Torrecaballeros. Experiencia media en el trabajo con TDAH.

Por otra parte, es necesario mencionar a los diecinueve participantes, todos ellos profesionales relacionados de alguna forma con el objeto de estudio (maestros, psicólogos, musicoterapeutas, pedagogos, trabajadores o educadores sociales), que surgieron de forma casual a través de diversos encuentros informales esporádicos. Por lo tanto, en total contamos con la ayuda de veintiocho informantes que aportaron información relevante al estudio.

4.2. Técnicas de recogida de datos

Cuando se planteó el dilema del trabajo de campo, dado que en la actualidad, por mi situación profesional, no tengo acceso directo a una realidad educativa o a un centro de atención especial, escogimos la opción de realizar entrevistas a personas que pudiesen aportar información interesante para la investigación. Además, he ido recogiendo impresiones, opiniones e ideas que me han ido surgiendo, así como datos extraídos de entrevistas informales, en un diario de entrevistador. El trabajo de campo comenzó el 25 de enero de 2015, y se extendió hasta el 2 de junio de 2015, por lo que tuvo una continuidad de cuatro meses y siete días aproximadamente. Dentro de este periodo se incluyen tanto las entrevistas en profundidad como las entrevistas informales.

4.2.1. La entrevista cualitativa en profundidad. Vía de acceso al conocimiento de la opinión y la experiencia.

Existen muchas formas de conocer y de aumentar los límites del saber: leer libros, ver documentales, estudiar, consultar páginas en Internet, etc. Sin embargo, la información que podemos obtener al escuchar a aquellas personas que hayan vivido una experiencia o se hayan aproximado al conocimiento de un tema determinado puede ser la más significativa. Teniendo en cuenta esta idea, una conversación puede resultar un entorno idóneo del que extraer datos relevantes mediante un intercambio dialógico equitativo. De esta forma surge la entrevista cualitativa:

En una conversación de entrevista, el investigador pregunta y escucha lo que las personas mismas cuentan sobre su mundo vivido, sobre sus sueños, temores y esperanzas, oye sus ideas y opiniones en sus propias palabras y aprende sobre su situación escolar y laboral, su vida familiar y social (Kvale, 2011, pp. 23-24).

Algunos autores definen la entrevista en profundidad como una técnica de investigación cualitativa basada en una conversación profesional en la que un entrevistador (investigador) pregunta a un entrevistado (informante) y guía la situación conversacional con el objetivo de obtener información, todo ello sin someterse a una estructura rígida formalizada previamente (Rodríguez Gómez et al., 1999; Ruiz Olabuénaga, 2012). De este modo lo que se pretende es que las ideas, creencias, opiniones y supuestos que mantienen los participantes surjan de forma natural.

En el presente trabajo, las entrevistas cualitativas en profundidad fueron dirigidas a los profesionales, padres y madres que previamente habíamos seleccionado. Sin embargo, en base a las aportaciones de Valles Martínez (2003, p. 180), se optó por realizar las entrevistas orientadas a familiares de una forma más “estandarizada” y programada en aras de facilitar la comparación entre las respuestas de unos y otros y disminuir en la medida de lo posible la duración de los encuentros. En relación con ello, Arellano y Peralta (2013) consideran la entrevista una de las técnicas de investigación cualitativa más valiosas y útiles para obtener información relevante de todo tipo de informantes, tanto personas con necesidades especiales como profesionales y familiares.

4.2.2. Grabación y transcripción de las entrevistas

Las grabadoras permiten registrar con fidelidad todas las interacciones verbales que se producen entre entrevistador y entrevistado. Asimismo, la utilización de grabadoras en las entrevistas permite prestar más atención a lo que dice el informante, favoreciendo así la interacción entrevistador-entrevistado (Rodríguez Gómez et al., 1999, p. 182).

Siguiendo estas indicaciones, todas las entrevistas fueron grabadas en audio con el objetivo de transcribir de forma literal todo lo que los entrevistados explicasen, para facilitar el proceso de análisis posterior y para, efectivamente, poder escuchar atentamente a los informantes a lo largo de la entrevista, produciendo en ellos mayor sensación de confianza. Según Taylor y Bogdan (2010), es conveniente explicarles que se va a grabar la conversación antes de comenzar, para que no se sientan alarmados o presionados por la presencia de un aparato grabador, y para obtener su consentimiento así se hizo. El instrumento de investigación que se utilizó como grabadora fue un teléfono móvil inteligente o *smartphone*.

Otra de las ventajas que ofrece la grabación de una entrevista en profundidad es que facilita su transcripción literal. Este arduo proceso, que por lo general produce cansancio y estrés, por lo que se recomienda asegurar una buena calidad acústica de las grabaciones o contar con la ayuda de un mecanógrafo fiable y paciente, nos permite estructurar el contenido de la conversación y transformarlo en un texto susceptible de ser analizado más detalladamente (Kvale, 2011). En nuestro caso, la calidad de las grabaciones era adecuada y las transcripciones fueron realizadas por el propio entrevistador para ser sometidas después al proceso de análisis que explicaremos un poco más adelante. Las entrevistas completas pueden ser visualizadas en el anexo 1.

4.2.3. La entrevista informal y el diario del entrevistador

A lo largo de todo el proceso de investigación se valoró la información que surgía de aquellas situaciones en las que se producían conversaciones relacionadas con el tema sobre el que trata el trabajo, pero que de ningún modo habían sido planeadas, programadas o regladas. En palabras de Rodríguez Gómez et al. (1999), dichas situaciones son consideradas entrevistas informales:

[S]e les suele identificar como *entrevistas informales*, porque se realizan en las situaciones más diversas: mientras se ayuda al entrevistado a realizar una determinada tarea; en la cafetería donde se reúne con un grupo de colegas; o en el transcurso de cualquier acontecimiento que se está compartiendo con él (p. 168).

Con el objetivo de recoger la información extraída de estas conversaciones se trabajó en todo momento con un diario que llevaba conmigo habitualmente. La razón reside en que “el diario es un buen lugar para llevar un registro de conversaciones con los informantes fuera de la situación de entrevista, (...) en contactos informales con los investigadores” (Taylor y Bogdan, 2010, p. 132). El modo en que se recogió esta información queda reflejado, a modo de ejemplo, en la figura 2. Además, este instrumento supone una herramienta útil a la hora de plasmar detalles interesantes de las entrevistas en profundidad tales como interpretaciones, conjeturas o expresiones no verbales, así como impresiones, ideas u opiniones que puedan surgir de la propia experiencia del investigador (Taylor y Bogdan, 2010), tal y como se muestra en la figura 3 como ejemplo. El diario del entrevistador no fue transcrito. En lugar de ello, fue escaneado para trabajar sobre soporte digital (anexo 2) y poder categorizarlo mediante el programa informático *ATLAS.ti*, como se explicará un poco más adelante.

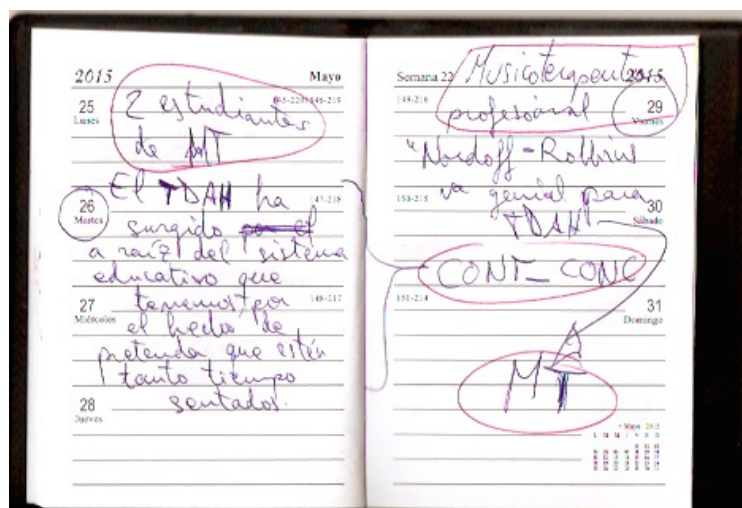


Figura 2. El diario del entrevistador para recoger información extraída de entrevistas informales. Elaboración propia.

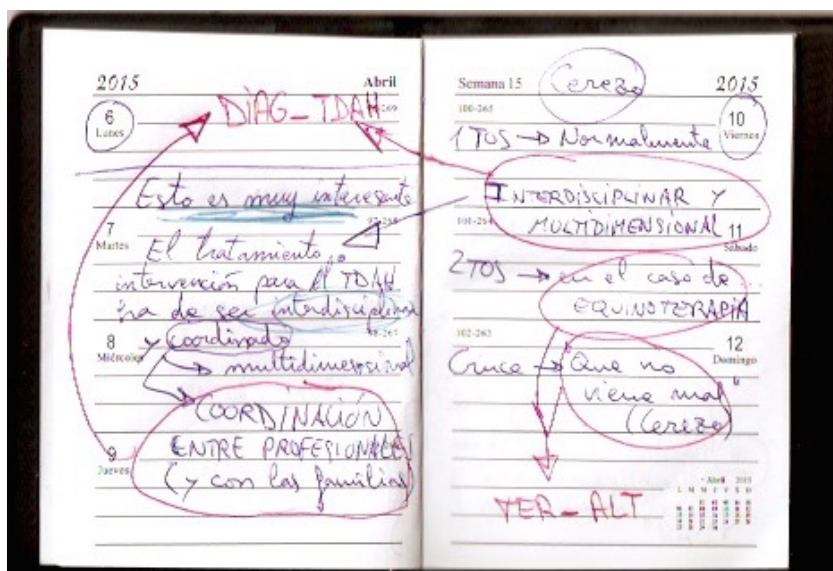


Figura 3. El diario del entrevistador para reflejar reflexiones y detalles relevantes de las entrevistas en profundidad. Elaboración propia.

4.3. Proceso de análisis de datos

Dentro del contexto de la metodología cualitativa, el análisis de datos es una de las partes más gravosas aunque atractivas e interesantes de todo el proceso de investigación. Así lo recogen Rodríguez Gómez et al. (1999) al afirmar que la ardua tarea del investigador es encontrar significado a la hora de analizar la gran cantidad de información que ha obtenido de diversas fuentes.

En lo que se refiere a nuestro trabajo, dado que toda la información con la que contamos ha sido extraída de diversos tipos de entrevistas, el esquema que hemos seguido para llevar a cabo el análisis se fundamenta en la propuesta de Kvale (2011), basada en la idea de analizar una entrevista centrándonos en el significado de los textos: codificación del significado, análisis de contenido, condensación del significado y interpretación del significado, tal y como queda reflejado en la tabla 6. Sin embargo, a la hora de aplicar este procedimiento a nuestros datos obviamos la fase de análisis del contenido, ya que su objetivo es cuantificar el proceso de codificación y lo que nosotros pretendíamos era analizar el significado, no conocer cuántas veces se repite una categoría.

Tabla 6

Fases del proceso de análisis de datos

1. Codificación o categorización del significado	Este proceso consiste en delimitar una serie de palabras clave que nos permitan organizar la información de los textos en función del tema que se esté tratando en cada momento. Una vez hemos delimitado las categorías, es necesario leer las transcripciones de las entrevistas, analizarlas e ir asignando a cada fragmento del texto la categoría que le corresponda. Esto nos permite organizar la información en función de los distintos aspectos o temas que aborda nuestra investigación.
2. Análisis de contenido	Mediante el proceso de análisis de contenido se pretende cuantificar la codificación. Se trata de obtener una descripción cuantitativa sistemática del contenido manifiesto de la comunicación.
3. Condensación del significado	Esta tarea implica sintetizar los significados aportados por los entrevistados en oraciones o enunciados más breves. Se trata de expresar aquellas declaraciones largas en pocas palabras, resumiendo lo que en un origen ha querido decir el informante, es decir, la idea principal. Esta tarea, que nos ayuda a transformar la información densa en pequeñas formulaciones con un significado sinónimo, hará del proceso de comparación una labor más asequible.
4. Interpretación del significado	Por último, el investigador debe revisar el contenido, compararlo e interpretarlo de manera profunda y crítica. El intérprete va más allá de lo que dicen directamente los informantes para establecer relaciones de significado que no son aparentes en los textos. De esto depende en cierta medida que los resultados de la investigación sean trascendentales.

Nota: Adaptado de “*Las entrevistas en investigación cualitativa*”, por S. Kvale, 2011, Madrid: Morata, pp. 138-143.

A continuación mostraremos algunos ejemplos de cómo se han ido realizando las diversas tareas de la primera y la tercera del proceso de análisis. La cuarta fase, la interpretación del significado, por su parte, no es el resultado de asignar a un fragmento de texto (o varios) una interpretación, sino de la comparación de todo el conjunto de datos o información textual, por lo que esta última etapa quedará reflejada en los resultados y las conclusiones de esta investigación.

4.3.1. Codificación o categorización del significado

Se trata de un proceso que “reduce y estructura grandes textos de entrevista en unas pocas tablas y cifras (...) [y que] puede proporcionar un panorama general de grandes cantidades de transcripciones y facilitar las comparaciones” (Kvale, 2011, p. 139). Sin embargo, lo más relevante de la elaboración de categorías es que nos permite sistematizar la información que tenemos para lograr una mejor comprensión de los contenidos de los textos (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Hay que tener en cuenta, igualmente, que se trata de una de las partes más importantes del análisis de datos cualitativos, hasta el punto de haberse considerado que este proceso se basa, precisamente, en la tarea de establecer categorías (Rodríguez Gómez et al., 1999), ya que debe permitirnos desgranar la información en pequeñas partes, primero, y reagruparla en grandes grupos, después (Tójar Hurtado, 2006). La categorización nos ayuda, en definitiva, a distribuir unos textos densos y entramados en función de cuestiones relevantes para nuestra investigación, para poder tener así una perspectiva holística de toda la información obtenida.

En nuestro caso, antes de comenzar con el trabajo de campo se establecieron una serie de categorías previas que quedan reflejadas en la tabla 7. Sin embargo, tras la realización de la primera entrevista nos percatamos de que era necesario desglosar algunas categorías en otras más concretas, quedando por tanto configuradas como se muestra en la tabla 8, y fueron aplicadas así, sin ninguna otra modificación, durante el resto del proceso de análisis de datos. Igualmente, estas categorías definitivas quedan plasmadas, definidas, descritas y ejemplificadas en el anexo 3.

Tabla 7

Categorías elaboradas antes del comienzo del trabajo de campo

Nombre de la categoría	Breve definición
CONC_TDAH	Conceptualización, características, causas y sintomatología propias del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
CONT_TDAH	Controversias que giran en torno al Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
DIAG_TDAH	Diagnóstico y Protocolo de actuación a la hora de intervenir con posibles casos de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
MT	Musicoterapia como tratamiento complementario en casos de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
NO_FARM	Tratamientos no farmacológicos y terapias alternativas como respuesta para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
PREV_TDAH	Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Población a la que afecta y en qué medida.
TRAT_FARM	Medicación farmacológica como tratamiento principal en casos de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).

Nota: Elaboración propia.

Tabla 8

Categorías modificadas tras el análisis de la primera entrevista en profundidad

Nombre de la categoría	Breve definición
CONC_TDAH	Conceptualización, características, causas y sintomatología propias del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
PREV_TDAH	Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Población a la que afecta y en qué medida.
DIAG_TDAH	Diagnóstico y Protocolo de actuación a la hora de intervenir con posibles casos de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
CONT_CONC	Controversias que giran en torno al Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en relación con su definición y origen.
CONT_DIAG	Controversias que giran en torno al Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en relación con su diagnóstico.
CONT_TRAT	Controversias que giran en torno al Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en relación con qué tipo de tratamiento es el más adecuado.
TRAT_FARM	Medicación farmacológica como tratamiento principal en casos de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
NO_FARM	Tratamientos no farmacológicos como respuesta para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
TER_ALT	Terapias alternativas para el tratamiento del Trastorno por déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).
MT	Musicoterapia como tratamiento complementario en casos de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH).

Nota: Elaboración propia.

Este proceso fue aplicado tanto a las entrevistas en profundidad (como se muestra en la figura 4 a modo de ejemplo) como a las que fueron más estandarizadas, así como al diario del entrevistador (figura 5). Como hemos indicado previamente, esta tarea nos permite organizar toda la información textual recogida y dividirla en fragmentos de texto o citas que asociaremos a las categorías que hemos planteado previamente. Una vez terminó esta fase de análisis, el total de citas extraídas y categorizadas asciende a 651. Este proceso de categorización queda recogido al completo en el anexo 4.

■ **Code: CONC_TDAH**

Quotation: 2 - PD: Noelia García González.docx - []

el actual DSM-V, te describe una serie de características que tienen que cumplir estos niños a través de una serie de sintomatología

Quotation: 7 - PD: Noelia García González.docx - []

Es muy curioso sobre todo trabajar con estos niños porque en casi ninguno se repiten este tipo de ítems, aunque es verdad que lo denominemos de esa manera, estar ensimismado, pero para cada niño, cada niño es distinto.

■ **Code: CONT_CONC**

Quotation: 34 - PD: Noelia García González.docx - []

Bueno, aquí hay un poco de mito,

Quotation: 66 - PD: Miguel Ángel Cerezo Manrique.docx - []

¿Va a curar su historia? No, porque, entre otras cosas, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una historia crónica que no se cura. Se puede mejorar la situación, pero poco más.

Quotation: 1 - PD: Cristina Esteban Espina.docx - []

no sé si lo habré hecho bien, lo habré hecho mal, cada uno hace lo que puede, porque tampoco hay mucha información ni por Internet, ni...

Figura 4. Segmentación y categorización de la información textual de las entrevistas. Elaboración propia.

CONT_CONC

Quotation 1

PREV_TDAH

Quot...

CONT_DIAG

Quotation 4

CONT_TDAH

Quotation 5

CONT_CONC

CONT_DIAG

Figura 5. Segmentación y categorización de la información textual del diario del entrevistador. Elaboración propia.

4.3.2. Condensación del significado

Este procedimiento consiste en sintetizar cada una de las citas que sean más extensas, previamente categorizadas, en una oración que guarde el mismo significado y que sea visible fácilmente a la hora de comparar la información analizada, tal y como se recoge en el ejemplo de la figura 6. En nuestro caso, este proceso se empleó además para hacer algún tipo de anotación que hubiese que tener en cuenta de cara a la valoración de los resultados, como por ejemplo la pregunta que había realizado el entrevistador, ya que en algunas ocasiones la respuesta carece de sentido sin su contexto. Una vez condensamos todos los fragmentos textuales más densos fue más sencillo valorar los resultados y extraer conclusiones, ya que pudimos considerar el contenido de estos párrafos con mayor rapidez, leyendo las oraciones que lo resumen. Este proceso de condensación queda reflejado íntegramente en el anexo 5.

q1:62	homeoterapia, eh... Que, por ejemplo... La relajación, el yoga, y este tipo de cosas que son más para adultos, hay algunos a los que les viene bien porque se relajan, aprenden a controlar la respiración, y aprenden, tienen un poco de control muscular, y eso les viene bien para controlar la impulsividad. ¿Que creo que sean prioritarias? No, creo que son alternativas, que son un complemento. A parte de esa, eh... Bueno, pues la terapia con animales,	Terapias alternativas: homeoterapia, relajación, yoga, OJO como un complemento, complementarias, no alternativas.
q1:81	Sé que se trabaja con ello, y sé que hay muchos niños en los que se trabaja bien. Yo los niños que tienen, por ejemplo, los niños que tenemos que a lo mejor les afecta mucho el ritmo, la organización espacio-temporal, la coordinación, que muchos niños son incapaces, eh... Yo sí que hablo con la especialista en música del cole, para hablarle de esto y que trabaje con él de alguna otra manera, o que refuerce en casa con la familia, con algunos juegos, para mejorar esta situación, y que ella lo tenga en cuenta a la hora de valorarle, en la asignatura.	El trabajo con música o la Musicoterapia puede resultar beneficioso para niños TDAH que tienen problemas espaciales y de coordinación.

Figura 6. Condensación de significado. Elaboración propia.

4.3.3. Ayuda tecnológica para el manejo y análisis de la información:

ATLAS.ti

Atlas.ti es el resultado de una tesis doctoral, realizada por Thomas Muhr en 1991, que se planteó como objetivo principal la elaboración de un recurso informático que permitiese llevar a la práctica los principios de la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*). (...) Las categorías centrales de cualquier investigación fundamentada son el resultado de un proceso circular de análisis comparativo, en el que los códigos se redefinen a la luz de los nuevos materiales que se incorporan al estudio (Vicente Mariño y Monclús Blanco, 2012, p. 9).

Dicho programa fue utilizado para tratar la información de todas las entrevistas y del diario del entrevistador, organizarla y, sobre todo, para analizar y comparar los resultados a partir de la elaboración y asignación de categorías. Las entrevistas fueron introducidas como material textual, mientras que el diario del entrevistador, escaneado previamente, fue manejado como imagen, pero trabajando con las mismas categorías que se han explicado, de tal modo que la información que recogía fue registrada en los comentarios. Según Vicente Mariño y Monclús Blanco (2012), los programas informáticos de análisis cualitativo, como *ATLAS.ti*, ayudan a completar el proceso analítico del material audiovisual, permitiendo tareas como la selección de fragmentos o la codificación. Mediante la utilización de *ATLAS.ti* se facilita en cierta medida el desarrollo de los procesos de categorización, análisis de contenido, condensación e interpretación del significado. Además, una vez se ha completado el proceso de análisis se puede extraer la información organizada por categorías, lo cual permite revisar los resultados, contrastarlos y extraer unas conclusiones con mayor celeridad.

5. CUESTIONES ÉTICO-METODOLÓGICAS

Antes de comenzar con el trabajo de campo, y a lo largo de dicho periodo, se tuvieron en cuenta algunas consideraciones en relación con la ética de la investigación recogidas en el manual de publicaciones de la *American Psychological Association* (Tovar sosa, 2010):

- **Consentimiento informado para la investigación:** en todo momento se informó a los participantes o informantes sobre el propósito de la investigación, la duración estimada, los procedimientos que se iban a seguir, su derecho a finalizar con su participación o negarse a permitir la utilización de sus palabras, las consecuencias que ello puede tener, los beneficios que pueda tener la investigación, los límites de la confidencialidad y sobre con quién podrían contactar para obtener información acerca de la investigación y los derechos de los participantes.
- **Consentimiento informado para grabar voz en la investigación:** antes de realizar una entrevista en profundidad se solicitó permiso a los entrevistados para grabar su voz, y consentimiento para poder guardar la grabación y archivarla para poder transcribirla y analizada posteriormente.

- **Engaño en la investigación:** en ningún momento se engañó o se ocultó información a los informantes en relación con los resultados obtenidos en la investigación o con respecto a los riesgos que pudiera acarrear participar en el proceso de participación.
- **Retroalimentación:** como obligación moral, en todo momento se ofreció a los participantes la oportunidad de obtener información en relación con la naturaleza, el proceso de análisis de datos, los resultados y las conclusiones de la investigación.
- **Informe de los resultados de la investigación:** en ningún momento se han inventado los datos que se muestran en cualquiera de las técnicas de recogida de información mencionadas e incluidas en los anexos (entrevistas en profundidad, entrevistas informales y diario del entrevistador).
- **Plagio:** en la presente investigación no se han presentado como propio datos ni cualquier otro tipo de información que esté registrada a nombre de otro autor o investigador.
- **Publicación duplicada de datos:** en esta investigación no se consideran ni han sido publicados datos que hayan sido utilizados previamente para otra investigación.
- **Aportación de datos para su verificación:** además de detallar los resultados obtenidos, en la presente investigación se incluyen todos los datos obtenidos en forma de anexos y de esta forma se ponen a disposición de la comunidad científica para permitir así que otros profesionales puedan reanalizarlos y verificar la información.

Además, dado que la técnica principal para la obtención de información ha sido la entrevista en profundidad, u otros tipos de entrevista, como una entrevista en profundidad algo más estandarizada o las entrevistas informales, se han tenido en cuenta las siguientes recomendaciones de Kvale (2011) en relación con los problemas éticos que pueden surgir al realizar entrevistas en investigación cualitativa:

- **Situación de entrevista:** durante la entrevista, se tuvieron en cuenta las posibles consecuencias de la interacción entre entrevistador y entrevistado, tales como los momentos incómodos, el nerviosismo, el estrés, etc., comprendiendo en todo momento la situación y tratando al informante amablemente en función de las circunstancias.
- **Transcripción:** todos los textos transcritos recogen fielmente las palabras de los entrevistados del mismo modo en que fueron pronunciadas, literalmente, de modo que se reflejasen exactamente las declaraciones de los informantes.
- **Confidencialidad:** este trámite, que se refiere a los procesos de reserva del anonimato, fue considerado con las madres que colaboraron con la investigación y con los informantes que aparecen de forma esporádica en el diario del entrevistador, pero no con los informantes clave que participaron a través de entrevistas en profundidad. Obviamente, se tomó esta decisión tras informarlos de esta posibilidad y comprobar que todos estaban de acuerdo. A continuación se explica dicho proceso de forma más detallada.

5.1. Proceso de anonimato

Según Denzin y Lincoln (2011), la ética en investigación cualitativa es un proceso negociador entre el investigador y el grupo de participantes. En nuestro caso, la cuestión de aplicar el anonimato fue consensuada con cada uno de los informantes clave, obteniendo de este modo su consentimiento para conservar los datos personales (nombre, apellidos y lugar de trabajo) e incluirlos explícitamente en el trabajo de investigación, tanto en el apartado de descripción de participantes como en el capítulo de resultados.

Sin embargo, el proceso de anonimato sí fue aplicado en el caso de las dos madres que colaboraron con el estudio y con aquellos informantes que participaron de forma espontánea en las conversaciones informales de las que se extrajo información, ya que hubo varias personas que manifestaron su desacuerdo con el hecho de que apareciese su nombre en el trabajo. Una vez fue negociado este derecho, se procedió a asignar abreviaturas a dichos participantes en función de algunas de las variables que habíamos considerado previamente, como se explica en la tabla 9, para así facilitar el manejo de la información a la hora de presentar los resultados. En el caso de las dos madres entrevistadas, en cambio, fueron denominadas “Madre 1” y “Madre 2”.

Tabla 9

Abreviaturas para informantes anónimos

Tipo de informante	Abreviatura
Trabajador social	TS
Profesor universitario	PU
Psicólogos	P
Musicoterapeuta	M
Maestro especialista en Audición y Lenguaje	MAL
Maestro especialista en Educación Musical	MEU
Maestro tutor de Educación Primaria	MEP
Educador social	ES
Maestra de Educación compensatoria	MEC
Pedagogo en Departamento de Pedagogía Terapéutica	PPT

Nota: Elaboración propia.

6. FIABILIDAD, VALIDEZ Y TRIANGULACIÓN

Lo único que nos falta por considerar dentro de este capítulo de metodología es el grado de fiabilidad y validez que tiene nuestra investigación. Para ello, dado que hemos seguido en distintos sentidos las aportaciones de Kvale (2011) en relación con el estudio a través de entrevistas, tendremos en cuenta ahora su forma de entender estos conceptos.

La *fiabilidad* se refiere a la coherencia y confiabilidad de los hallazgos de investigación; suele ser abordada en relación con la cuestión de si un hallazgo es reproducible en otros momentos y por otros investigadores. Esto se relaciona con la cuestión de si los sujetos de entrevista cambiarán sus respuestas durante la entrevista y si darán distintas respuestas a entrevistadores diferentes (Kvale, 2011, p. 157).

Validez se refiere en el lenguaje ordinario a la verdad, la corrección y la fuerza de una declaración. Un argumento válido es sólido, bien fundamentado, justificable, de peso y convincente. (...) La validación depende de la calidad del conocimiento del oficio que tiene el investigador a lo largo de toda la investigación, comprobando continuamente, cuestionando e interpretando teóricamente los hallazgos (Kvale, 2011, p. 158).

A lo largo del proceso de investigación fueron considerados estos dos criterios. Dicho lo cual, creemos que se trata de un estudio fiable porque se podría llegar a unos resultados similares tomando la misma selección de participantes. Además, la transcripción y análisis de las entrevistas se ha llevado a cabo de la forma más objetiva posible y reflejando en todo momento la opinión real de los entrevistados, sin suponer ni sobreentender nada. En lo que respecta a la validez de los resultados, podemos afirmar que en todo momento, desde el comienzo del trabajo de campo hasta que terminó, se han cuestionado los datos que íbamos obteniendo, contrastando con la teoría y comparando con otras fuentes, es decir, comprobando el nivel de validez de la información que estábamos recogiendo. Prueba de ello es, por ejemplo, que se replantearon las categorías tras realizar la primera entrevista.

Por otra parte, además de considerar el grado de fiabilidad y validez, a lo largo del proceso de investigación se ha tenido en cuenta el concepto de triangulación y se han llevado a la práctica dos de las cuatro estrategias definidas por Stake (1999, pp. 98-99) en aras de desarrollar un mejor proceso de validación:

- **Triangulación de las fuentes:** a lo largo del proceso de recogida de datos se valoró si la información era similar en función de la situación o de la actitud de los informantes. Por ejemplo, reflejar lo que dicen los entrevistados en la situación de entrevista y en una situación informal nos puede ayudar a contrastar la solidez de su opinión o percepción.

- **Triangulación metodológica:** se refiere a la utilización de distintas técnicas para la obtención de información, y queda reflejado en el hecho de que se realizaron entrevistas en profundidad y estandarizadas y se redactó el diario del entrevistador en el que se recogieron tanto reflexiones personales como la información extraída de diversas entrevistas informales. Esto nos permite contrastar los datos obtenidos y valorar así su grado de validez. Por ejemplo, si comprobamos que un argumento o una reflexión personal se reproduce en cada una de las técnicas empleadas, es probable que sea más válido que si solo aparece en una de ellas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS POR CATEGORÍAS Y DISCUSIÓN

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras haber analizado toda la información textual obtenida a través del trabajo de campo. Es decir que, una vez hemos llevado a cabo los procesos de codificación y condensación, en este capítulo y en las conclusiones reflejaremos el proceso de interpretación de significado a través de las distintas categorías formuladas, tal y como hemos explicado previamente. Asimismo, al final de cada apartado dedicamos un pequeño espacio a comparar nuestros resultados con los fundamentos teóricos considerados al principio del trabajo con el objetivo de abrir un punto de discusión.

Para la incorporación de las citas textuales extraídas de las entrevistas y del diario del entrevistador se han seguido algunas indicaciones del manual de publicaciones de la *American Psychological Association* en su sexta edición en inglés y tercera en español (normativa APA 6ª ed.). Sin embargo, se presentan en letra un punto más pequeña y en párrafos independientes con sangría 2,54 independientemente de si tienen más de cuarenta palabras o no. La razón de ello reside en nuestro deseo de que se diferencien claramente y a simple vista las interpretaciones de significado y las evidencias obtenidas de los datos textuales.

1. LA ESENCIA DEL TDAH

Esta categoría (CONC_TDAH) recoge la información referida al concepto de TDAH, sus posibles causas u orígenes (factores ambientales, genéticos, psicológicos, neurológicos, etc.), sus síntomas principales (déficit de atención, impulsividad e hiperactividad) y otros problemas que puedan ir asociados (dificultades de relación social, de aprendizaje, etc.), así como los distintos grados que se han de considerar en función de la gravedad del trastorno (leve, moderado, severo) y del predominio de un grupo sintomatológico u otro, todo ello sin entrar a valorar el debate que se ha generado en torno a la formulación y definición del término. A través de esta categoría se pretende reflejar, hablando en términos coloquiales, lo que resulta innegable en relación con las características que los niños y niñas diagnosticados/as suelen presentar.

En primer lugar, todos los expertos entrevistados coinciden en la opinión de que los niños diagnosticados de TDAH, independientemente de si lo consideramos un trastorno, una enfermedad mental o un problema, responden a una serie de síntomas o características comunes que les diferencian del resto de niños. Además, este hecho se refleja muy bien en la experiencia de las dos madres entrevistadas, ya que cuentan, literalmente, lo que ellas han vivido al criar a sus hijos.

Es un tema muy delicado porque son niños muy complicados (Diario del entrevistador, MEP2, 17/02/2015).

[E]n el colegio nos indicaron que consideraban que el niño, pues que no prestaba la suficiente atención, no se concentraba, y que creían que fuera adecuado pues que le empezara a revisar la orientadora del cole (...) cuando entró en primaria ya empezó a tener muchos castigos, porque le costaba mucho estarse quieto (...) su rendimiento era muy bajo, nos decían que no trabajaba bien, que en clase no se concentraba, y los resultados eran un poco... Pues eso (Entrevista a Madre 1).

Vamos, mi hijo estaba bien, desde el punto de vista académico podría ser muchísimo mejor, teníamos que estar encima continuamente, pero vamos, va tirando para adelante. (...) Pero claro, otras facetas de su personalidad, pues sí que las tiene que trabajar mucho: la gestión de las emociones, el contenerse, la frustración, estar dentro de los tiempos, de las normas, esto no remite (Entrevista a Madre 2).

Algunos de los rasgos que recogen tanto los profesionales como las familias son la hiperactividad, la inatención, los problemas de relación con los compañeros y con los profesores y la impulsividad. Además, pueden presentar dificultades en lo referido al desarrollo del lenguaje, las habilidades sociales, el aprendizaje matemático, la memoria de trabajo y, en definitiva, el rendimiento académico, que puede verse en detrimento en función de las circunstancias.

Por otra parte, varios expertos entrevistados coinciden en la opinión de que el TDAH no tiene un origen definido ni localizado simplemente en un punto del cerebro, sino que son muchos los factores que influyen en su naturaleza. En este sentido, se puede desarrollar en mayor o menor medida en función de distintas causas que puedan darse tanto de forma innata (neurológicas, genéticas) como durante el desarrollo evolutivo de los niños (ambientales, sociales).

Pues tiene un origen neuropsicológico-educativo. (...) Tiene una base, un componente... Neurológico. Desde el punto de vista biológico, hay un déficit funcional de alguna parte del cerebro, en la corteza cerebral. Tiene un componente psicológico, porque hace que los alumnos, por este déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, tengan dificultades desde el punto de vista del comportamiento (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[P]odría ser social (...) o familiar si me apuras, porque (...) yo he notado que dependiendo de la familia, incluso también del grupo de clase que tenga, de las costumbres que tenga por las tardes, del parque, con quién vaya, (...) pues se manifiesta más exageradamente o menos exageradamente. Entonces yo creo que tiene un componente... Un agravante, un agravante social, digamos. (...) [P]ero lógicamente un niño casi de tres años, (...) [I]o que pueda ser de relación social, pues poco hasta el momento. Lo que sí que creo es que ese punto inicial, vamos a llamarlo genético, (...) puede ir a menos dependiendo del entorno, esa es mi opinión (Entrevista a Manuel Rodríguez).

En relación con ello, se ha obtenido información relacionada con un posible factor que probablemente influya en algunos casos en el desarrollo del TDAH: el proceso de adopción. Según la experiencia de una informante, todos los niños diagnosticados con los que ha trabajado eran adoptados, de modo que puede haber una relación entre el desarrollo del trastorno y determinados factores sociales o ambientales. Aunque se trata de un dato aislado, ya que solo ha surgido en una de las siete entrevistas a expertos, hemos considerado interesante señalarlo.

La mayoría de los TDAH que he tratado yo son niños adoptados, entonces por eso pues como que... He investigado un poquito (...) [y] hay estudios que relacionan el sentimiento este de abandono, de... La ansiedad que les ha producido ese abandono, pues en un futuro, cuando son un poco más mayores, desarrollan el trastorno. (...) Vamos, todos los que yo he tratado eran adoptados. En diferentes sitios, o sea he estado en un colegio, en dos escuelas de música, y todos eran adoptados, pues eso tendrá que tener algo que ver (Entrevista a Laura Ortiz).

Otra de las cuestiones señaladas por varios expertos se refiere a la especificidad y singularidad que adopta el trastorno en función de las características y necesidades concretas que pueda presentar cada niño. Esto guarda cierta relación con los grados de severidad del TDAH, con las matizaciones que puedan darse hacia un grupo sintomatológico u otro e incluso con la diferenciación entre “problema”, entendido como algo aislado, y “trastorno”, como un problema que se reproduce en distintos ámbitos de la vida del niño. De aquí se desprende la idea de que la atención que se le dé ha de ser individualizada y adaptada a sus particularidades.

Es muy curioso sobre todo trabajar con estos niños porque en casi ninguno se repiten este tipo de ítems, aunque es verdad que lo denominemos de esa manera, estar ensimismado, pero para cada niño, cada niño es distinto (Entrevista a Noelia García).

TDAH tiene distintos grados: leve, moderado y severo (Diario del entrevistador, reflexión personal, 19/05/2015).

[S]i la alteración no produce... Otros problemas asociados, es decir, bajo rendimiento en la escuela, un nivel de competencia curricular inadecuado, esas dificultades relacionales, pues es un problema. (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

Por último, dos de los profesionales entrevistados explicitan que el TDAH es un problema cuyos síntomas no remitirán en ningún momento específico, sino que acompañarán al niño a lo largo de su crecimiento dando lugar a mejores y peores rachas. Esta opinión es compartida por ambas madres, ya que son conscientes de ello y se refleja en el modo en que narran el proceso a través del cual han tenido que considerar y, llegado el caso, intervenir, diagnosticar y tratar este problema en distintos puntos cronológicos de la vida de sus hijos.

¿Va a curar su historia? No, porque, entre otras cosas, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una historia crónica que no se cura. Se puede mejorar la situación, pero poco más (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[T]ienes que aprender a vivir con ello, porque igual se va mañana y qué bien, qué feliz que ya se ha pasado, y que ya no hay más, pero la realidad que tienes hoy es esta. (...) Lo que el paciente tiene que entender es que en la mayoría de los casos, creo que solo hay un quince por ciento de personas (...) [que] [v]an a tener un episodio en su vida y ya nunca más se va a repetir. (...) O sea, son porcentajes muy bajitos (Entrevista a Laura Ortiz).

Podemos comprobar de esta forma que lo que revelan los resultados en lo referido a los síntomas o características del trastorno coincide con la sintomatología explicada por la *American Psychiatric Association* (2014) en su manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales y que se refiere, básicamente, a los problemas de atención e hiperactividad-impulsividad, así como a aquellos de índole psicológico, emocional, social, familiar y educativo. Esto coincide con la consideración de autores como Aguilar Cárceles (2014), Aguilar Millastre (2014), Amador et al. (2010), Barkley (2008), Castells y Castells (2012), Harvey et al. (2015), Gálvez Galve, (2010), Pelayo-Terán et al. (2012) Rubiales et al. (2011) y Vega Fernández (2012).

Por otra parte, de algunas de las entrevistas realizadas se desprende la idea de que el TDAH no tiene un origen simplemente neurológico y genético, sino que va asociado a otro tipo de factores, sobre todo ambientales y educacionales, que repercuten en el desarrollo y grado de severidad del trastorno, agravando o mejorando el problema (Aguilar Millastre, 2014). El proceso de adopción como factor que puede influir en el desarrollo del trastorno surge como algo novedoso que no se reconoce de forma concreta o específica en la teoría, al menos no en las referencias consultadas para este trabajo.

En este sentido, puede haber distintos tipos de TDAH en función del grado de equivalencia entre los grupos sintomatológicos (*American Psychiatric Association*, 2014; Castells y Castells, 2012), pueden darse niveles de severidad en función de las características (Bianchi, 2012) e incluso no llegar a constituir un trastorno como tal, sino un problema, en aquellos casos en los que no afecte a diversos ámbitos de la vida del niño (Vega Fernández, 2012). Además, podemos considerar que es algo crónico que repercute en el desarrollo evolutivo y crecimiento de los niños diagnosticados y que no remite, de modo que puede reproducirse en la edad adulta (Amador et al., 2010; Barkley, 1999).

2. PREVALENCIA DEL TDAH

A través de esta categoría vamos a tratar todo lo relativo a la prevalencia del trastorno, es decir, a la proporción de niños que son diagnosticados de TDAH respecto del total de la población, así como la mayor o menor incidencia que pueda darse en función de la edad o el género como variables que influyen de alguna forma en la presencia del trastorno (PREV_TDAH).

Así, considerando la experiencia de los profesionales entrevistados nos encontramos con claras evidencias de que los casos de TDAH son abundantes y se reproducen en distintos sitios de igual forma o en similar medida. Esta opinión queda plasmada a través del testimonio de psicólogos, pedagogos y, sobre todo, maestros de Educación Primaria.

La verdad es que cada vez en los coles estábamos teniendo más demanda de niños que tenían esta sintomatología (Entrevista a Noelia García).

[E]n concreto en este colegio sí que hay varios alumnos TDAH con bastantes dificultades además. (...) Sí que es verdad que últimamente hay muchos niños TDAH (Entrevista a Olga Jiménez).

En un solo colegio se llega a diagnosticar hasta un 16% (Diario del entrevistador, PU, 26/01/2015).

Este punto de reflexión o debate en lo referido al TDAH ha resultado ser uno de los temas más recurrentes y emergentes en las charlas o conversaciones informales, lo cual nos da a entender que se trata de una cuestión relevante y que preocupa a los profesionales que tienen que tratar con el trastorno, sobre todo dentro del ámbito educativo.

Se están diagnosticando niños como chinchas (Diario del entrevistador, MEU1, 28/02/2015).

Ahora parece que todo el mundo es TDAH (Diario del entrevistador, MEU3, 16/04/2015).

Hay TDAH por todas partes (Diario del entrevistador, MEC, 22/04/2015).

Por otra parte, hay algunos indicios de que el diagnóstico de TDAH tiene cierta tendencia a realizarse sobre el género masculino más que sobre el femenino. En las entrevistas realizadas se desvela este hecho cada vez que los expertos ejemplifican y explican las características de un niño diagnosticado, porque en todos los casos son varones salvo en uno, que es una niña. Los dos hijos de las madres entrevistadas también son niños. Otro dato que se desprende del análisis de las entrevistas es que la franja de edad donde más prevalece es durante la etapa de infantil y primaria. Esto es lógico si consideramos que se trata de un trastorno o problema que ha de ser detectado y tratado en edad temprana porque se manifiesta durante el desarrollo evolutivo de los pequeños.

Entonces, en estos últimos años pues he estado en contacto con varios chavales, sobre todo niños, con TDAH. No he trabajado con ningún adulto con TDAH, no sé si existen, supongo que sí, pero yo todavía no los he conocido (Entrevista a Laura Ortiz).

Luego ya cuando son más mayores, con algunos casos que conozco, (...) [c]on la edad sí que se nota, que se van tranquilizando más (Entrevista a Cristina Esteban).

[A] medida que se van haciendo mayores, las posibilidades de autocontrol del niño con déficit de atención son mayores (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

Los fragmentos textuales que han sido asignados a esta categoría han sido solo 11 (de los 651 totales). Creemos que la razón de esta desproporción reside en el hecho de que los informantes tienen una opinión muy marcada en relación con la prevalencia del trastorno. Cada vez que surgía esta cuestión, la información proporcionada era de tintes subjetivos más que objetiva y referida al posible exceso de diagnósticos de TDAH, y es por ello que optamos por considerarla dentro de la categoría CONT_DIAG, que un poco más adelante trataremos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en relación con la prevalencia del TDAH, podemos concluir este apartado afirmando que se trata de uno de los problemas de aprendizaje más extendidos entre la población infantil y juvenil (*American Psychiatric Association*, 2014; García González, 2014; Rubiales et al., 2011) y cuya atención está cada vez más demandada en la actualidad (Skutle, 2015; Vega Fernández, 2012). Todo ello queda reflejado en la preocupación de educadores, psicólogos, pedagogos, psiquiatras, etc. (Pelayo-Terán et al., 2012).

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH

En este apartado se incluye la información recogida en relación con el proceso mediante el cual se considera y se lleva a cabo el diagnóstico del trastorno (DIAG_TDAH). Esta categoría se refiere también a la función que desempeñan los profesionales implicados en dicho proceso: quién identifica el problema, quién toma la decisión de emitir el diagnóstico, en qué momento de la vida de un niño se ha de intervenir, qué factores deben darse para considerar el diagnóstico del niño, etc. Recoge, por tanto, todo lo relativo al protocolo de actuación (implícito o explícito) por el que se guían los distintos expertos que tienen que intervenir a la hora de abordar posibles casos de TDAH. Los resultados obtenidos a través de esta categoría son claros y bastante homogéneos.

En primer lugar, cinco de los siete expertos entrevistados afirman que son muchos los profesionales que intervienen en el proceso de tratamiento de TDAH, es decir, en aplicar diferentes medidas para contribuir a la mejora de los síntomas y la situación del niño en su ámbito escolar, familiar y social. Además, este proceso supone implicar a las familias para que sepan cómo tienen que tratar a sus hijos en función de cómo se esté actuando con ellos. Esta información se desprende, asimismo, de la experiencia de las madres al narrar el proceso que siguieron desde que tuvieron indicios de que su hijo presentaba algunos de los síntomas propios del trastorno hasta que fue diagnosticado.

Hay un tratamiento farmacológico y hay un tratamiento educativo y hay tratamiento conductual, psicosociológico, que permite a todos, en unión, en conjunto, perfectamente relacionados, mejorar algo la situación de ese alumno. Algo o mucho (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[E]l campo no es al final trabajar solo con el niño, sino que es un poco... Abarcar pues todo, familia, aula, el apoyo y bueno, el niño en sí, pero también con todo su contexto (Entrevista a Olga Jiménez).

[L]e empezó a ver la orientadora del cole, nos habló del tema, y le empezamos a llevar un poco hacia otro estudio privado con una psicopedagoga especializada para que, bueno, pues para tener un poco dos visiones distintas de (...) qué le podía pasar al niño (Entrevista a Madre 1).

En este sentido, solo en una entrevista se menciona que existe un protocolo de coordinación que regula cómo hay que intervenir en relación con el TDAH. Además, el panorama general que se vislumbra a través de la información textual sugiere que no en todos los casos se actúa de la misma forma o que no siempre se sabe cómo actuar o cuál es la función de cada profesional.

Sí que hay un protocolo de coordinación que está desde el 2009 en Castilla y León, en donde pues tiene que colaborar tanto el ámbito educativo como el ámbito sanitario (Entrevista a Noelia García).

Por otra parte, es cierto que el diagnóstico lo lleva a cabo siempre un psiquiatra, un pediatra o un psicólogo clínico, es decir, que se produce dentro del ámbito sanitario o médico. Esto queda reflejado tanto en la opinión de algunos de los informantes clave como en el testimonio de las madres entrevistadas.

Bueno, el diagnóstico de TDAH suele ser un diagnóstico psiquiátrico o neuropsiquiátrico, o neuro-pediátrico-psiquiátrico (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[M]uchas veces el diagnóstico no viene por parte tuya, sino que necesitan de un profesional de psicología clínica o psiquiatría, de Salud Mental, que diagnostiquen a estos niños (Entrevista a Noelia García).

[E]s verdad que lo del diagnóstico bueno, pues está establecido así, desde luego el diagnóstico lo tiene que hacer el médico, y así es (Entrevista a Olga Jiménez).

Está diagnosticado, en el sentido de que en un momento de nuestras vidas fuimos a un neurólogo en Madrid, que es uno de los mejores, una eminencia, que ya no trabaja, está jubilado y que nada más verlo diagnosticó (Entrevista a Madre 2).

Al final decidimos (...) hacer el diagnóstico oficial, por así decirlo: llegar al hospital, que le hicieran las pruebas que le tenían que hacer, con el neuropediatra, y que nos dijera si efectivamente era que sí o que no (Entrevista a Madre 1).

Por último, y en relación con el hecho de que sean muchos los que intervienen en el proceso, a raíz de los datos textuales obtenidos podemos afirmar que la actuación de los profesionales implicados en la intervención, diagnóstico y tratamiento del TDAH ha de ser coordinada, interdisciplinar y multidimensional, de tal modo que cada uno de ellos pueda aportar su visión y ciertas medidas, e individualizada en aras de proporcionar al niño diagnosticado el tratamiento más adecuado y adaptado a sus características y necesidades.

Tratamiento interdisciplinar. (...) [S]e tiene que buscar un trabajo conjunto desde distintos ámbitos porque el TDAH afecta a distintos ámbitos (Diario del entrevistador, Noelia García, 02/02/2015).

La intervención debe ser individualizada y adaptada al niño, a sus características y necesidades (Diario del entrevistador, reflexión personal, 22/02/2015).

Es muy interesante el tema de la intervención interdisciplinar y multidimensional. Se trata, además, de que sea un proceso muy coordinado, que haya coordinación entre los profesionales y con las familias (Diario del entrevistador, reflexión personal, 12/04/2015).

En fin, que sí que se podrían hacer cosas que al final, desde luego para el alumno serían muy positivas, en cuanto a la coordinación (Entrevista a Olga Jiménez).

Al comparar estos resultados con la revisión teórica realizada podemos afirmar que es necesaria la existencia, el conocimiento y el seguimiento, así como la elaboración (dado el caso), de un protocolo de actuación que nos ayude a dar una solución apropiada para el TDAH y emitir un diagnóstico adecuado y acertado, dada la complejidad de este proceso (Rubiales et al., 2011; Vega Fernández, 2012). Igualmente, esta intervención debe ser interdisciplinar y multidimensional, y como tal exige una gran colaboración entre los expertos sanitarios, el profesorado y las familias (Aguilar Millastre, 2014).

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Mediante esta categoría (TRAT_FARM) se ha tratado de recoger toda la información relativa a la medicación como uno de los principales tratamientos para el TDAH, sobre todo en aquellos casos en los que se considera un caso severo. Así, se considera en qué medida se opta por este tipo de tratamiento, qué tipo de fármacos son utilizados, cuáles son más recomendados, durante cuánto tiempo o de qué forma se ha de aplicar la intervención mediante farmacología, qué tipo de seguimiento se requiere para controlar las dosis indicadas, etc. Una vez más, todo ello de la forma más objetiva posible, es decir, sin entrar en la controversia que gira en torno a los tipos de tratamiento, tema que abordaremos a través de otra categoría.

El tratamiento farmacológico contribuye a que los neurotransmisores se estabilicen y funcionen como deberían funcionar. En este sentido, la medicación se menciona en varios de los discursos recogidos (tanto de los expertos como de las madres) como una opción que puede ayudar a niños diagnosticados de TDAH a controlar sus conductas impulsivas, a mantener la concentración y a estar más tranquilos, ya que reduce en cierta medida su imperiosa necesidad de constante movimiento.

[Y]o, en algunos casos, sí que he visto que la medicación les ayuda (Entrevista a Olga Jiménez).

[S]í, la medicación le ayuda a estar más tranquilo y eso, digamos que sí le ayudaba (Entrevista a Madre 1).

Lo que hace la medicación es que estos neurotransmisores avancen a la velocidad a la que tendrían que avanzar. (...) Pero claro, en cuanto se retira la medicación, estos niños otra vez se vuelven a alterar, y otra vez vuelven a tener esta sintomatología (Entrevista a Noelia García).

La sustancia farmacológica que mejor funciona es el metilfenidato, pero hay distintos tipos con características e indicaciones específicas. Por ello, es necesario que la dosis sea adaptada a las necesidades del niño y que se mantenga un seguimiento activo, por parte del profesorado y las familias, de su respuesta ante los diversos tipos de medicación, todo en ello con el objetivo de ofrecer la mejor opción en función de las circunstancias.

Lo que más funciona es el metilfenidato, y en España se manifiesta en tres: el Rubifen, (...) el Mediquinet (...) y la Concerta. (...) ¿Cuál es mejor para cada niño? Pues depende, porque cada niño tiene un organismo distinto y (...) hay veces que se va cambiando la medicación. (...) Mira a ver si está más dormido o si está más enfadado, o si está como más apagado, pues para controlarlo también en el cole, porque pasa muchas horas (Entrevista a Noelia García).

Hay que seguirla [la medicación] muy de cerca para ajustar, dependiendo del peso, de la talla, de la edad, del niño o de la niña, para ajustarla lo más posible y (...) evitar consecuencias inapropiadas y que la dosis de la medicación (...) [les ayude a] mejorar los niveles atencionales y (...) la hiperactividad y la impulsividad (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

Por otra parte, las entrevistas realizadas revelan indicios de que en muchos casos se opta por la medicación como primera opción para el tratamiento del TDAH. Además, surge la opinión de que, en algunas ocasiones, esta decisión sale de los padres de un niño diagnosticado al ser ellos mismos quienes demandan este tipo de intervención, además de los profesionales del ámbito sanitario, encargados de recetar las sustancias llegado el caso.

La experiencia mía de la provincia en la que estamos, de Segovia, es el primer tratamiento. (...) A veces (...) [l]o que busca el demandante (...) los padres de los niños afectados por este tipo de problemas (...) [es] [b]ueno, pues... “Usted recétele algo que controle el comportamiento, que controle o mejore la atención, que mejore la impulsividad (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

El farmacológico [se refiere a que fue la primera opción que aplicaron una vez su hijo fue diagnosticado de TDAH] (Entrevista a Madre 2).

Es que tal vez queremos una solución muy rápida... (...) Entonces, tenemos mucha ansiedad y tenemos tantas cosas que hacer y tenemos mil millones de cosas en las que pensar, quiero que a mi hijo se lo solucionen el problema ya, entonces, “¿qué puedo hacer? ¿Qué puedo hacer? Pues mire, dele esta pastilla” (Entrevista a Laura Ortiz).

En definitiva, hemos de considerar en este punto que la medicación farmacológica puede ser adecuada para el tratamiento del TDAH y puede ayudar a controlar conductas hiperactivas e impulsivas y a focalizar la atención y mantener un mejor nivel de concentración (Aguilar Millastre, 2014; Cavas Toledo, 2006), así como a aumentar el rendimiento escolar y mejorar las relaciones sociales (Barkley, 2008). La medicación es una de las primeras opciones consideradas a la hora de tratar un caso de TDAH por los efectos beneficiosos que tiene, contrastados empíricamente (Vega Fernández, 2012), y el metilfenidato es, efectivamente, el fármaco estimulante más utilizado (Amador et al., 2010).

5. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

En este apartado se recoge toda aquella información referida a los tratamientos no farmacológicos, incluyendo como tal intervenciones psicológicas, educativas, psicoeducativas, conductuales y cognitivo-conductuales. Este tipo de actuaciones tienen como objetivo mejorar los procesos cognitivos, los problemas de comportamiento, las conductas hiperactivas e impulsivas, las habilidades sociales, las dificultades de relación, el desarrollo del lenguaje y la consciencia en relación con la vida de los niños diagnosticados de TDAH (NO_FARM).

[D]entro del no farmacológico está la Psicoeducación (...) y hay otros tratamientos que son conductuales propiamente dichos (...) [y] cognitivo-conductual (...). Entonces son como tres no farmacológicos, hay muchos más, y depende de cada autor pues a lo mejor te define más clasificaciones. (...) Yo te hablo a nivel general, de los que hay (Entrevista a Noelia García).

El educativo, si el alumno va generando disfunciones desde el punto de vista de aprendizajes que no se realizan, (...) pues intentar que eso no llegue a pasar. (...) Desde el punto de vista social, evidentemente las posibles disfunciones que se puedan producir en la relación interpersonal con otros chicos, con los profesores, pues modificarlos (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

En este sentido, estas intervenciones se tienen que desarrollar en distintos ámbitos: a nivel de aula, a nivel familiar y a nivel social. Estas actuaciones competen, por tanto, a profesores, pedagogos y psicólogos que trabajan con los niños, sobre todo en el ámbito educativo. Ello conlleva, una vez más, que la coordinación entre profesionales, padres y madres es primordial para que el desarrollo de este tipo de intervenciones resulte eficaz.

En ocasiones en una terapia que es muy psicoeducativa pero sobre todo trabajando con la familia (...) y les orientamos en pautas que complementan un poco lo que les recomienda el área de psicología (Entrevista a Noelia García).

Decir las cosas de otra manera y sobre todo pues, a lo mejor... Un vis a vis, separados un poco de los compañeros, para que esté más relajado cuando te está (...) escuchando (...) y así tratar de que consiga algo, así en general (Entrevista a Manuel Rodríguez).

Pues aquí les dan las tareas muy concretas. (...) [C]oncentrándoles el trabajo y digamos... Dándoselo por gotitas, como que consiguen hacer la tarea de forma autónoma (Entrevista a Cristina Esteban).

Les trabajo el tema de la conducta, sobre todo el frenar la impulsividad, el autocontrol, a través de eh... El pensar y verbalizar (...) [q]ué tienen que hacer (...) [e]n todos los campos, ya sea en el campo académico, como en la solución de problemas, o las relaciones interpersonales. (...) Estamos trabajando mucho el tema de las auto-instrucciones, que es desde el lenguaje interior (Entrevista a Olga Jiménez).

Por otra parte, varios profesionales y una de las madres señalan que es recomendable que estos tratamientos no farmacológicos se desarrollen de forma complementaria a la medicación. Sin embargo, pueden ser eficaces de forma aislada, en tal caso, para aquellos niños que no muestran claras mejoras a través de los fármacos o incluso en la situación de que su ingesta les produzca efectos perjudiciales más que beneficiosos.

También unido al tratamiento farmacológico se proporciona algún tipo de orientación a los padres (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[D]e hecho, (...) esa clínica sí que nos aconsejaba y nos decía que la terapia farmacológica sin la psicológica no era tan efectiva como pudiera ser, o sea, que sí que hay profesionales que te aconsejan intervenir en las dos direcciones (Entrevista a Madre 2).

Se podría tratar pues los niños que no toleren en absoluto la medicación, sí (Entrevista a Noelia García).

En función de los resultados obtenidos y mostrados, y contrastando esto con los fundamentos teóricos recogidos al comienzo de nuestro trabajo, podemos confirmar que las intervenciones no farmacológicas tienen como objetivo mejorar aquellos aspectos relacionados con las dificultades de aprendizaje de los alumnos con TDAH y con los problemas sociales, emocionales y conductuales, por lo que se incluyen tratamientos psicopedagógicos, psicológicos (Aguilar Millastre, 2014), cognitivo-conductuales (Castells y Castells, 2012), psicoeducativos y psicoterapéuticos (Gálvez Galve, 2012). Por lo tanto, en este tipo de intervención tienen que participar y coordinarse profesores (Barkley, 2008), médicos, psicólogos y padres (Gálvez Galve, 2012), entre otros. Puede desarrollarse de forma complementaria al tratamiento farmacológico (Amador et al., 2010; Barkley, 2008; Pascual Lema, 2012) o como principal medida en aquellos casos en los que el trastorno no alcance cierto grado de severidad y se pueda prescindir de la medicación (Gálvez Galve, 2012; Vega Fernández, 2012).

6. CONTROVERSIAS EN TORNO AL CONCEPTO DE TDAH

Tal y como se ha explicado previamente, la formulación y definición del trastorno ha dado lugar desde hace algunas décadas a diversas opiniones que van en contra de esta consideración (CONT_CONC). Así, hay quienes creen que se trata de un trastorno de origen neurológico frente a quienes lo consideran simplemente un problema de comportamiento o conductual e incluso quienes defienden abiertamente que no existe el trastorno como tal, sino que es una invención que responde a una construcción o discurso social.

En primer lugar, al revisar la información obtenida nos hemos encontrado con que surge una disyuntiva entre dos pensamientos, corrientes o ramas. Por una parte, algunos de los participantes de la investigación se posicionan en la opinión de que se trata realmente de un trastorno del neurodesarrollo con origen neurológico o neurobiológico.

A ver, la gente puede opinar una cosa u otra, pero lo que es un hecho es que es un trastorno del neurodesarrollo, y esto es algo que recoge el manual DSM-V. (Diario del entrevistador, P1, 31/01/2015).

Es verdad que hay tendencias y tal, pero sí que es verdad que parece que bueno, estudios avalan que sí que hay un componente... (...) Neurobiológico, y que está además localizado en la parte en el córtex, (...) hay una parte del cerebro que no funciona bien, porque no existen las conexiones que deberían existir, a nivel de neurotransmisores (Entrevista a Olga Jiménez).

[E]ste señor es de la línea genética, que piensa que es un comportamiento, no sé cómo definirlo, que se transmite genéticamente [se refiere al neurólogo que diagnosticó a su hijo] (Entrevista a Madre 2).

Por otra parte, algunos de los expertos entrevistados provenientes de diferentes disciplinas, aunque sobre todo del ámbito educativo, piensan que el TDAH tiene otro tipo de origen en lugar del genético o el neurológico o que puede ser un problema de comportamiento más que un trastorno mental.

[L]o que decían los padres era [que presentaba] un movimiento continuo, pero yo eso aquí [en el colegio] no lo vi, también podría ser ambiental, una manera de llamar la atención en casa (Entrevista a Pilar Vivanco).

Sí, porque yo tengo en clase alumnos que están diagnosticados y es que tienen problemas de comportamiento, de movimiento excesivo, y tal... Pero, ¿trastorno? No... (Diario del entrevistador, MEP1, 13/03/2015).

Por último, muchos profesionales incluso declaran abiertamente, de forma un tanto radical, que el trastorno no existe y que es una invención o una construcción social posiblemente originada por ciertos intereses. De hecho, este punto de debate ha resultado ser el tema más recurrente extraído de las conversaciones informales, y a través de ello los distintos informantes han manifestado claramente su opinión al respecto.

[D]entro de los movimientos, del movimiento anti-psiquiatría, había un grupo que decía que los trastornos como (...) el TDAH (...) no existen porque no hay pruebas científicas (Entrevista a Laura Ortiz).

El TDAH ha surgido a raíz del sistema educativo que tenemos, por el hecho de que se pretenda que los niños estén tanto tiempo sentados (Diario del entrevistador, M3, 26/05/2015).

El mismo creador dijo que no existía, ¿no? O eso he leído por ahí, vamos. (...) Entonces pues yo no sé hasta qué punto es un trastorno neurológico de verdad o no (Entrevista a Cristina Esteban).

No lo considero un trastorno (Diario del entrevistador, MAL, 10/02/2015).

Yo creo que es un poco una invención. (Diario del entrevistador, MEP1, 13/03/2015).

Otro punto de debate respecto al TDAH es el tema del concepto. Hay gente que cree que no existe y que, de hecho, el que formuló el término lo inventó (Diario del entrevistador, reflexión personal, 10/03/2015).

Trabajo con TDAH y te digo que es un invento. El creador del término lo admitió antes de morir. Se mueve todo por los intereses de las farmacéuticas (Diario del entrevistador, ES, 01/04/2015).

¿El TDAH es un negocio? (Diario del entrevistador, PU, 26/01/2015).

Creo que las farmacéuticas dicen “ah, ¿sí? Pues venga, vamos aquí a...” ¿No? Entonces, habrá parte que sea... Exagerado... Pues eso, que sea exagerado para conseguir unos beneficios económicos y... Y que las personas consuman medicación para... No sé (Entrevista a Laura Ortiz).

Plantear el tema del TDAH como un negocio de interés para las farmacéuticas forma parte de uno de los debates que gira en torno al TDAH. Podríamos hacernos esta pregunta: ¿Es un invento para sacar dinero? (Diario del entrevistador, reflexión personal, 28/01/2015).

Es probable que el porqué de este punto de controversia, debate o desacuerdo resida en el hecho de que falta información en relación con la definición y el conocimiento del problema, independientemente de la opinión que pueda presentar cada uno. Este detalle es recogido por algunos de los informantes y surgió como reflexión personal en algún momento del trabajo de campo debido a lo que se iba escuchando y anotando.

Creo que hay síntomas evidentes, mmm... Pero yo (...) lo que veo es que estos niños tienen una serie de síntomas, que yo veo, ¿no? Que yo observo, y... Pero no sé (...) si esto es una enfermedad, si es de origen neurológico, si es... (Entrevista a Laura Ortiz).

[Y] el que lo valora, ¿qué? Tú lo tienes claro... O sea, si lo has dicho tú al principio. Unos piensan que tiene factores genéticos, otros sociales, otros no sé qué... Entonces, ¿qué es un TDAH? (Entrevista a Manuel Rodríguez).

En algunas ocasiones, el problema de conocer lo que es el TDAH, o considerar si un posible caso de TDAH lo es o no lo es, reside en el hecho de que no se tiene la suficiente información o formación (Diario del entrevistador, reflexión personal, 02/05/2015).

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos concluir este apartado afirmando que existe una diferenciación o disyunción entre los dos tipos de pensamiento mencionados previamente, es decir, el de considerar que el TDAH es de origen neurológico y que requiere de medicación para ser tratado (Aguilar Millastre, 2014; *American Psychiatric Association*, 2014; Barkley, 1999, 2008; Moreno García, 2013) y el de defender, en cambio, que es una invención o construcción de origen social sin ninguna fundamentación científica (Benasayag, 2009; Benasayag y Ferreyra, 2009; Guerrero López, 2006; Louv, 2009).

Sin embargo, el hecho de que el término había sido inventado por quien lo formuló no se contempla en la teoría, al menos en la consultada para la realización de este trabajo, pero sí ha surgido en diversos momentos del trabajo de campo, en distintas situaciones y a través de varios informantes. Igualmente, que aparezca el factor de la desinformación como posible causa del no entendimiento entre profesionales es un dato interesante y considerable, ya que sitúa el porqué de la problemática en un hecho basado más en la objetividad que en la opinión de los implicados.

7. CONTROVERSIAS EN LO REFERIDO AL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Otro de los debates que gira en torno al TDAH guarda relación con el elevado número de diagnósticos que se producen hoy en día, lo cual lleva a muchos profesionales a pensar que es posible que se estén considerando casos de niños que no padezcan realmente el trastorno y no considerando otros que sí lo padecen pero que pasan desapercibidos. La información que revela esta categoría (CONT_DIAG) es bastante homogénea.

Si decimos esto es porque todos los expertos entrevistados coinciden en la opinión de que el diagnóstico del trastorno se está produciendo de forma posiblemente exagerada y un tanto alarmante ya que, con ello, los casos de niños con supuesto TDAH se están multiplicando. Se habla de “sobrediagnóstico” y de tendencia al etiquetado para dar a entender que el término forma parte de la vida y rutina de los contextos educativos y pedagógicos y que se tiende a emitir juicios rápidamente, probablemente antes de iniciar el proceso de diagnóstico.

[A]ntes como que... No había ningún TDAH y de repente ha empezado a haber un montón de TDAH y que... Se habla del “sobrediagnóstico” (Entrevista a Noelia García).

Hay una abundancia exagerada de TDAH (Diario del entrevistador, PU, 26/01/2015).

[L]a percepción de la gente que está trabajando en las escuelas, desde el punto de vista de la orientación educativa, desde los profesores, hay un... Están apareciendo un montón de niños que en momentos anteriores no se diagnosticaban como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

También creo que lo que se ha disparado un poco es el etiquetado, ¿no? A los niños. El deseo de buscar etiquetas. Este es TDAH, esto no, este sí, etc. Muchas veces antes se decía que todos los niños antes eran TDAH y nadie hacía nada ni les decía nada (Entrevista a Cristina Esteban).

Hay como una moda, un etiquetado, como que hay que señala a los que son diferentes, y a lo mejor es que nos empeñamos en eso (Diario del entrevistador, MEU1, 28/02/2015).

[S]í, es verdad, sí bueno, existen, ¿no? Que, o sea... Soy consciente de que hay, pero que, es como que antes no se diagnosticaban tanto, entiendo (Entrevista a Laura Ortiz).

Dentro de este contexto, tanto los informantes clave como algunos participantes de los encuentros informales creen que se está incurriendo en errores de diagnóstico, es decir, que se están considerando supuestos casos de TDAH que realmente no lo son. Solo en una charla informal con un maestro tutor de primaria surgió esta opinión pero

de forma invertida, ya que indicó que también es probable que se estén pasando por alto algunos casos en los que un niño podría presentar los síntomas indicados y no ser diagnosticado por el hecho de que no muestre características o necesidades exageradas. Recordemos que uno de los subtipos de TDAH presenta mayor inclinación hacia el déficit de atención. Por lo general se asocia el trastorno a los síntomas de hiperactividad e impulsividad más que a los problemas atencionales, por lo que es posible que en algunos casos los niños cuyo problema esté más acentuado hacia este déficit pasen desapercibidos en el aula o en el ámbito familiar. Una vez más, algunos profesionales relacionan este hecho con la falta de información respecto al concepto de TDAH.

[C]reo que ni los propios profesionales que tienen que diagnosticarlo están todavía lo suficientemente informados, porque como es una cosa en proceso, en estudio... Y que eso puede hacer que la etiqueta de TDAH se ponga rápidamente porque es lo que suena, y porque es una impresión. (...) A nivel de profesorado por ejemplo pasa lo mismo (Entrevista a Manuel Rodríguez).

Hay muchos niños que son movidos pero que no son TDAH, y se diagnostican como tal (Diario del entrevistador, MEU4, 14/05/2015).

Es verdad, yo creo que hay niños que se están diagnosticando de TDAH que es verdad que son muy movidos, muy inatentos, pero que no tienen el trastorno en sí, sino que comparten cierta sintomatología por otros trastornos que pueden tener añadidos, o porque sea un niño movido, y ya está (Entrevista a Noelia García).

Hay muchos niños que puede que simplemente sean muy movidos y a lo mejor no es lo que mejor les viene... Porque tal vez realmente no son TDAH (Diario del entrevistador, M1, 06/02/2015).

[P]ues para un profesor, un alumno movido, inquieto, que me interrumpe, que no sé qué, que habla mucho, que tal... “Este va a ser TDAH, miradlo, porque... Este va a ser TDAH”. Y le dices: “pues no. No parece que sea así” (Entrevista a Olga Jiménez).

Creo que se están produciendo errores de diagnóstico y que muchos niños pasan desapercibidos y se diagnostican tarde (Diario del entrevistador, MEP2, 19/05/2015).

Además de la desinformación como posible causa de estos errores, todos los expertos entrevistados señalan que el problema reside en que el diagnóstico se realice dentro de ámbito clínico y, en la mayor parte de los casos, de forma aislada, es decir, sin tener en cuenta otros factores que pueden ser relevantes a la hora de considerar si existe el trastorno o no, como por ejemplo la forma de actuar del niño en el colegio, en su familia o en su grupo de amigos. Esta situación desvela una mala coordinación entre los distintos profesionales implicados en el proceso de diagnóstico e incluso la inexistencia o ineficacia de los protocolos de actuación adecuados para realizar tomar una buena determinación en cada posible caso de TDAH. Esto queda reflejado, igualmente, en el testimonio de las dos madres entrevistadas.

Como se tiene que producir ese diagnóstico externo, si el servicio de neuropsiquiatría de una provincia determinada, pues... Diagnostica... Sin ningún tipo de restricción el trastorno, pues a veces hay un... Un número excesivo de alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

Pediatras, luego neurólogos, por lo que tenemos entendido aquí... Que luego hay muchas veces que tampoco hay coordinación entre el médico y el cole. (...) Hay veces que (...) directamente el pediatra dice esto y ya está, sin más. Entonces, no sé, también leí por ahí que a la hora de diagnosticar sí que había que tener en cuenta los ambientes del niño, y que se reprodujera esas conductas en todos los ambientes... (Entrevista a Cristina Esteban).

No hay coordinación yo creo porque hay una saturación y no está bien pensado. (...) No está bien estructurado. (...) No existen unos protocolos, o si existen, para mí, pienso yo... Son deficitarios (Entrevista a Laura Ortiz).

A lo mejor es verdad que hay que mirar un poco más para hacer una observación a lo mejor más sistemática, en el aula o en la familia, y a lo mejor para hablar con los profesionales que trabajan con el niño directamente, que tienen desde luego más conocimiento que el psiquiatra en cuanto a estos aspectos de... Conductuales, escolares, de rendimiento académico, a nivel social. (...) Donde no se ven es en la consulta del psiquiatra (Entrevista a Olga Jiménez).

[Y]o he tenido que rellenar algunos formularios de niños que venían del psiquiatra, pero eran todo generalidades, yo podía haber puesto las mismas cruces con cualquiera de los niños de clase (Entrevista a Pilar Vivanco).

[L]a orientadora que tuvimos la mala suerte de conocer entonces dijo que no, que éramos unos exagerados y que no había absolutamente nada. Y de hecho, en su historial no está señalado, en su historial no quiso ponerlo (Entrevista a Madre 2).

Si contrastamos estos resultados con la revisión teórica es posible afirmar que, efectivamente, se tiende a considerar casos de TDAH de forma excesiva debido a la influencia de la opinión pública al respecto (Benasayag, 2009a), lo cual ha dado lugar al surgimiento del llamado “sobrediagnóstico”, entendiendo como tal la consideración exagerada de casos infundados de TDAH debido, en muchos casos, a errores cometidos en el proceso de diagnóstico (Gálvez Galve, 2010; Zapico Merayo y Pelayo-Terán, 2012). Además, dichas equivocaciones pueden darse en dos direcciones: diagnosticar casos irreales de TDAH, por una parte, y pasar por alto casos reales de TDAH, por otra (Bianchi, 2012). El origen de esta situación puede venir de la desinformación, de la sobreinformación (Guinot Zamorano, 2013) y por una mala coordinación entre los distintos profesionales implicados en el proceso de intervención (Zapico Merayo y Pelayo-Terán, 2012).

8. CONTROVERSIAS RESPECTO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Mediante esta categoría (CONT_TRAT) se pretende recabar toda aquella información en relación con qué tipo de tratamiento es el más adecuado para el TDAH. Si hemos considerado este título es porque el punto principal de debate gira en torno a la medicación, que genera cierto rechazo y da lugar a diversas opiniones relacionadas con los posibles efectos secundarios que tienen los fármacos que se prescriben para el tratamiento del trastorno.

En primer lugar, muchos de los informantes manifiestan cierta disconformidad con la medicación (cuyos resultados a largo plazo no están contrastados, testados ni comprobados) ya sea por los efectos adversos que produce, porque es más que probable que a un niño, por su propia naturaleza, no le vengán bien este tipo de sustancias o porque afecte a su personalidad, anulando cualidades como la espontaneidad y la actividad dinámica.

Mira, nosotros intentamos buscar terapias alternativas, porque no estábamos muy de acuerdo con el tema de la medicación. Nos parecía muy pequeño para andar medicándolo o... La verdad que los prospectos te echan mucho para atrás porque tiene unos riesgos y unos efectos secundarios bastante importantes (Entrevista a Madre 1).

Las drogas utilizadas con TDAH son de la familia del éxtasis y los efectos dañinos en el organismo no desaparecen hasta después de quince años (Diario del entrevistador, ES, 01/04/2015).

[P]ero yo esa tristeza que yo notaba en él y ese “pasar de todo”, no era él, no era la persona que yo había conocido hacía unos meses (Entrevista a Pilar Vivanco).

Creo que a todo se pone medicación rápidamente y como primera opción, y se pueden aplicar otros métodos (Diario del entrevistador, MAL, 10/02/2015).

[S]on tratamientos a largo plazo que ocasionan muchos efectos secundarios, de insomnio, quitan el apetito... (Entrevista a Olga Jiménez).

Nosotros, la verdad, es que hemos probado primero con un tipo de fármaco, pero no nos ha convencido, no le iba bien, no daba mucho resultado, le molestaba al estómago (Entrevista a Madre 2).

Por otra parte, son varios los expertos que creen que un tratamiento basado en medicación no soluciona el problema si se aplica de forma aislada. Los efectos que producen los fármacos ayudan a disminuir las conductas impulsivas e hiperactivas y a incrementar la capacidad para focalizar y mantener la atención, pero no eliminan el trastorno, ni lo curan.

Yo personalmente pienso que la medicación, solo la medicación, no soluciona nada (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[E]l propio psiquiatra me reconoció que realmente estás haciendo que desaparezca un síntoma, pero que (...) tienen claro que no cura y que... (...) Hay mucha controversia, (...) saben que se das esta medicación el síntoma se reduce e incluso desaparece, pero porque les tranquilizas, inhibes, eh... (Entrevista a Laura Ortiz).

Por lo tanto, surge una vez más la necesidad de que la intervención en casos de TDAH sea coordinada, interdisciplinar, multidimensional y adaptada a las necesidades del niño.

Nada, el que sea radical con este sentido yo creo que sabe bien poco de esta historia. (...) Es un cóctel, de intervenciones multidimensional, multifactorial, multi... Lo que quieras (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

El TDAH tiene tres grados de gravedad, y así se recoge en el DSM-V. Por eso no es tan sencillo como pastilla y punto. Habrá que adaptar la dosis y el tratamiento a las características del niño (Diario del entrevistador, reflexión personal, 17/02/2015).

Yo sinceramente lo que creo es que se pone más atención a lo que necesitan los mayores que a lo que necesitan los peques, porque claro, los mayores quieren que el niño esté tranquilo, así que nada, pastilla y fuera... (Diario del entrevistador, MEU2, 25/03/2015).

Dicho lo cual, de estas aportaciones podemos deducir que prevalece la opinión de cierto rechazo hacia la medicación por parte de varias personas debido a los efectos adversos que puede producir, porque cabe la posibilidad de que un niño no la necesite realmente o incluso porque probablemente no le haga ningún bien (Benasayag y Ferreyra, 2009; Bignone et al., 2009; Gálvez Galve, 2010; Guinot Zamorano, 2013). Sin embargo, en algunos casos esta opinión no es muy radical, sino que se cree que la medicación puede venir bien (Aguilar Millastre, 2014; Amador et al., 2010; Barkley, 2008; Cavas Toledo, 2006; Vega Fernández, 2012) en su justa medida siempre y cuando sea complementada con otro tipo de intervenciones no farmacológicas (Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes, 2009).

9. TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARIAS

Consideramos este apartado las terapias alternativas como todas aquellas intervenciones no farmacológicas que no están regladas ni consideradas en los protocolos de actuación o los procesos habituales de intervención, pero que pueden causar efectos beneficiosos en el tratamiento del TDAH. A través de esta categoría (TER_ALT) se ha pretendido recoger aquellos aspectos relacionados con qué tipo de terapias alternativas existen, de qué forma se aplican y cómo puede ayudar a los niños diagnosticados. Además se contempla hasta qué punto son conocidas y recomendadas tanto por los distintos profesionales como por las familias.

Algunas de las terapias alternativas conocidas por las personas entrevistadas son la relajación, el yoga, la terapia con animales (como la equinoterapia), los cambios de dieta, el *brain gym*, los juegos de psicomotricidad, el *mindfulness* y el ejercicio físico. Estas intervenciones pueden ayudar a los niños a relajarse, a controlar su impulsividad, a mejorar su coordinación, a generar sentimiento de responsabilidad, a canalizar su energía y a trabajar su nivel de autocontrol, entre otros aspectos.

[L]a terapia con animales, homeoterapia, eh... (...) La relajación, el yoga, (...) les viene bien porque se relajan, aprenden a controlar la respiración, (...) tienen un poco de control muscular, y eso les viene bien para controlar la impulsividad. (...) En el caso de la terapia con animales, aprenden a tener una responsabilidad (Entrevista a Noelia García).

Sí, sí, y desarrollar estrategias sin que se dé cuenta, las desarrolla él mismo, de defensa o de ataque, entre comillas, ¿no? De afrontar situaciones, sí, sí, totalmente de acuerdo [estamos hablando del contacto con la naturaleza] (Entrevista a Manuel Rodríguez).

El *brain gym* son ejercicios motrices que lo que hacen es estimular los dos lados del cerebro (Entrevista a Cristina Esteban).

Yo empecé trabajando con TDAH con *mindfulness* (Diario del entrevistador, PPT, 05/05/2015).

La madre intentaba no darle medicación y lo que hacía era que le apuntaba a actividades motivadoras para el niño que tuviesen un gran desgaste energético, es decir, (...) baloncesto, eh... (Entrevista a Laura Ortiz).

Era... Psicomotricidad, hacían juegos de psicomotricidad... (Entrevista a Madre 2).

En relación a su denominación como terapias “alternativas”, todos los informantes clave matizan que deben ser complementarias, es decir, que acompañen las dos vías de tratamiento habitual (farmacológica y no farmacológica) empleadas principalmente en casos de TDAH, pero no como algo alternativo o independiente. Solo una persona aboga por este tipo de terapias como algo exclusivo sobre lo que se debería investigar.

No eh... Yo esas terapias yo creo que serían complementarias... (Entrevista a Olga Jiménez).

¿Que creo que son prioritarias? No, creo que son (...) un complemento (Entrevista a Noelia García).

¿Terapias alternativas? No, mejor decir terapias complementarias. Que acompañen, que ayuden (Diario del entrevistador, Laura Ortiz, 08/05/2015).

[N]o conozco ninguna investigación que podamos hablar de este tipo de terapias que (...) sustituyan o eliminen totalmente otro tipo de intervenciones. Entonces, yo creo que son acciones complementarias o terapias complementarias, llámalo como quieras (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

Hay que buscar, (...) seguir investigando y encontrar otras cosas. Vamos, que te digo sí a las terapias alternativas, porque son necesarias, no solo como terapia, sino como metodología en la enseñanza (Entrevista a Pilar Vivanco).

Por último, cabe destacar que estas terapias complementarias no son muy recomendadas, al menos desde el punto de vista de los distintos profesionales que actúan, tratan o trabajan con TDAH. Esta consideración desvela cierto escepticismo hacia este tipo de intervenciones porque no se ha demostrado su eficacia tanto como la de la medicación o las terapias psicológicas, conductuales, etc. Además hay que señalar el desconocimiento que se tiene en relación con este tema, que es un hecho que señalan algunos de los entrevistados. Las llamadas terapias “alternativas” no son muy conocidas ni muy recomendadas por los profesionales.

[Son] terapias que como que no se tiene tanta... Validez científica, porque se han estudiado menos, porque han aparecido después, o porque no hay tantos estudios, y ya está (Entrevista a Noelia García).

Absolutamente nada. Absolutamente nada de nada. Que es lo que te decía, que al final hay TDAH, (...) pero la información no llega, y a los profesionales, nada (Entrevista a Manuel Rodríguez).

A nosotros nos habría gustado más tener otras alternativas, otras formas de intervenir, terapias alternativas eficaces, o más probadas... (...) No, no se recomiendan (Entrevista a Madre 1).

Pues seguramente, cada vez [se conocen] más. El boca a boca funciona, pero como algo fuera del colegio, no como una opción... Deberíamos tener ese tipo de alternativas en el centro (Entrevista a Pilar Vivanco).

No, yo creo que cada padre hace con su hijo lo que le parece, lo que buenamente piensa. Algunos tienen más información (Entrevista a Olga Jiménez).

En definitiva, nos encontramos con que algunas de las terapias “alternativas” más comunes y cuyos efectos positivos son más conocidos entre los expertos son los cambios hacia una dieta adaptada, el ejercicio físico (Castells y Castells, 2012), la homeoterapia, el contacto con la naturaleza (Gálvez Galve, 2010), el yoga y la relajación (García González). Estas intervenciones pueden mejorar sustancialmente algunos problemas sustanciales del TDAH (Pazo, 2009), imitar los efectos de los fármacos, aunque de forma más saludable (Benasayag, 2009b; Gálvez Galve, 2010), mejorar su nivel de salud y de aprendizaje de forma natural (Corraliza y Collado, 2011; Louv, 2009) y ayudarles a calmarse y a relajarse, respectivamente. Además, se deben considerar como algo complementario, no alternativo, al proceso de tratamiento de niños diagnosticados (García González, 2014).

Lo más relevante que nos aporta la información arrojada por esta categoría es que no hay muchos estudios que corroboren la eficacia de este tipo de terapias y que existe cierto escepticismo hacia ellas. Esto nos indica que es un tema relativamente nuevo en el que, probablemente, aún quede mucho por descubrir.

10. MUSICOTERAPIA

Nuestra última categoría (MT) se refiere fundamentalmente a dos cuestiones. Por una parte, a los posibles efectos positivos que puede tener tanto la música (por sí misma) como el trabajo a través de ella, para los niños diagnosticados de TDAH. Por otra parte, se pretende conocer de qué forma la Musicoterapia, como terapia complementaria, comprendida como un proceso terapéutico cuya base fundamental es la música, puede contribuir a mejorar los síntomas propios del trastorno y los problemas de interacción y relación social entre este tipo de niños y sus compañeros, sus profesores y su familia.

Respecto al tema de los efectos favorables que puede aportar la música al tratamiento del TDAH, todos los expertos entrevistados, así como algunos de los informantes esporádicos de las charlas informales, confluyen en la opinión de que la música motiva a este tipo de niños y puede ser beneficiosa para mejorar los problemas de ritmo y coordinación, focalizar la atención, incrementar la capacidad de escucha, estimular el desarrollo cerebral y psicomotriz, generar mayor consciencia de los propios sentimientos y repercutir positivamente en las competencias de habilidades sociales y emocionales.

[C]uando les das una tarea en clase en plan... “Tienes que tocar este instrumento en este momento, justo, y tal.” Oye, pues que se ponen súper atentos. “Tienes que prestar mucha atención al momento cumbre”, oye pues que sí que lo hacen. Y además (...) he hablado con más profes y les funciona muy bien la agrupación musical (Entrevista a Cristina Esteban).

Hay estudios de que la música puede ayudar a niños con problemas a mejorar procesos cognitivos (Diario del entrevistador, MEC, 22/04/2015).

[L]os niños que (...) a lo mejor les afecta mucho el ritmo, la organización espacio-temporal, la coordinación, que muchos niños son incapaces, eh... Yo sí que hablo con la especialista en música del cole, para hablarle de esto y que trabaje con él de alguna otra manera (Entrevista a Noelia García).

[A]hora mucho trabajo con música fuerte, rítmica, movida... Y luego relajación con música lenta [secuencia de nivel de acción] (Diario del entrevistador, PPT, 05/05/2015).

Tienes un estímulo nuevo, (...) que es la música. (...) [Y] ese estímulo yo, sin saber mucho, sé que a nivel cerebral es totalmente diferente a los demás. (...) Diferentes estímulos, diferentes ritmos, los compases, etc., eso... Si tú adaptas el oído a eso, eso es un paso mental que va a desarrollar... Que va unido al desarrollo psicomotriz. La música y el movimiento va todo unido, si tú eso lo trabajas bien, vas a ir bien en matemáticas, vas a ir bien en lengua, (...) en habilidades sociales, pues... Eso, en términos generales (Entrevista a Manuel Rodríguez).

Enseñarles a escuchar música (...) para potenciar sus habilidades en cuanto a atención auditiva, que yo eso lo trabajo, por ejemplo, porque es necesario trabajarlo, discriminación de sonidos, relajarse, disfrutar... (Entrevista a Olga Jiménez).

En segundo lugar, en lo referido a la Musicoterapia como terapia complementaria para el TDAH, contamos con el testimonio de varios musicoterapeutas que han trabajado en diversas ocasiones con niños diagnosticados con TDAH, lo cual nos indica que existe esta posibilidad y que se pueden obtener beneficios y mejoras. Esta disciplina se puede desarrollar en centros de atención o educación especial, en escuelas de música y en colegios. Además, todos los informantes clave, aunque desconocen en términos generales este tema, afirman que puede este tipo de intervención puede ser efectiva y la recomiendan como tratamiento complementario.

Nordoff-Robins [un método de intervención en Musicoterapia] va genial para TDAH (Diario del entrevistador, M4, 29/05/2015).

[L]o que mejor me funcionaba era improvisación. (...) [Que] ellos sintiesen que están creando música, o jugando libremente, se relajaban y entonces era como que todo fluía. (...) [A]demás eso les sube la autoestima, (...) [s]entirse bien con uno mismo, y eso les hacía sentirse mejor a nivel global, en general (Entrevista a Laura Ortiz).

[A] mí me parece que es un campo complementario también, yo tampoco pienso que eso sea... Que puede ser complementario con el tratamiento cognitivo y conductual, pero... Pero sí, es complementario, y les podría venir muy bien, vamos, a mí sí me parece positivo, vamos... (Entrevista a Olga Jiménez).

De manera complementaria, si tienen los déficits que yo te comentaba anteriormente, sobre todo en esos aspectos, sí, claro, puede venir muy bien (Entrevista a Noelia García).

Sin embargo, nos hemos encontrado con que ni los expertos ni las dos madres entrevistadas conocen casos prácticos reales en los que se considere o se haya aplicado esta disciplina como tratamiento para el trastorno. Esto denota, igualmente, que es un tema novedoso y desconocido y/o que se proporciona poca información al respecto. Además, no es recomendado, hablando en términos generales, por los distintos profesionales encargados de considerar y tratar casos de TDAH, aunque es probable que sea una cuestión de desconocimiento o desinformación.

Qué va, para nada. Musicoterapia como tal, nada. Primero, yo creo que casi no se conoce este tema, (...) y segundo... Los profesionales que trabajan e intervienen con el tema del TDAH pues son más... Pues eso, de sus propios métodos (Entrevista a Madre 1).

Nada de nada. Si tú conoces algo, me lo dices... Porque yo... (Entrevista a Olga Jiménez).

No. Cero patatero. (...) [D]e terapias alternativas, o de [Musicoterapia]... Nada, nada de nada. (...) No está estructurado, no está organizado, no (Entrevista a Manuel Rodríguez).

Pero Musicoterapia como tal, no (Entrevista a Noelia García).

[Y]o en los casos que conozco, y... Conozco algunos, no ha habido, o por lo menos a mí no me ha llegado esa información de que haya habido una terapia complementaria relacionada con la Musicoterapia (Entrevista a Miguel Ángel Cerezo).

[Y]o no sé ahora mismo actividades que se hagan de Musicoterapia como tal, yo no sé exactamente qué se está trabajando, a lo mejor me puedes informar tú más (Entrevista a Cristina Esteban).

Pues ahora mismo no me doy cuenta, pues no sé (Entrevista a Pilar Vivanco).

[R]ealmente aquí (...) no conozco ningún centro donde apliquen este tipo de terapias (Entrevista a Madre 2).

Teniendo en cuenta estas percepciones, parece obvio reconocer que la Musicoterapia es un campo desconocido en el que todavía queda mucho por trabajar y por conseguir.

Es genial poder estar hablando de esto hoy y que hace años a lo mejor no hubiese, no sé, no habría sido tan fácil o tan... Frecuente, ¿no? Que de repente haya tanta gente metida en Musicoterapia... Pero eh... Pues que nos queda muchísimo por hacer (Entrevista a Laura Ortiz).

La Musicoterapia es un campo que genera mucha expectación, pero que es muy nuevo, hay mucho por trabajar y por descubrir. Es como si todo estuviese en el aire (Diario del entrevistador, reflexión personal, 22/03/2015).

Lo que podemos sacar en claro de toda esta información es que la música puede ser beneficiosa para el tratamiento de TDAH porque resulta ser un estímulo que produce una motivación intrínseca (Álvarez Nieto, 2004), ayuda a mejorar distintos procesos cognitivos (Benzon, 2002), permite canalizar la energía y, con ello, otorga una respuesta a los síntomas de hiperactividad e impulsividad (Acebes de Pablo, 2014; Peñalba Acitores, 2010), mejora los procesos de atención (Alonso y Bermell, 2008) y el mantenimiento de la concentración (Erin Wiebe, 2007), repercute en el desarrollo de la coordinación y de las habilidades motoras (Peñalba Acitores, 2010; Rodrigo, 2000) y favorece las competencias emocionales y la relación del niño diagnosticado con sus semejantes, profesores y familia (Álvarez Nieto, 2004; Erin Wiebe, 2007; Peñalba Acitores, 2010).

Sobre el tema de la Musicoterapia, por su parte, sabemos que puede ser aplicada a la hora de intervenir con distintos trastornos o problemas en general (Alvin, 1967; Benenzon, 2011; Martí Augé, 2000; Lacárcel Moreno, 1990; Rodrigo, 2000; Wigram et al., 2011) y con niños diagnosticados de TDAH en particular (Peñalba Acitores, 2010). Sin embargo, no se trata de una intervención conocida o considerada por la mayor parte de los profesionales implicados en el tratamiento del trastorno. Por lo tanto, consideramos que actualmente la aplicación de la Musicoterapia para el tratamiento de casos de TDAH es un campo que está poco estudiado y sobre el que apenas se ha investigado.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

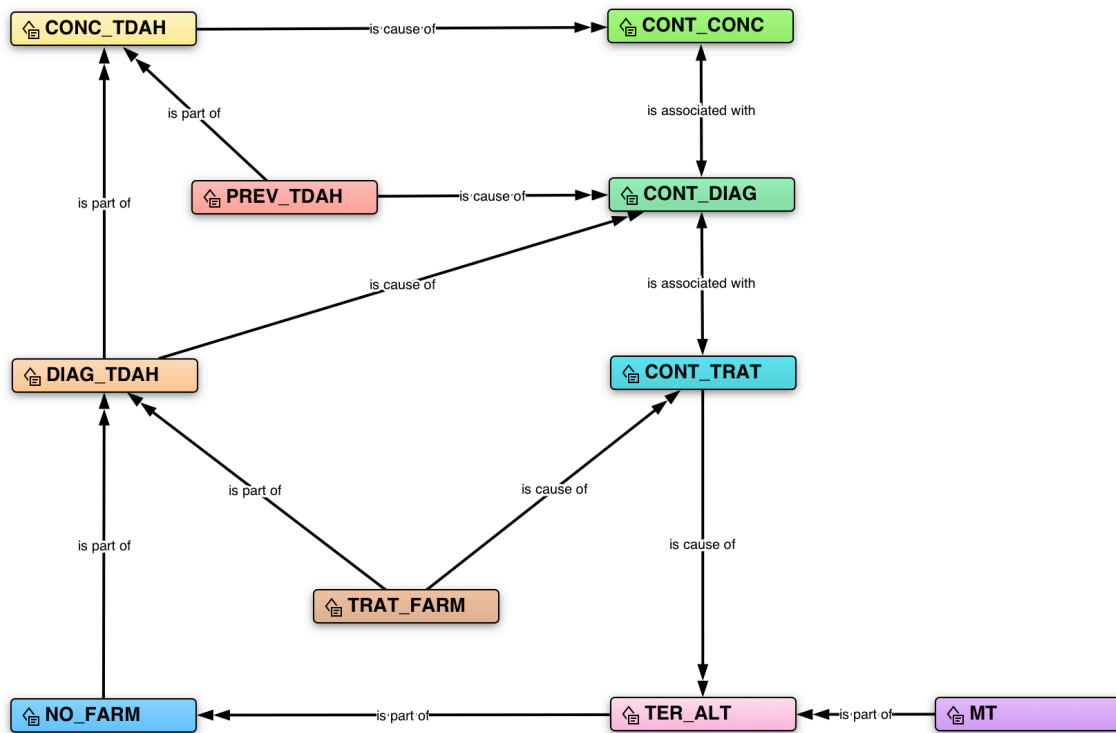


Figura 7. Visión general de la problemática objeto de estudio. Elaboración propia.

1. CONCLUSIONES

1.1. TDAH: MÁS ALLÁ DEL DESACUERDO

A pesar de que el TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo, o psicológicos, o del aprendizaje, o conductuales, o neurobiológicos, etc. más recurrentes hoy en día y, por tanto, más considerados, estudiados e investigados por la comunidad científica desde hace más de cuarenta años, actualmente siguen existiendo controversias, puntos de debate y cierta indecisión entre los distintos profesionales encargados de, precisamente, comprender, definir, diagnosticar y tratar el problema. Esta indecisión hace que se produzcan desarreglos no solo en relación con la consideración conceptual del trastorno, sino en lo referido a los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Dentro de este contexto, si nos enfrentamos a la consideración del cumplimiento del primer objetivo, *“indagar, por medio de la opinión y conocimiento de profesionales relacionados con el trastorno, las posibles causas que explican el sensible incremento*

en el diagnóstico de casos de TDAH en los últimos años”, podemos concluir, en primer lugar, que el punto central de debate respecto al trastorno gira más en torno a este aspecto, es decir, al proceso de diagnóstico, que en torno a lo referido a la opinión que se tiene sobre la realidad del TDAH o en relación con su dubitativo y controvertido origen.

Es decir, que el problema real no es que haya gente que opine que el TDAH no existe, que es un invento o incluso que su prevalencia sea alarmante, sino el hecho de que se esté incurriendo en errores de diagnóstico clínico, considerando casos de niños que realmente no padecen el trastorno y que probablemente no necesiten una atención o intervención específica. Lo que resulta preocupante es, en definitiva, que se esté dando esta situación debido a la desinformación, desacuerdo o descoordinación por parte de las partes implicadas en esta tarea. La elaboración o el seguimiento de protocolos de actuación eficaces y coherentes y una mayor y mejor coordinación entre profesionales del ámbito sanitario, educativo y pedagógico son algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de intervenir en la determinación de posibles casos de TDAH. Estas son algunas de las demandas que presentan los profesionales comprometidos, las familias desorientadas y, sobre todo, los niños, verdaderos protagonistas y, en ocasiones, damnificados.

1.2. MEDICACIÓN “VERSUS” TERAPIAS “ALTERNATIVAS”

Como se ha mostrado en el marco teórico y en los resultados de nuestro estudio, la medicación farmacológica es otra de las cuestiones que más controversia genera de entre todos los tipos de intervenciones que se pueden aplicar al tratamiento del TDAH. El porqué reside en que los efectos secundarios adversos que producen los fármacos que habitualmente se prescriben para los niños diagnosticados son varios y un tanto preocupantes, por un lado, y en el hecho de que este tratamiento sea la primera opción a la que se recurre en muchos casos, por otro. Además, esta tendencia tiene algo que ver con que el diagnóstico oficial sea efectuado por parte del ámbito sanitario o clínico, probablemente de forma aislada, es decir, sin tener en cuenta otra serie de factores, como la actitud del niño en diversos ámbitos, que es uno de los principales problemas de coordinación a los que hemos aludido en el punto anterior. Esta relación desvela, efectivamente, aunque solo en cierta medida, que es posible que muchos niños no necesiten tomar medicación, porque no padecen realmente el trastorno.

Debido a esta situación, algunos profesionales y, sobre todo, algunas familias de niños diagnosticados de TDAH, manifiestan su deseo de optar por otras formas de tratamiento para dar solución a los problemas que genera el trastorno. Así es como surgen las terapias alternativas. En este sentido, si consideramos el segundo objetivo que nos habíamos planteado, *“conocer experiencias en las que se usen terapias alternativas para el tratamiento del TDAH, así como el grado de interés y apoyo que muestran los profesionales ante este tipo de tratamiento”*, podemos afirmar que existen este tipo de terapias y que son consideradas y aplicadas (o se han intentado aplicar) en distinta medida en algunos casos reales que hemos conocido de manos de la experiencia de los profesionales y madres que han colaborado con nuestra investigación.

Sin embargo, existe cierto escepticismo al respecto y no se considera que se puedan aplicar como reacción ante la medicación de forma aislada, es decir, sustituyendo esta forma de tratamiento. En su lugar, debemos considerar que se pueden aplicar como un complemento para las dos vías formalizadas (farmacológica y no farmacológica). Se trata, una vez más, de desarrollar una intervención interdisciplinar y multidimensional en la que los distintos profesionales actúen de forma coordinada y organizada para dar a los niños diagnosticados de TDAH un tratamiento individualizado y adaptado a sus características y necesidades.

1.3. MUSICOTERAPIA PARA EL TDAH: ¿MUCHO POR DESCUBRIR?

Dentro de esas terapias, que pasaremos a denominar “complementarias” a partir de este momento, surge la Musicoterapia, que resulta de especial interés para nuestro estudio. En relación con ello y respecto al tercer objetivo formulado, *“conocer la opinión y conocimiento que presentan profesionales, padres y madres sobre la posibilidad de tratar el TDAH mediante la Musicoterapia como terapia complementaria”*, hemos podido comprobar, a través del testimonio de veintiséis profesionales y dos madres de niños diagnosticados de TDAH, que son muy pocas las personas que conocen casos reales de aplicación de esta disciplina para el tratamiento del mencionado trastorno, y que quienes tienen conocimiento de estas experiencias se dedican primordialmente a trabajar dentro del ámbito de la Musicoterapia. Por lo tanto, podemos deducir, aunque no en términos generales, que estamos ante un campo relativamente desconocido, novedoso y en el que probablemente quede mucho por descubrir.

Además, a pesar de que muchos profesionales no tienen conocimiento sobre esta disciplina, todos ellos muestran interés por el tema y afirman que lo recomendarían como terapia complementaria por los beneficios que la música puede tener para la mejora de los principales síntomas del TDAH y los problemas que puede acarrear. Igualmente, las familias sienten curiosidad por ello, les resulta interesante y les gustaría que sus hijos tuviesen la oportunidad de experimentar nuevas sensaciones a través de la Musicoterapia. Todo ello nos lleva a concluir, en definitiva, que es más que probable que haya mucho por descubrir respecto a este tema.

2. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Las principales limitaciones que presenta este trabajo tienen que ver con la temporalización y con los informantes. Puesto que no tuvimos acceso directo al campo o a un contexto sobre el que fuésemos a investigar, resultó bastante complicado conseguir participantes que pudiesen colaborar con nuestro estudio como informantes, y la búsqueda de colaboradores llevó más tiempo del previsto. En la metodología queda reflejado este proceso y, con ello, los problemas que nos surgieron a la hora de conseguir personas para las entrevistas en profundidad. Nuestra intención inicial era comenzar con el trabajo de campo una vez tuviésemos los informantes clave bien definidos. Sin embargo, no se dieron las circunstancias adecuadas, ya que algunas personas con las que contábamos no pudieron participar por diferentes motivos y otras resultaron ser inaccesibles. Esto provocó que la realización de entrevistas se fuese retrasando en el tiempo hasta el momento en que urgió la necesidad de cerrar el periodo de trabajo de campo para llegar a tiempo a la entrega final. Es por ello que, debido a estas pequeñas dificultades, algunos de los perfiles que se pretendían cubrir en un principio no se han podido considerar en esta investigación. Además, conforme fue avanzando el trabajo de campo nos fuimos percatando del surgimiento de algunos perfiles nuevos que nosotros, inicialmente, no habíamos contemplado.

Por otra parte, recordemos que se trata de un estudio basado principalmente en entrevistas en profundidad y que, aunque también se haya dispuesto de un diario del entrevistador para la captación de impresiones y opiniones que surgieran en distintos encuentros informales, han participado un total de veintiocho personas. Esto quiere decir que la información aportada, así como los resultados obtenidos y las conclusiones extraídas de nuestra investigación, no son extrapolables o generalizables, sino que responden a una pequeña muestra dentro del total de la población implicada en la problemática objeto de estudio. En cambio, las ventajas que aporta el hecho de haber utilizado estas técnicas de investigación, tal y como hemos explicado previamente, residen en la posibilidad de acceder al discurso y a las verdaderas y auténticas opiniones y percepciones que presentan las personas participantes ante el tema que tratamos. Esto hace que la información extraída de los distintos tipos de conversaciones se torne más profunda, real y significativa.

Por lo tanto, pretendemos seguir investigando, al menos, en dos direcciones, y para ello nos marcamos los siguientes objetivos:

- Desde un punto de vista cualitativo y práctico, en aras de ampliar la muestra aquí considerada. Continuar con las entrevistas en profundidad tratando de cubrir más perfiles de aquellos que habíamos planteado y de los que han ido surgiendo a lo largo de la realización del trabajo.
- Desde un punto de vista cuantitativo y técnico, con intención de conocer el panorama general relativo a la problemática objeto de estudio. Realizar un estudio exploratorio a nivel nacional para tratar de averiguar qué se está haciendo y cómo se está trabajando en lo referido a la Musicoterapia como tratamiento complementario para el TDAH.

LISTA DE REFERENCIAS

- Acebes de Pablo, A. (2014). *Propuesta de intervención para el tratamiento de niños con TDAH a través de la Educación Musical y la Musicoterapia* (Trabajo Fin de Grado). Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5037>
- Aguilar Cárceles, M. M. (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid: Dykinson.
- Aguilar Millastre, C. (2014). *TDAH y dificultades de aprendizaje: guía para padres y educadores*. Valencia: Diálogo.
- Amador, J. A., Fornés, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.]* (5ª ed.). Buenos Aires [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Alonso, V. y Bermell, M. A. (2008). La música como instrumento de evaluación con niños hiperactivos. *Boletín de Psicología*, 93, 79-97. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N93-5.pdf>
- Álvarez Nieto, I. (2004). Los beneficios de la música en el tratamiento de la hiperactividad. *Filomúsica: Revista de publicación en Internet*, 51. Recuperado de <http://www.filomusica.com/filo51/hiperactivo.html>
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Buenos aires: Paidós.
- Alvin, J. (1971). La musicoterapia en los niños autistas. En R. O. Benenzon, *Musicoterapia y Educación* (pp. 103-112). Buenos Aires: Paidós.
- Arellano, A. y Peralta, F. (2013). Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 97-117. Recuperado de <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/37/28>

- Barba, J. J. (2013). La investigación cualitativa en educación en los comienzos del siglo XXI. En M. Díaz y A. Giráldez (coords.), *La investigación cualitativa en educación musical* (pp. 23-38). Barcelona: Graó.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the Nature of Self Control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. Recuperado de <http://web.calstatela.edu/faculty/meisen/ADHD.pdf>
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (2008). El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito. En VV. AA., *Hiperactivos: estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 38-82). Madrid: LoQueNoExiste.
- Barton, L. (2011). La investigación en la educación inclusiva y la difusión de la investigación sobre discapacidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 25(1), 63-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419147004>
- Benasayag, L. (2009a). Deconstrucción neurológica del llamado “ADDH”. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 13-34). Madrid: CEP.
- Benasayag, L. (2009b). Una visión alternativa para el tratamiento del llamado ADDH. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 209-236). Madrid: CEP.

- Benasayag, L. y Ferreyra, G. E. (2009). "ADDH": Diagnósticos diferenciales, tratamiento y casuística. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 107-131). Madrid: CEP.
- Benenzon, R. O. (1971). *Musicoterapia y Educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica* (2ª ed.). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Benzon, W. L. (2009). Music and the Prevention and Amelioration of ADHD: A Theoretical Perspective. *Social Science Research Network (SSRN)*, 1-24. Recuperado de <http://ssrn.com/abstract=1527090>
- Betés de Toro, M. (2000). Bases históricas del uso terapéutico de la música. En M. Betés de Toro (comp.), *Fundamentos de musicoterapia* (pp. 23-36). Madrid: Morata.
- Bianchi, E. (2012). Problematicando la noción de *trastorno* en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 1012-1038. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4023862>
- Bignone, I. M., Serrate, M. y Diez, R. A. (2009). Fármacovigilancia de las drogas usadas en niños con diagnóstico de ADD/H o ADHD. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 173-207). Madrid: CEP.
- Bonny, H. L. (1986). Music and Healing. *Music Therapy*, 6(1), 3-12. Recuperado de <http://musictherapy.oxfordjournals.org/content/6/1/3.full.pdf>
- Castells, M. y Castells, P. (2012). *TDAH: un nuevo enfoque: cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad*. Barcelona: Península.

- Cavas Toledo, M. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En J. F. Guerrero (coord.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)* (pp. 125-135). Málaga: Aljibe.
- Corraliza, J. A. y Collado, S. (2011). La naturaleza cercana como moderadora del estrés infantil. *Psicothema*, 23(2), 221-226. Recuperado de <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/9026/8890>
- Davis, W. B., Gfeller, K. E. y Thaut, M. H. (2012). *Introducción a la musicoterapia: teoría y práctica* (reimp.). Barcelona: Boileau.
- Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. y Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). Introduction: The discipline and practice of Qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *The SAGE handbook of qualitative research* (4ª ed.) (p. 1-20). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Erin Wiebe, J. (2007). *ADHD, the Classroom and Music: A Case Study* (Master Thesis). Recuperada de http://ecommons.usask.ca/bitstream/handle/10388/etd-09162007-165847/wiebe_j.pdf
- Fernández Batanero, J. M. (2008a). Educación especial: Una aproximación a la investigación en el contexto español. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(38), 945-968. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v13n38/v13n38a12.pdf>
- Fernández Batanero, J. M. (2008b). La investigación en educación especial. Líneas temáticas y perspectivas de futuro. *Perfiles Educativos*, 30(119), 7-32. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v30n119/v30n119a2.pdf>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flick, U. (2014). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Gálvez Galve, J. J. (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medicina Naturista*, 4(1), 9-14. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3142829>
- García González, N. (2014). *Programa de intervención educativa para alumnos de educación infantil con presencia sintomatológica del TDAH* (Tesis doctoral). Recuperada de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1113252>
- Gil Villalonga, M. (s. f.). *La musicoterapia como herramienta psicoterapéutica* (Tesina). Recuperada de <http://www.isep.es/tesina/la-musicoterapia-como-herramienta-psicoterapeutica/>
- Gimeno Sacristán, J. (2002). Hacerse cargo de la heterogeneidad. *Cuadernos de Pedagogía*, 311, 52-55. Recuperado de <http://educar.unileon.es/Didactic/Temas/CdP31102.pdf>
- Guerrero López, J. F. (2006). Yo soy dos y estoy en cada uno de los dos por completo: de San Agustín al gato de Schrödinger o las dos caras de la persona con hiperactividad (TDAH). En J. F. Guerrero (coord.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)* (pp. 9-45). Málaga: Aljibe.
- Guinot Zamorano, J. (2013). *Mitos y realidades sobre el TDAH. Hiperactividad y déficit de atención*. Tarragona: Altaria.
- Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes (2009). Hiperactividad: ¿abuso del término? *Infancia: Educar De 0 a 6 Años*, 114, 37-47.
- Harvey, E. A., Lugo-Candelas, E. I., & Breaux, R. P. (2015). Longitudinal Changes in Individual Symptoms Across the Preschool Years in Children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(4), 580-594.
- Hegarty, S. (2008). Investigación sobre educación especial en Europa. *REICE. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2), 191-199. Recuperado de <http://www.rinace.net/arts/vol6num2/art13.pdf>

- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The Effects of Improvisation Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(9), 1758-1766. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-008-0566-6#page-1>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Lacárcel Moreno, J. (1990). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lacárcel Moreno, J. (2006). Importancia de los “arquetipos sonoros” en musicoterapia aplicada a niños con necesidades educativas especiales. *Intervención en el alumnado con necesidades educativas especiales*, 37, 1-8. Recuperado de <http://www.grao.com/revistas/eufonia/037-intervencion-en-el-alumnado-con-necesidades-educativas-especiales/importancia-de-los-arquetipos-sonoros-en-musicoterapia-aplicada-a-ninos-con-necesidades-educativas-especiales>
- Láez, M. C., Requejo Gutiérrez, M., Silvano Toquero, J. J. y Velasco Velado, M. C. (s. f.). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud.
- Lingerman, H. A. (2009). *Musicoterapia: el poder curativo de la música*. Barcelona: Océano Ámbar.
- Llamas Rodríguez, J. C. (2012). La imbricación entre Educación Musical y Musicoterapia: breves apuntes sobre el uso de la armonía en el ámbito de la discapacidad psicosocial. *Artseduca*, 1, 12-23. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3946010>
- López Pastor, V. M., Monjas Aguado, R. y Pérez Brunicardi, D. (2003). *Buscando alternativas a la forma de entender y practicar la educación física escolar*. Barcelona: INDE.

- Louv, R (2009). Do our kids have nature-deficit disorder? *Educational Leadership*, 67(4), 24-30. Recuperado de <http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/659196/25827784/1420558265707/Do+Our+Kids+Have+Nature-Deficit+Disorder+Louv.pdf?token=51Ft9CUgyw9I52LdH%2FN%2B91F2%2FY8%3D>
- Martí Augé, P. (2000). Visión general y teoría de la musicoterapia. En M. Betés de Toro (comp.), *Fundamentos de musicoterapia* (pp. 287-305). Madrid: Morata.
- Martín Navarro, N. (2012). Caracterización y evolución del TDAH en la etapa adulta. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 87-105. Recuperado de http://aen.es/wp-content/uploads/2014/06/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf
- Martín Recio, P. (2013). *Música y necesidades educativas especiales* (Trabajo Fin de Grado). Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3943>
- Moreno García, I. (2013). Acercamiento al TDAH. Eliminando mitos y aproximando evidencias. En M. Á. Martínez Martín (coord.), *Todo sobre el TDAH: Guía para la vida diaria, avances y mejoras como labor de equipo* (pp. 25-48). Tarragona: Altaria.
- Montañés, M. (2013). Diseño científico de muestras estructurales. *Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodologías de la Investigación en Comunicación Social, Segovia*, 841-854. Recuperado de http://www.revistalatinacs.org/068/cuadernos/Segovia_actas.pdf
- Ortega, E., Esteban, L., Estévez, A. F. y Alonso, D. (2009). Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 145-168. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129312577005.pdf>

- Pascual Lema, S. (2012). El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 37-53. Recuperado de http://aen.es/wp-content/uploads/2014/06/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf
- Pazo, L. (2009). El valor de la alimentación en el origen del llamado ADDH. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 133-156). Madrid: CEP.
- Pelayo-Terán, J. M., Trabajo, P. y Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-20. Recuperado de http://aen.es/wp-content/uploads/2014/06/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf
- Peñalba Acitores, A. (2010). Musicoterapia e hiperactividad. *Revista Musical Catalana*, 303, 4-6.
- Pérez Galán, R. (2009). La redefinición teórico-práctica del trastorno TDAH desde una perspectiva más comprensiva y positiva: de lo que fue a lo que debe ser. En L. Benasayag (comp.), *TDAH: niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (pp. 13-34). Madrid: CEP.
- Pérez Gómez, A. I. (2002). Un aprendizaje diverso y relevante. *Cuadernos de Pedagogía*, 311, 66-70. Recuperado de <http://educar.unileon.es/Didactic/Temas/CP311022.pdf>
- Ponce Celda, Y. (2012). *Terapia farmacológica y musicoterapia en usuarios con trastorno de déficit de atención e hiperactividad* (Tesina). Recuperada de <http://www.isep.es/tesina/terapia-farmacologica-y-musicoterapia-en-usuarios-con-tdah/>
- Rodrigo, M. S. (2000). *Música: terapia de música y sonido*. Madrid: Musicalis.

- Rodríguez Fuentes, A. (2005). Investigación sobre necesidades educativas especiales: ¿qué y cómo investigar en Educación Especial? *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(5), 97-111. Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/5/espanol/Art_5_41.pdf
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Aljibe.
- Rubiales, J., Bakker, L. y Delgado Mejía, I. D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(2), 145-161. Recuperado de <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/126/113>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª Ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Santos Guerra, M. A. (2002). Organizar la diversidad. *Cuadernos de Pedagogía*, 311, 76-80. Recuperado de <http://educar.unileon.es/Didactic/Temas/CP311024.pdf>
- Schwarz, A. A. y Schweppe, R. P. (2002). *Cúrate con la música*. Barcelona: Robinbook, D. L.
- Skutle, A., Bu, E. T. H., Jellestad, F. K., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., ... van de Glind, G. (2015). Early developmental, temperamental and educational problems in “substance use disorder” patients with and without ADHD: ¿Does ADHD make a difference? *Addictive Behaviors Reports*, 2, 13-18.
- Spratt, J. & Florian, L. (2015). Inclusive pedagogy: From learning to action. Supporting each individual in the context of “everybody”. *Teaching and Teacher Education*, 49, 89-96.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos* (2ª ed.). Madrid: Morata.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (13ª reimp.). Barcelona: Paidós.

- Tarrida, J. et al. (2000). *Salud Activa. Técnicas de diagnóstico y terapias alternativas* (Vol. 6). Barcelona: Plaza y Janés.
- Tójar Hurtado, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Tovar Sosa, M. A. (Ed.) (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association. [Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition]* (3ªed.). México: Manual moderno.
- Vaillancourt, G. (2009). *Música y musicoterapia: su importancia en el desarrollo infantil*. Madrid: Narcea, D.L.
- Valles Martínez, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vega Fernández, F. M. (2012). Protocolo de intervención en TDAH. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 21-35. Recuperado de http://aen.es/wp-content/uploads/2014/06/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf
- Vicente Mariño, M. y Monclús Blanco, B. (2012). Herramientas informáticas para el análisis cualitativo de la imagen audiovisual. Nuevos recursos para la investigación en comunicación. *Comunicación y Riesgo. Actas del III Congreso Internacional de la Asociación Española de Investigación en Comunicación*, 23-30. Recuperado de http://www.ae-ic.org/tarragona2012/contents/comunicacions_cd/ok/339.pdf
- Waitoller, F. R. & Kozleski, E. B. (2015). No stone left unturned: Exploring the convergence of new capitalism in inclusive education in the U.S. *Education Policy Analysis Archives*, 23, 1-33.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. y Bonde, L. O. (2011). *Guía completa de musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: AgrupArte Producciones.
- Zapico Merayo, Y. y Pelayo-Terán, J. M. (2012). Controversias en el TDAH. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 97-115. Recuperado de http://aen.es/wp-content/uploads/2014/06/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf

