

Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes

Social consequences of learning difficulties in children and teenagers

Carmen Alemany Panadero

Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Educación y Juventud

Resumen: Las Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA), como el TDAH, la dislexia, la discalculia, la disgrafía, y otras, precisan un tratamiento multimodal adecuado. Sin el tratamiento necesario, estos niños y adolescentes pueden sufrir consecuencias en su vida académica, laboral, económica y social, con influencia en su conducta, autoconcepto y autoestima, bienestar psicológico y emocional, relaciones sociales, y posteriormente dando lugar a un aumento del riesgo de consumo de sustancias, fracaso y abandono escolar, desarrollo de problemas de salud mental y problemas con la justicia. En su vida adulta las consecuencias pueden manifestarse en dificultades de acceso al empleo cualificado, menos oportunidades laborales, un inferior nivel de ingresos y en posibles situaciones de riesgo de exclusión social.

Palabras Clave: Aprendizaje, Dificultades, Intervención, Fracaso escolar, Exclusión social.

Abstract: Learning Disabilities (LD) like ADHD, dyslexia, dyscalculia, dysgraphia, and others need the right multimodal treatment. Without the required support, these children and teenagers can suffer consequences in their academic, professional, economic, and social lives, affecting their behaviour, self concept and self esteem, psychological and emotional wellbeing, social relationships, and afterwards leading to an increased risk of substance abuse, school failure and drop-out, mental health disorders and problems with justice. In their adult lives, consequences can manifest in difficulties to access qualified jobs, less career opportunities, a reduced level of income and possible situations of social risk or social exclusion.

Keywords: Learning, Difficulties, Intervention, School failure, Social exclusion.

Recibido: 07/09/2018 Revisado: 30/11/2018 Aceptado: 02/01/2019 Publicado: 10/01/2019

Referencia normalizada: Alemany Panadero, C. (2019). Las consecuencias sociales de las dificultades de aprendizaje en niños y adolescentes. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 11, 91-122. doi: 10.15257/ehquidad.2019.0004

Correspondencia: Carmen Alemany Panadero. Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Educación y Juventud. Correo electrónico: alemany@carmenpanadero.es

Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal N° 11 /January 2019 e- ISSN 2386-4915

1. INTRODUCCIÓN

El término Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA) aparece por primera vez en la legislación española en la LOE (Título II, Capítulo I), aunque no incluye una definición del mismo. La actual LOMCE contiene varias referencias a los alumnos con dificultades de aprendizaje (artículos 27.3, 71.2 y 79), añadiendo una referencia expresa al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y estableciendo los principios de normalización, inclusión y no discriminación e igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo. Sin embargo, estos grandes principios no siempre han hallado su aplicación real en la práctica. La falta de concreción jurídica de medidas específicas para materializar estos principios, el escaso y dispar desarrollo legal y reglamentario en cada Comunidad Autónoma y la falta de financiación de servicios, recursos y apoyos específicos, han supuesto serias dificultades para llevar a la práctica los principios recogidos en la LOMCE. Nos hallamos ante una dicotomía entre los grandes principios y valores recogidos en la Ley y la práctica diaria del sistema educativo.

En los últimos años, en el contexto de la crisis económica, se han llevado a cabo una serie de ajustes presupuestarios en educación en nuestro país. Estos ajustes han supuesto la reducción de los recursos materiales, humanos y financieros destinados a la intervención con alumnos con dificultades de aprendizaje. Estas medidas han dado lugar a dificultades en el acceso a apoyos educativos, la reducción de profesionales en los Equipos de Orientación Educativa y Pedagógica (E.O.E.P), en los maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica (P.T.) y Audición y Lenguaje (A.L.), el endurecimiento de los criterios de acceso a los servicios, las largas listas de espera para obtener una evaluación y un dictamen con validez oficial y la dificultad de acceder a la intervención educativa, psicopedagógica, logopédica o rehabilitadora con estos estudiantes en los sistemas educativo y sanitario públicos, lo que implica la necesidad de recurrir a recursos privados que no son accesibles a todas las familias afectadas.

Los alumnos que tienen reconocido un grado de discapacidad suelen obtener el reconocimiento de Necesidades Educativas Especiales (NEE) y pueden acceder a algunos recursos específicos (maestros especialistas en P.T. y A.L), si bien el número de sesiones semanales en ocasiones resulta insuficiente para las necesidades específicas de este alumnado. Pero asimismo, existe un colectivo de alumnos con dificultades de aprendizaje, que por sus características no reciben la calificación de alumnos con NEE, pese a sus necesidades de apoyo específico. Aquellos alumnos con trastornos neurobiológicos como la dislexia, discalculia, TDAH, disgrafía, disortografía, dispraxia, Trastorno Específico de Lenguaje (TEL), Trastorno de Aprendizaje No Verbal (TANV) o trastornos combinados, son catalogados únicamente como alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE), y en función de los requisitos que establezca cada Comunidad Autónoma, muchos de ellos no tienen acceso a la atención de los Equipos de Orientación Educativa y Pedagógica (E.O.E.P.) ni a los apoyos de los maestros especialistas en P.T. y A.L. Muchas familias de alumnos con NEAE se ven obligadas a recurrir a servicios de carácter privado.

Muchos alumnos precisan de intervención educativa, psicopedagógica y logopédica para poder finalizar las etapas educativas obligatorias. Autores como Adelman y Vogel (citados por González et al., 2010, p.325) cifran el fracaso escolar y el abandono académico en alumnos con DEA entre un 40 % y un 56%, frente al 25% de abandono escolar en estudiantes sin dificultades. En los últimos años diversas publicaciones han señalado que algunas dificultades específicas de aprendizaje tienen importantes consecuencias en los resultados académicos de los alumnos, dando lugar a situaciones de fracaso escolar y abandono escolar prematuro (Fernández Guerrero, 2011, p.2, Bolívar & López, 2009, p.13).

El fracaso escolar tiene graves consecuencias para el futuro de los jóvenes afectados. Falta de cualificación laboral, dificultades para el acceso al mercado laboral, empleo precario y desempleo de larga duración son algunas de las consecuencias (Eckert, 2006, pp.39-43). En este artículo vamos a realizar un análisis de las consecuencias que con frecuencia sufren

los afectados por DEA a nivel laboral, económico, psicológico, emocional, de salud, con un aumento de la incidencia de los factores de riesgo de exclusión social.

2. PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS

Existen una serie de alumnos que sin mostrar dificultades de carácter intelectual, sensorial, físico o perceptivo, poseen carencias en su aprendizaje en el contexto del aula ordinaria, presentando un desfase con el resto del grupo-clase en los aprendizajes que por su edad deberían haber alcanzado. Una de las definiciones de Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA) más citadas por la mayoría de los autores es la elaborada por el National Joint Committee on Learning Disabilities de Estados Unidos (NJCLD, 1994).

Las dificultades de aprendizaje es un término genérico que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos, manifestados por dificultades significativas en la adquisición y uso de la capacidad para entender, hablar, leer, escribir, razonar o para las matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, y presumiblemente debidos a una disfunción del sistema nervioso, pudiendo continuar a lo largo del proceso vital. (p.65)

Adelman y Vogel (citados por González et al., 2010, p.325) señalan que entre el 40 % y el 56 % de los estudiantes de la ESO que padecen una o varias DEA abandonan los estudios, frente a un 25 % de abandono académico en estudiantes sin dificultades. Estos datos hacen necesaria la investigación sobre este tema, ya que estas dificultades y el fracaso o abandono escolar que implican, pueden llegar a afectar a toda la trayectoria vital de estos jóvenes, tanto a nivel laboral, como económico, psicológico, emocional y social.

Las principales líneas de investigación desarrolladas hasta el momento en lengua española se han centrado en aspectos muy específicos de algunos trastornos concretos, como la dislexia o el TDAH. Existen estudios sobre el autoconcepto en niños con dificultades de aprendizaje (González-Pineda et

al., 2000), la agresividad escolar y el *bullying* como consecuencia de las DEA (Vacas, 2002), los conflictos con la ley en este alumnado (Nieto Morales, 2011), las adicciones a sustancias en jóvenes con TDAH (Ohlmeier; et al., 2009; Torrico, et al., 2012, Reverón, 2016) y la violencia escolar en menores con TDAH (Álvarez, Menéndez, González & Rodríguez, 2012). Otras investigaciones se centran de forma específica en las consecuencias del fracaso escolar, citando las DEA como una de sus causas (Fernández, 2007. Bolívar & López, 2009, Nieto, 2011). Algunas DEA como la discalculia o la disgrafía cuentan con una muy escasa publicación de literatura científica en nuestra lengua (Castro, Estévez & Reigosa, 2009). Existe un trabajo en lengua española sobre las consecuencias de la dislexia, disgrafía y discalculia, aunque centrando el análisis de consecuencias en el contexto de la educación ecuatoriana (Scrich, Cruz, Bembibre & Torres, 2017). Los estudios en lengua inglesa sobre las consecuencias de las DEA en personas adultas (Shessel & Reiff, 1999, Riddick, 2009, Geary, 2011) adolecen de similares limitaciones. El estudio elaborado por Riddick (2009) está centrado en las consecuencias sociales y emocionales de la dislexia (pp.32-50).

La investigación realizada por Geary (2011) analiza las consecuencias de la discalculia a nivel laboral y salarial, señalando en los sujetos de la muestra una inferior tasa de empleo a jornada completa, un aumento de empleo manual no cualificado, bajos salarios e inferiores oportunidades de promoción (pp.2-8). El análisis realizado por Shessel y Reiff (1999) es el único que realiza un análisis de las consecuencias de varias DEA en personas adultas a nivel social, psicológico, emocional, educativo y laboral (pp.305-314).

Se carece de literatura en lengua española que analice las consecuencias de las DEA a nivel educativo, sanitario, laboral, económico y social, las consecuencias de la falta de intervención y de la reducción en los recursos financieros, materiales y humanos dirigidos a los servicios de apoyo educativo, psicopedagógico, logopédico y rehabilitador, con el fin de conocer el impacto real de estos trastornos en la vida de los afectados.

En lo que se refiere a la prevalencia de las DEA, la mayoría de los estudios existentes se han realizado sobre alumnos de habla inglesa. En este caso, los resultados no son plenamente aplicables a nuestra lengua, ya que algunos trastornos como la dislexia son más prevalentes en países donde la ortografía es más opaca. En Italia la tasa de prevalencia de la dislexia es mucho más baja que en EEUU (González et al., 2010, p.324). En países de habla hispana apenas existen estudios acerca de la prevalencia de la dislexia, aunque estos autores estiman que se asemejaría más a la italiana, al ser una lengua con una ortografía transparente (González et al., 2010, p.324).

En España, un autor clave en el análisis de la prevalencia de las DEA es Josep Artigas-Pallarés, que en diversas publicaciones (años 2002, 2006 y 2009) estudia la prevalencia de estos trastornos, estando el TDAH entre un 3-7 % de la población general, la dislexia entre un 5-17 %, la disgrafía en un 3 % de la población y la discalculia entre un 3-6% de la población. Este autor también ha realizado estudios relativos a las comorbilidades entre el TDAH y otras DEA (Artigas, 2003, pp.71-76) y a los tratamientos indicados para la dislexia (Artigas, 2009, pp.85-91).

Algunas líneas de investigación analizan las consecuencias en la salud de los individuos afectados por DEA. El TDAH posee una elevada comorbilidad con otras DEA (Artigas, 2003, pp.71-76; Martínez, Henao & Gómez, 2009. p.183) con otros trastornos psiquiátricos (Torrìco et al., 2012, pp. 92-93; Martínez et al., 2009), y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de adicciones, tanto en lo referido al consumo de alcohol como de sustancias ilegales (Ohlmeier et al., 2009, pp.13-18, Torrìco et al. 2012; Reverón, 2016). Torrìco et al. (2012) señalan una prevalencia del 27,8 % de TDAH en personas con trastorno por abuso de sustancias, un 33,3 % entre consumidores de alcohol, un 42,2 % entre consumidores de cocaína, un 48,9 % entre consumidores de cannabis del 48,9% y un 13,3 % entre consumidores de heroína (pp.92-93).

Artigas (2003, pp.71-76) añade que el TDAH posee asociación con otros trastornos, citando un estudio realizado en Suecia por Gillberg (2016), según el cual que el 87 % de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido y el 67% tenían, por lo menos, dos trastornos comórbidos. Las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC), aunque existe comorbilidad con dislexia, depresión, ansiedad, adicciones, síndrome de Tourette y otros trastornos (Artigas, 2003). Estos datos subrayan de nuevo la importancia de un diagnóstico precoz del TDAH, un cribado de otros potenciales trastornos comórbidos y un tratamiento eficaz e integral de estos alumnos.

Fernández Guerrero (2011, pp.3-4) señala que un 29 % del fracaso escolar se debe a las DEA y un 10 % al TDAH. Martínez et al. (2009) subrayan que las DEA son la causa más frecuente de fracaso escolar (pp.182) y que los alumnos con DEA tendrán en un 80 % de los casos bajo rendimiento escolar, y un 45% repetirá al menos un curso escolar (p.181).

El fracaso escolar y el abandono escolar tienen graves consecuencias para el futuro de estos adolescentes y jóvenes. López, Reverte y Palacios (2016) señalan un aumento del riesgo de exclusión laboral, económica y social y dificultades para insertarse en la actual economía del conocimiento (pp.123-130). González y San Fabián (2018) coinciden en este análisis y subrayan la falta de cualificación laboral, las dificultades para el acceso al mercado laboral, el desempleo de larga duración, la precariedad, el riesgo de exclusión social y un mayor número de dificultades sociales, económicas, de salud y de bienestar general (pp.43-45). Hernández y Alcaraz (2017) hablan de consecuencias devastadoras para el ser humano y para sus posibilidades de realización laboral y social (p.4). Por su parte, Calero, Choi y Waisgrais (2010) también hacen referencia a un mayor riesgo de exclusión económica y social (p.227). Eckert (2006) subraya que más de cuatro de cada seis individuos sin cualificación profesional se han encontrado en desempleo más de un año a lo largo de los tres primeros años de vida activa, lo que significa que han pasado más de un tercio de su tiempo sin empleo (p.41). Este autor

añade que estos jóvenes nutren un mercado laboral secundario, que alterna temporadas de empleo precario con temporadas de desempleo de larga duración (p.48). Aznar y Azorín (2010) señalan que los colectivos con más dificultades para su acceso al mercado laboral son los que más riesgo padecen de exclusión social (pp. 66-70), y añaden que existe una relación inversa entre nivel educativo y tasa de desempleo (p.72) lo cual situaría a los jóvenes con DEA que fracasan en la escuela en un elevado riesgo de exclusión social.

Hernández y Alcaraz (2017) añaden que las consecuencias del fracaso y el abandono escolar prematuro no afectan únicamente al individuo sino a toda la sociedad, ya que se pierden personas que pueden realizar una aportación al desarrollo económico, cívico y social del país y al sostenimiento del Estado de Bienestar (p.2).

Fernández Guerrero (2011) señala que la escuela no se adapta a las necesidades del alumnado con DEA, no busca soluciones adecuadas ni flexibiliza los aspectos curriculares o metodológicos necesarios para hacer accesible el contenido a todo el alumnado, sino que continúa con las fórmulas habituales (pp.2-3). Cuando existe un desajuste entre el sistema de enseñanza y la forma de aprender de algunos alumnos, se produce el fracaso escolar. La autora señala que no es el niño quien fracasa, ya que el niño es el objeto de la acción educadora. Quien fracasa es el sistema educativo, al no ser capaz de acercar los contenidos curriculares a todos los alumnos, ni siquiera en las etapas educativas obligatorias (p.6).

3. OBJETIVOS

El objetivo del presente artículo es ampliar y profundizar el conocimiento sobre las consecuencias sociales de las Dificultades Específicas de Aprendizaje, ya que hasta el momento la investigación actual se ha centrado en el análisis de trastornos concretos, así como de aspectos muy específicos de los trastornos más prevalentes o conocidos, existiendo pocos estudios multidimensionales en lengua castellana sobre la situación de las personas afectadas por DEA cuando alcanzan la edad adulta y las posibles

consecuencias de su condición a nivel educativo, sanitario, laboral, económico y social. Esta investigación persigue los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Ampliar y profundizar el conocimiento sobre las consecuencias sociales de las DEA en la trayectoria vital de los afectados.
- Poner al descubierto un problema social cuyas consecuencias a largo plazo no han sido analizadas en profundidad.
- Fundamentar la necesidad de destinar recursos a la intervención integral con este colectivo en el sistema educativo y sanitario.

Objetivos específicos:

- Ampliar el conocimiento sobre los efectos y consecuencias de las DEA, los trastornos más prevalentes y las comorbilidades entre ellos.
- Realizar un análisis multidimensional de la problemática de este colectivo, teniendo en cuenta la perspectiva de las familias, la de los afectados en edad adulta, y la de los profesionales especializados en DEA.
- Realizar una comparación de la situación de las personas adultas con DEA frente a los datos referidos a la población general, a diversos niveles: académico, de salud, laboral, económico y social.
- Conocer el estado actual de la intervención con las personas con DEA en el sistema educativo y sanitario y las posibles carencias o deficiencias existentes, tanto en los servicios públicos como en los privados.

4. HIPÓTESIS

Desde este punto de partida, las hipótesis que va a ser objeto de análisis en este artículo son las siguientes:

- Las personas afectadas por DEA encuentran dificultades para su evaluación, identificación e intervención en los sistemas educativo y sanitario públicos, resultando necesario acudir a servicios de carácter privado.
- Las DEA, cuando no reciben la intervención adecuada, pueden tener consecuencias en el rendimiento académico de los afectados, aumentando el riesgo de fracaso escolar o abandono escolar prematuro.

- Las personas afectadas por DEA experimentan situaciones de desventaja de larga duración, que afectan a su trayectoria vital, a sus oportunidades laborales, a la temporalidad en el empleo, a su nivel de ingresos y a sus oportunidades de acceso a la vivienda.
- Las personas afectadas por DEA pueden sufrir secuelas en su salud física y mental, con problemas como ansiedad, depresión, problemas de autoestima, trastornos de conducta, abuso de sustancias u otros.
- Como resultado de todo lo anterior, las DEA pueden dar lugar a situaciones de riesgo de exclusión social.

5. METODOLOGÍA

Para realizar la presente investigación y con objeto de confirmar o descartar la veracidad de las hipótesis objeto de estudio, se ha seguido la siguiente metodología de trabajo:

a) Tipo de investigación: Se ha seguido una metodología cuantitativa, basada en la obtención, registro y sistematización de datos a través de tres cuestionarios diferentes, dirigidos a los tres segmentos de población que integran la muestra. Estos cuestionarios buscan obtener datos relativos a estos trastornos, su prevalencia, comorbilidades, efectos y consecuencias.

b) Tipo de población. La población que ha respondido los cuestionarios se compone de personas adultas con DEA, familias de adolescentes con DEA y profesionales especializados en estos trastornos (procedentes tanto del sector público como del sector privado).

c) Muestra. La muestra se compone de tres segmentos. En el estudio han participado 130 personas adultas con DEA, 404 familias de adolescentes con DEA, y 90 profesionales especializados. Para la obtención de la muestra se ha contactado con asociaciones de afectados todas las Comunidades Autónomas, seleccionándose entidades de características muy diversas (asociaciones, federaciones y fundaciones), de entornos tanto rurales como urbanos, e integradas por personas con todo tipo de DEA. La selección de los sujetos que componen la muestra se ha llevado a cabo a través de dichas entidades, habiendo participado en el estudio aquellos usuarios que han accedido a colaborar de forma voluntaria.

Por otro lado, para la selección de la muestra de profesionales, se ha contactado con asociaciones y colectivos profesionales integrados por orientadores, psicopedagogos, logopedas, maestros de Pedagogía Terapéutica y de Audición y Lenguaje, gabinetes psicopedagógicos y logopédicos, departamentos de orientación de centros educativos y equipos de orientación psicopedagógica, de todas las Comunidades Autónomas, tanto de zonas rurales como urbanas, y tanto de titularidad pública como privada. La selección de los especialistas que han participado en este estudio se ha llevado a cabo a través de estas entidades y colectivos profesionales, habiendo participado aquellos profesionales que han accedido a ello de forma voluntaria.

d) Estrategias de recogida de información. La información se ha obtenido a través de tres cuestionarios de elaboración propia, dirigidos a los tres segmentos que integran la muestra. En cada una de las entidades, los individuos que aceptaron pertenecer a la muestra respondieron los cuestionarios propuestos, de forma confidencial y anónima.

e) Técnicas de análisis de los datos. Para el análisis de los datos obtenidos se han empleado técnicas de análisis estadístico (tablas, matrices, gráficos, comparación, recuento, contextualización, obtención de resultados y verificación de conclusiones). Estas técnicas nos permiten una explotación adecuada de la información obtenida, permitiendo extraer las tendencias más relevantes. Asimismo, se emplean técnicas de comparación y síntesis con los resultados y conclusiones de estudios de otros investigadores.

Para la verificación de la coherencia de los resultados y conclusiones, se aplican los criterios de calidad establecidos por Guba y Lincoln (1999):

- *Verdad/credibilidad*: se refiere a la credibilidad y confianza de la investigación, basándose en la consistencia entre perspectivas y su relación con la realidad.
- *Aplicabilidad/transferencia*, se refiere a la posibilidad de transferir los resultados obtenidos a otros contextos con similares condiciones.
- *Consistencia/dependencia*, se refiere a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos resultados.

- *Neutralidad/confirmabilidad:* evalúa la presencia de sesgos en la investigación (motivaciones, intereses personales, concepciones teóricas del investigador, etc).

6. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos, desglosados en los tres segmentos que integran la muestra seleccionada.

6.1. RESULTADOS EN ADOLESCENTES.

Sobre una muestra de 404 familias de adolescentes con DEA, hallamos en estos jóvenes una prevalencia claramente superior de la dislexia (28,4 %), seguida del TDAH (26,5 %) y de la discalculia (12,9 %). Un 10,6 % de la muestra padece disgrafía, un 10,1 % disortografía, un 6,9 % Trastorno Específico de Lenguaje (TEL), un 2,2 % Trastorno de Aprendizaje No Verbal (TANV) y un 1,5 % dispraxia. Ver Figura 1.

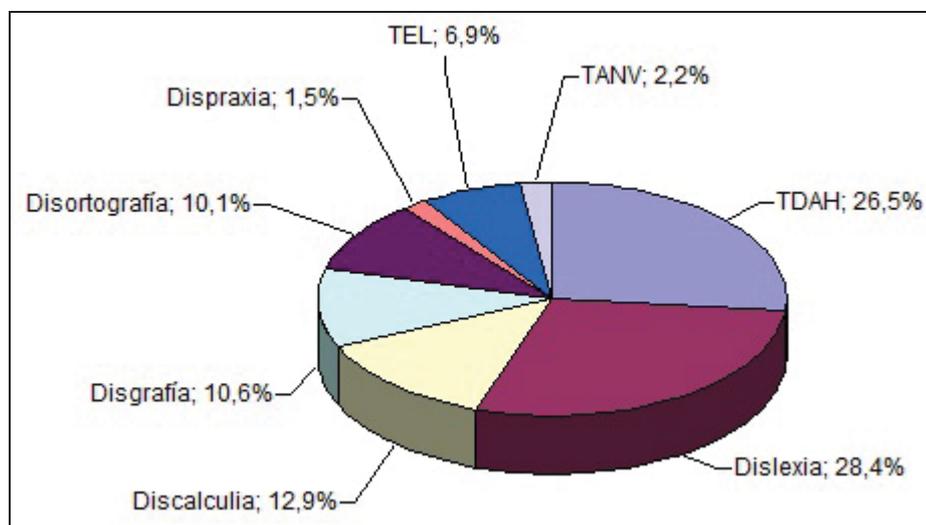


Figura 1. Prevalencia DEA en adolescentes.
Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, los resultados muestran la frecuente presencia de comorbilidades entre DEA, siendo frecuente la asociación entre TDAH y dislexia (16,4 % de los jóvenes de la muestra), así como entre dislexia y discalculia (12,6 %), dislexia y disgrafía (9,4 %) o dislexia y disortografía (8,9 %). Un 2,2 % de la muestra padece de forma comórbida TDAH, dislexia y discalculia.

Identificación de la/s DEA: Los datos obtenidos muestran una tendencia a recurrir a especialistas privados para la identificación de las DEA (67,8 %), lo que parece indicar cierta dificultad para el acceso a los servicios públicos. La opción privada es claramente mayoritaria, a pesar de su coste económico para las familias. Estos resultados apoyan la primera hipótesis del presente estudio. (Ver Figura 2).

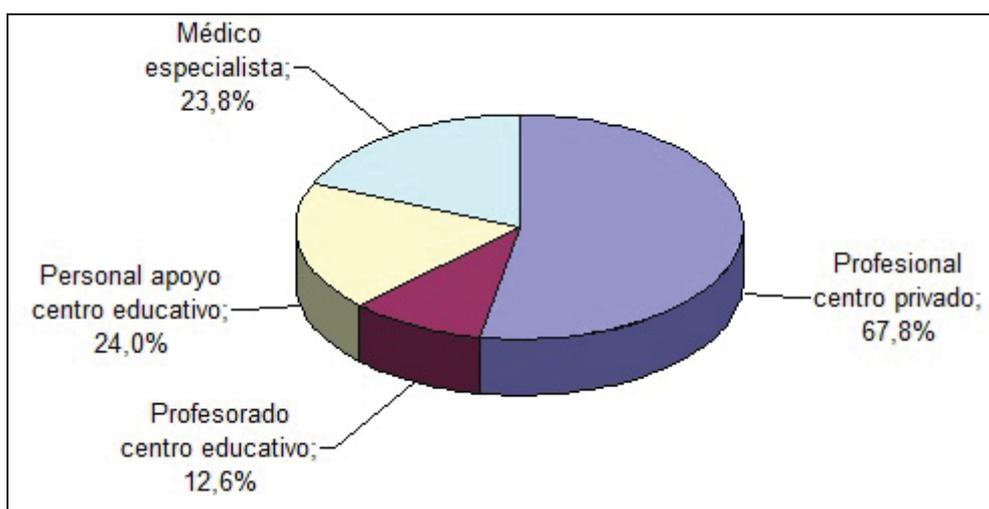


Figura 2. Identificación de las DEA en adolescentes.
Fuente: Elaboración propia.

Intervención especializada: Los resultados reflejan que la mayoría de estos jóvenes han recibido intervención educativa, psicopedagógica o logopédica de profesionales del sector privado (54,2 %). Un 24,8 % no ha recibido ningún tipo de intervención, y un 35,6 % ha recibido apoyo de los maestros especialistas en P.T y A.L de su centro educativo. Sólo un 6,2 % ha tenido acceso a atención terapéutica en la sanidad pública. Estos resultados

confirman asimismo la primera hipótesis, relativa a las dificultades de acceso a la intervención en los sistemas educativo y sanitario públicos.

Consecuencias de las DEA: La muestra de madres y padres consultada ha reflejado las siguientes consecuencias de las DEA en sus hijos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Consecuencias de las DEA percibidas por las familias

Consecuencias percibidas por las madres/padres	Porcentaje de la muestra afectado
Baja autoestima o autoconcepto	73 %
Desmotivación para el estudio	65,6 %
Dificultades de relación con sus iguales	29 %
Fracaso escolar	21,5 %
Problemas de conducta	21 %
Abandono de los estudios	4 %
Conflictos con la ley	1,5 %
Otras (poco tiempo libre, frustración, ira, bloqueo, desprecio a los docentes, negación de su DEA).	4,6 %

Fuente: De elaboración propia.

Las familias encuestadas refieren consecuencias en el autoconcepto y autoestima de sus hijos-as, desmotivación para el estudio, dificultades de relación, problemas de conducta o fracaso escolar. Un 29,9 % de los padres refieren que su hijo-a ha repetido algún curso. Sólo un 4,5 % de los padres manifiesta que su hijo-a no ha sufrido ninguna consecuencia debido a las DEA. Estos resultados confirman la segunda hipótesis de partida, relativa al aumento de dificultades académicas y riesgo de fracaso escolar.

En lo referido a la salud de los adolescentes, un 63,5 % de las familias refiere que su hijo/a padece ansiedad, un 18,6 % depresión, un 7 % manifestaciones psicósomáticas (bruxismo, cefaleas, insomnio, problemas digestivos, trastornos de alimentación y adicciones sin sustancias: videojuegos o móvil), y un 5,7 % otros trastornos psiquiátricos. En menor medida refieren consumo de sustancias: un 3,7 % consumo de tabaco y un 2,2 % otros consumos. Estos datos parecen apoyar la cuarta hipótesis planteada, relativa a los riesgos para la salud física y mental de las personas afectadas por DEA.

6.2. RESULTADOS EN ADULTOS

En el segmento de la muestra compuesto por 130 personas adultas con DEA, los resultados muestran una prevalencia superior de la dislexia (85,4 %) seguida muy de lejos por el TDAH (20 %), disortografía (15,4 %), discalculia (14,6 %) y disgrafía (11,5 %). La dispraxia la padece un 3,8 % de la muestra, el TEL un 3,1 %, y el TANV un 2,3 %. Los resultados muestran asimismo la presencia de comorbilidades, siendo frecuente la asociación entre dislexia y discalculia (12,9%), dislexia y TDAH (11,3 %), dislexia y disgrafía (11,3 %) y dislexia y disortografía (11,3 %). Un 4,03 % de la muestra padece de forma comórbida cuatro DEA: dislexia, discalculia, disgrafía y disortografía. El TEL en los individuos de la muestra aparece asociado a la dislexia (3,1 %). (Ver Figura 3).

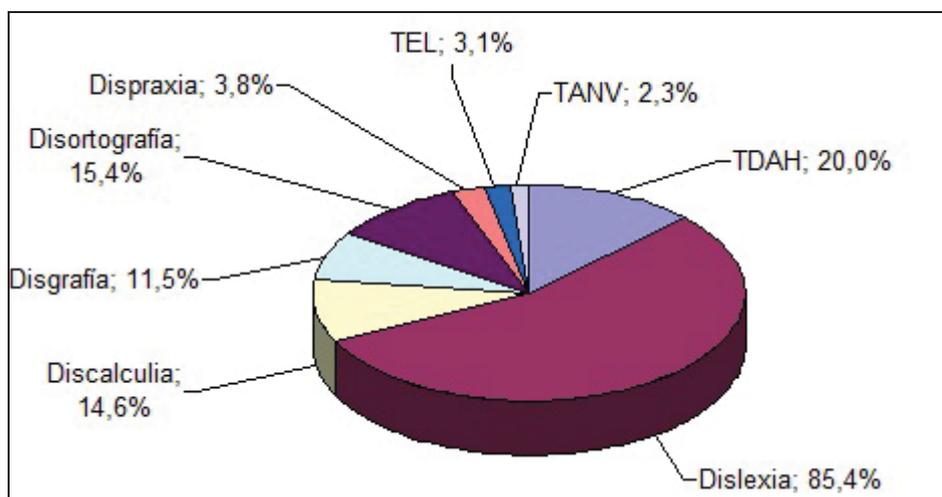


Figura 3. Prevalencia de las DEA en adultos.
Fuente: Elaboración propia.

Nivel de estudios alcanzado: El análisis del nivel de estudios alcanzado por los adultos con DEA consultados, nos arroja los siguientes datos. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de estudios de los adultos con DEA de la muestra consultada

Nivel de estudios	Porcentaje de muestra titulado	Población General (INE y MECD 2017)
Educación Primaria	17,7 %	13,5 %
E. Secundaria Obligatoria	16,9 %	28,8 %
FP Básica	5,4 %	8,2 %
FP Grado Medio	8,5 %	27,5 %
FP Grado Superior	16,2 %	22,0 %
E. Secundaria Postobligatoria	10 %	13,7 %
Estudios Superiores	36,2 %	28,8 %

Fuente: De elaboración propia

Se observa que la tasa de individuos con DEA que únicamente cuentan con estudios primarios supera en más de cuatro puntos los datos de la población general, sin embargo, la tasa de personas con el título de graduado en Educación Secundaria Obligatoria se halla muy por debajo de la recogida por el INE (2017), lo que podría indicar dificultades para la superación de los niveles mínimos obligatorios de nuestro sistema educativo. Esto refuerza la segunda hipótesis expuesta: las DEA pueden tener consecuencias en el rendimiento académico de los afectados, causando situaciones de fracaso escolar o abandono escolar prematuro.

Sin embargo, también nos encontramos con una elevada tasa de personas con estudios superiores, lo cual puede significar que aquellos individuos con DEA que logran superar con éxito las etapas obligatorias, en muchos casos logran obtener dichas titulaciones.

Situación laboral: La muestra estudiada presenta diferencias reseñables en su situación laboral con respecto a la población general. El 33,1 % de los sujetos de la muestra están desempleados frente al 16,55 % de la población general (INE, 2017). Asimismo, se observan diferencias significativas en las tasas de empleo temporal, siendo mucho más elevada la tasa en las personas con DEA (un 44 % frente al 26,81 %). El acceso a la función pública de las personas con DEA también parece ser algo inferior a la media de la población general (un 12 % frente a un 16,58 %).

En lo que se refiere a la estabilidad o precariedad laboral de las personas con DEA, se consulta a los individuos de la muestra por el número de veces que han cambiado de empleo a lo largo de su trayectoria laboral. Las respuestas obtenidas nos arrojan los siguientes datos. (Ver Figura 4).

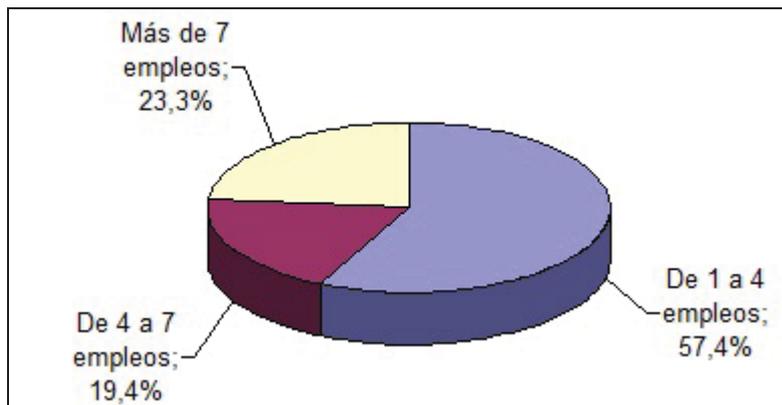


Figura 4. Número de puestos de trabajo que ha tenido a lo largo de la vida.

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar, un 42,7 % de los encuestados han tenido más de cuatro puestos de trabajo a lo largo de su vida y un significativo 23,3% han tenido más de siete. Estos datos resultan coherentes con la alta temporalidad recogida en el apartado anterior, y refleja una elevada tasa de precariedad laboral.

Estos resultados y su comparación con los datos que arroja el INE relativos a la población general confirman la tercera hipótesis en la parte que se refiere a las consecuencias laborales que experimentan las personas con DEA.

Nivel de ingresos: El nivel de ingresos anual de los sujetos que componen este segmento de la muestra se refleja en el siguiente gráfico. (Ver Figura 5).

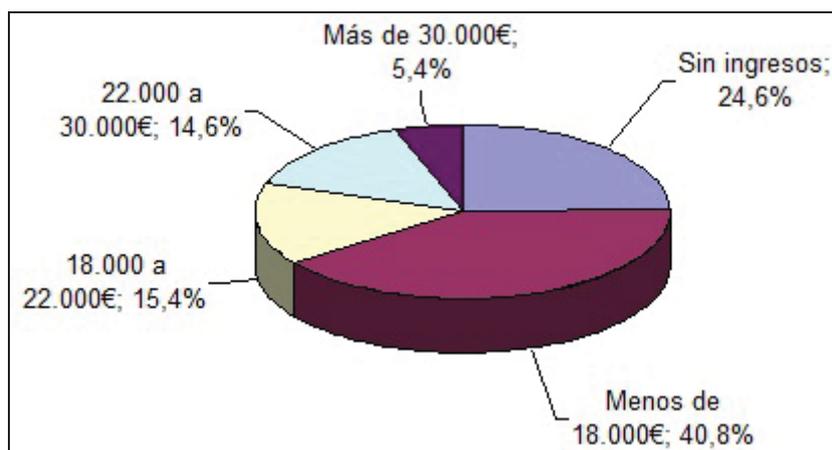


Figura 5. Nivel de ingresos en la muestra de adultos con DEA.
Fuente: Elaboración propia.

Los datos obtenidos al comparar los ingresos anuales de las personas con DEA con la población general muestran una brecha significativa. Un 65,4 % de los adultos con DEA se hallan por debajo de los 18.000€ anuales o sin ingresos, frente al 44,9 % de la población general, según resulta al comparar los datos del presente estudio con los últimos datos de la Encuesta de Estructura Salarial del INE. En los tramos salariales intermedios y altos, la brecha continúa siendo significativa. Un 30 % de la muestra ingresa entre 18.000€ y 30.000€ anuales, frente al 39,99 % de la población general, y sólo un 5,4 % de la muestra dispone de unos ingresos superiores a 30.000€ anuales frente al 15,06% de la población general. Estos resultados muestran desigualdades significativas en el nivel de ingresos y una clara situación de desventaja para los afectados, quedando en su mayoría reducidos al tramo de bajos ingresos o sin ingresos, lo cual refuerza la tercera hipótesis de partida.

Acceso a la vivienda: Los datos reflejan que un 23,1 % de los adultos de la muestra reside con sus padres. Asimismo, realizando una comparativa con los datos del INE, se observa que los sujetos consultados poseen una tasa superior de vivienda en alquiler (20 % frente a un 16,3 % de la población general) y un acceso muy inferior a la vivienda en propiedad (55,4 % frente a un 77,1 %).

Consecuencias autopercibidas de las DEA: A un nivel más subjetivo, se ha consultado a los sujetos adultos entrevistados sobre las consecuencias que ellos mismos perciben haber sufrido por padecer una o varias DEA. Se ha desglosado la consulta en consecuencias a nivel de salud y a otros niveles. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Consecuencias autopercibidas en la salud de los adultos con DEA

Consecuencias de salud	Porcentaje muestra afectada
Ninguna	36,9 %
Depresión	16,9 %
Ansiedad	45,4 %
Otros trastornos psicológicos	3,1 %
Trastornos conducta	10,8 %
Consumo tabaco	20 %
Consumo alcohol	4,6 %
Consumo otras sustancias	4,6 %

Fuente: Elaboración propia

Los resultados revelan una elevada tasa de ansiedad (45,4 % frente a un 6,8 % de la población general según datos del INE), depresión (16,9 % frente a un 6,8 % de la población general) y trastornos de conducta (10,8 %), si bien un 36,9 % de la muestra refiere no haber experimentado ninguna consecuencia. Estos resultados son coherentes con las investigaciones anteriores (Vacas, 2002, Artigas 2003, Nieto 2011, Álvarez et al., 2012) que reflejan un riesgo aumentado de padecer ansiedad, depresión y trastornos de conducta. En lo que se refiere al aumento de riesgo de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, los resultados del presente estudio reflejan una prevalencia elevada de consumo en los afectados por TDAH (un 36% de la muestra de adultos con TDAH consume) frente a los afectados por otras DEA sin comorbilidad con TDAH (un 22 % consume). Estos datos resultan coherentes con los estudios publicados con anterioridad (Ohlmeier; et al., 2009; Torrico, et al., 2012, Reverón 2016).

Tanto la muestra de adolescentes como la de adultos han referido haber sufrido consecuencias negativas en su salud, lo cual apoya y refuerza nuestra hipótesis de partida relativa a la influencia de las DEA en la salud de los afectados.

Consultados los individuos de la muestra sobre las consecuencias y efectos de las DEA en otros niveles y ámbitos de su vida diferentes del sanitario, las respuestas se recogen en la siguiente tabla. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Consecuencias autopercibidas en los adultos con DEA a nivel académico, laboral, económico, jurídico o social

Consecuencias	Porcentaje muestra afectado
Ninguna	6,2 %
Baja autoestima	66,9 %
Dificultades relación	32,3 %
Desmotivación para el estudio	50,8 %
Fracaso escolar	33,8 %
Abandono escolar prematuro	18,5 %
Problemas conducta	12,3 %
Conflictos con la Ley	2,3 %
Baja cualificación educativa o laboral	28,5 %
Bajo nivel de ingresos	16,9 %
Desempleo	11,5 %
Precariedad laboral	10 %
Dificultades para emanciparse	4,6 %
Otras (aislamiento, sentimiento inutilidad, etc)	5,6%

Fuente: Elaboración propia.

Estos datos son coherentes con los resultados obtenidos por los estudios anteriores (González et al., 2000; Fernández, 2007; Bolívar & López, 2009; Nieto, 2011; Torrico et al., 2012), coincidiendo asimismo la percepción de los afectados con las cifras que arroja el presente estudio relativas a fracaso y/o abandono escolar prematuro, nivel de estudios alcanzado, cualificación

laboral, oportunidades laborales, precariedad laboral, nivel de ingresos y dificultades para el acceso a la vivienda. Todo ello contribuye a reforzar la segunda y tercera hipótesis de partida.

6.3. LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

De los 90 profesionales especializados en DEA de la muestra analizada, el 68,9 % señalan que la identificación del problema en el sistema educativo público está fallando, un 9,4 % señala que esto sucede en ocasiones y con determinados trastornos y un 18,9 % afirman que no está fallando. Consultados sobre las causas de las deficiencias en la detección de las DEA, podemos observar las respuestas en el siguiente gráfico. (Ver Figura 6).

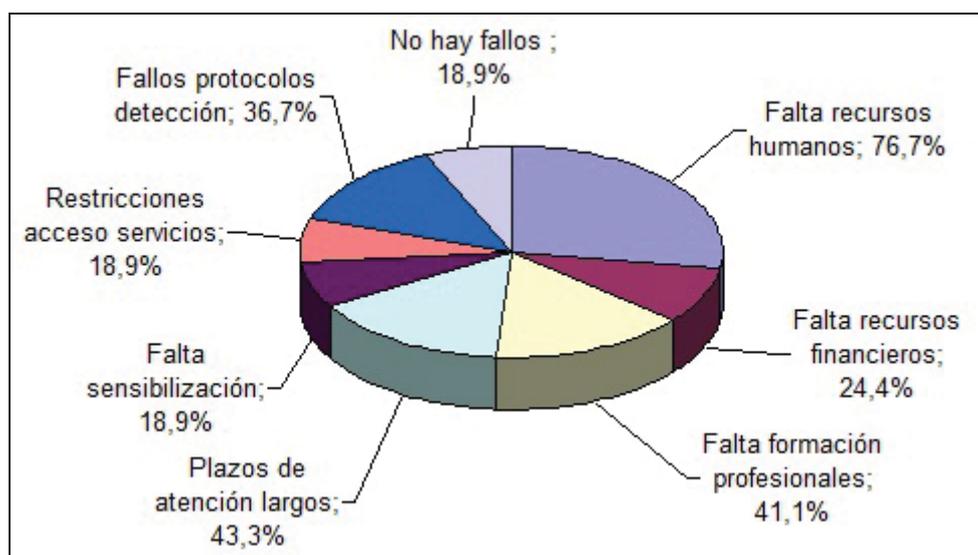


Figura 6. Causas de los fallos de identificación de las DEA en el sistema educativo.

Fuente. Elaboración propia.

Asimismo, un 74,4 % de los profesionales considera que está fallando la identificación de las DEA en el sistema sanitario público, y un 17,8 % no cree que existan deficiencias. Respecto a las causas de esas carencias en la detección en el sistema sanitario, las respuestas de los profesionales son las siguientes. (Ver Figura 7).

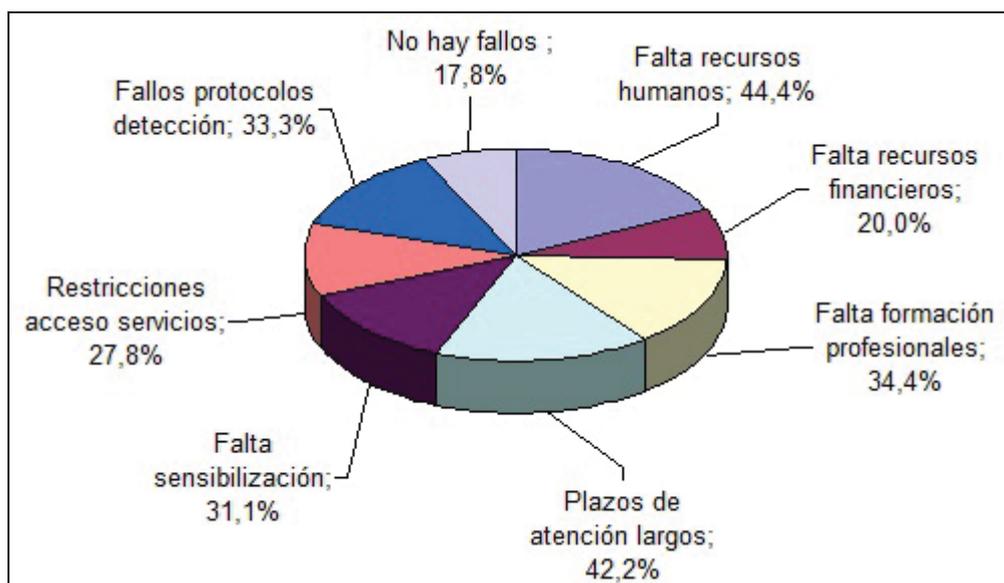


Figura 7. Causas de los fallos de identificación de las DEA en el sistema sanitario.

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los profesionales consultados señala como problemas del sistema sanitario: la falta de recursos humanos (44,4 %) y los plazos de atención excesivamente largos (42,2 %). En menor medida, señalan la falta de formación de los profesionales (34,4 %), fallos en los protocolos de detección (33,3 %), falta de sensibilización de los profesionales (31,1 %) y restricciones en los criterios de acceso a los especialistas (27,8 %).

El 68,9 % de los profesionales consultados considera que suele ser necesario acudir a profesionales de carácter privado para la evaluación, identificación e intervención con alumnos con DEA. Un 63,3 % opina que es frecuente que las familias renuncien o abandonen el tratamiento por motivos económicos, dado el elevado coste de los servicios privados. Estos datos, junto con los obtenidos de las familias y adultos afectados, confirman nuestra primera hipótesis de partida, relativa a las dificultades para obtener una adecuada evaluación, identificación e intervención en los sistemas educativo y sanitario públicos y a la necesidad de acudir para ello a servicios de carácter privado.

Consultados sobre los factores protectores para estos alumnos, los profesionales señalan una serie de factores que se recogen a continuación. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Factores protectores para los alumnos con DEA

Factores protectores	Respuesta profesionales
Aumento del personal especializado	91,1 %
Aumento formación del profesorado	86,7 %
Metodologías inclusivas	68,9 %
Generalización de la escuela inclusiva	64,4 %
Aumento recursos financieros para los servicios de apoyo	60 %
Adaptaciones curriculares no significativas	57,8 %
Desarrollo de pedagogías renovadoras	45,6 %
Aprendizaje por proyectos	45,6 %
Creación de centros o aulas específicas	6,7 %
Reducción de ratio profesor-alumno	2,2 %

Fuente: Elaboración propia.

En lo referido a la creación de centros educativos especializados en la integración de alumnos con DEA, un 71,1 % señala no conocer este tipo de centros, un 13,3 % se muestra a favor de estas iniciativas, y un 12,2 % muestra reparos por tratarse de centros segregados, prefiriendo que los recursos se dirijan a promover la inclusión en todos los centros y no a la creación de centros específicos. Dos de los profesionales consultados han señalado que estos centros hacen una gran labor aunque aún les falta experiencia práctica.

Los profesionales especialistas señalan como consecuencias de las DEA los problemas de autoconcepto y autoestima (94,4 % de los profesionales), desmotivación para el estudio (90 %), bajo rendimiento escolar (90 %), fracaso escolar (70 %), problemas en la relación con sus iguales (66,7 %), problemas de conducta (58,9 %), ansiedad (52,2 %) y abandono de los estudios (40 %). En menor medida, los especialistas señalan como consecuencias la depresión (23,3 %), otros trastornos psicológicos (13,3 %), consumo de tabaco (8,9%), consumo de otras sustancias (8,9%), consumo de alcohol (7,8 %) y conflictos con la ley (7,8 %).

Esta valoración de los profesionales especialistas en DEA resulta coincidente con la autopercepción de los afectados, así como con nuestras hipótesis relativas a las consecuencias en la salud, éxito académico, oportunidades laborales y desarrollo de problemas a nivel social.

7. DISCUSIÓN

Este estudio confirma los resultados obtenidos por las investigaciones anteriores, mostrando un aumento del riesgo de fracaso y abandono escolar prematuro (Fernández Guerrero, 2011, Bolívar et al., 2009), problemas de autoconcepto y autoestima (González-Pineda et al., 2000), problemas de conducta y agresividad (Vacas, 2002; Álvarez et al., 2012), así como un mayor riesgo de exclusión laboral, económica y social (Reiff, 1999; Eckert, 2006; Calero et al., 2010; Geary, 2011; López et al., 2016, González y San Fabián, 2018).

Asimismo, este estudio avanza un paso más, mostrando la acumulación de efectos negativos de las DEA a todos los niveles: sanitario, educativo, laboral, económico y social, y cómo estos factores se entrelazan y refuerzan, condicionando el futuro social y laboral de los afectados.

En relación al riesgo aumentado de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias por parte de individuos con TDAH, el presente estudio confirma los resultados obtenidos por estudios anteriores (Ohlmeier; et al., 2009; Torrico, et al., 2012, Reverón 2016). Un 36 % de la muestra de adultos con

TDAH consume sustancias. En el resto de DEA no se observa una prevalencia aumentada de consumo de sustancias frente a la población general.

Con vistas a investigaciones futuras, podría resultar de interés la realización de un estudio longitudinal con una muestra amplia de niños o adolescentes con diferentes DEA, que permitiera conocer la evolución en el tiempo de estos individuos a lo largo de sus diferentes etapas vitales y las consecuencias de sus dificultades de aprendizaje en su vida adulta, pudiendo valorar de este modo las consecuencias de las diferentes metodologías y enfoques de intervención aplicados en cada caso, así como las consecuencias de no intervenir. Esto permitiría valorar de forma más precisa la eficacia de los diferentes modelos de intervención y los resultados de cada uno de ellos para los afectados.

Asimismo, a la vista de la necesidad de recurrir a servicios de carácter privado manifestada por familias y profesionales, sería preciso realizar un estudio detallado sobre la detección e intervención actual sobre las DEA en los sistemas educativo y sanitario públicos. Es preciso conocer el origen de las deficiencias en estos sistemas, conocer los criterios de acceso a los servicios, si existen restricciones en algunas Comunidades Autónomas, la metodología de intervención empleada con este alumnado, la periodicidad de las sesiones, la duración media de la intervención, el profesional encargado de realizarla, y la eficacia de la intervención en los sistemas públicos frente a los servicios que ofrecen los gabinetes psicopedagógicos y logopédicos privados. Únicamente conociendo las carencias del sistema podremos aspirar a mejorarlo.

8. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman casi en su totalidad las hipótesis de partida. Los datos muestran diferencias significativas en los logros académicos, laborales, económicos y sociales de las personas adultas con DEA con respecto a la población general, así como consecuencias a diferentes niveles: educativo, sanitario, laboral, económico y social.

La primera hipótesis planteada al comienzo del presente artículo hacía referencia a la necesidad de acudir a servicios de carácter privado, como de hecho han confirmado familias y profesionales.

Un gran número de afectados únicamente han obtenido estudios primarios, y los resultados obtenidos reflejan dificultades para finalizar los niveles de educación obligatoria, lo que confirma la segunda hipótesis de nuestra investigación.

Los resultados muestran diferencias significativas a nivel laboral y salarial. Este colectivo presenta tasas elevadas de desempleo y precariedad, ocupan los niveles inferiores de la estructura salarial y tienen mayores dificultades de acceso a la vivienda en propiedad. Todo ello confirma la tercera hipótesis planteada.

En lo relativo a la cuarta hipótesis planteada, relativa a las consecuencias de las DEA para la salud de los afectados, los tres segmentos que conforman la muestra coinciden en referir secuelas en los afectados a nivel de salud física, psicológica y emocional.

En suma, se observa una elevada prevalencia de factores que pueden causar situaciones de riesgo o de exclusión social, lo que parece apoyar nuestra quinta y última hipótesis.

Resulta necesario realizar una mención a la situación de los adolescentes y jóvenes afectados por DEA. Pese a las modernas metodologías de intervención educativa, psicopedagógica, logopédica, médica y social existentes en la actualidad, los adolescentes afectados siguen sufriendo consecuencias negativas debidas a su condición. Los resultados obtenidos por este estudio muestran las dificultades de este alumnado para acceder a una correcta evaluación, diagnóstico e intervención en los servicios públicos, siendo preciso en muchos casos recurrir a profesionales privados, cuyo coste no es accesible a todas las familias. Actualmente todas las Comunidades Autónomas disponen de Equipos de Orientación, maestros

especialistas en P.T y A.L, psicólogos, psicopedagogos, logopedas y trabajadores sociales, pero un 67,8 % de las familias manifiestan haber identificado las DEA de sus hijos/as en servicios privados, y un 68,9 % de los profesionales señalan que existen deficiencias en los sistemas públicos que obligan a las familias a acudir a servicios de carácter privado.

A la vista de los datos obtenidos, resulta de suma importancia establecer procesos de intervención integral con los alumnos afectados por DEA, con el fin de prevenir en la medida de lo posible las consecuencias negativas de estos trastornos, y evitar futuras situaciones de riesgo y/o exclusión social.

9. AGRADECIMIENTOS

A Laura Ponce de León Romero, por su apoyo durante el proceso de elaboración de esta investigación. Su experiencia como investigadora me ha resultado de gran ayuda en este proceso. A todas las asociaciones, federaciones, personas afectadas por las DEA y profesionales del sector que han participado en la investigación. Este artículo no hubiera sido posible sin su ayuda.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, P., & Vogel, S (1993). Issues in the employment of adults with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*. Vol: 16 (3), 219-232.
- Álvarez, D., Menéndez, S., González, P., & Rodríguez, C. (2012). Hiperactividad-impulsividad y déficit de atención como predictores de participación en situaciones de violencia escolar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 185-202.
- Artigas-Pallarés, J. (2000) Disfunción cognitiva en la dislexia. *Revista de Neurología Clínica*; 1(1),115-124.
- Artigas-Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología Clínica*, 34(1), 7-13.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 36(1), pp.68-78.

- Artigas-Pallarés, J. (2006). El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Revista Pediatría en Atención Primaria*; 8(4), 15-33.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Dislexia. Enfermedad, trastorno o algo distinto. *Revista de Neurología Clínica*. 48(2), 63-69.
- Artigas-Pallarés, J (2009). El tratamiento farmacológico de la dislexia. *Revista de Neurología Clínica*, 48(11), 85-91.
- Aznar, J., & Azorín, E. (2010) Características del mercado de trabajo español actual y sus consecuencias sobre el riesgo de exclusión social. *Revista Documentación Social*, 158, 63-80.
- Bolívar, A. & López, L. (2009) Las grandes cifras del fracaso y los riesgos de exclusión educativa. *Revista Currículum y Formación de Profesorado*, vol. 13(3), 51-78.
- Calero, J., Choi, A., & Waisgrais, S. (2010). Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España: una aproximación a través de un análisis logístico multinivel. *Revista de Educación*, núm extr. 2010, 225-256.
- Eckert, H (2006). Entre el fracaso escolar y las dificultades de inserción profesional: la vulnerabilidad de los jóvenes sin formación en el inicio de la sociedad del conocimiento. *Revista de Educación*, 341, 35-55. (Trad. Ana C.Romero).
- Fernández, M., Mena, L., & Riviere, J. (2010). Fracaso y abandono escolar en España. *Colección Estudios Sociales*, 29, Barcelona, Obra Social la Caixa.
- Fernández, M., Mena, L., & Riviere, J. (2010). Desenganchados de la educación: procesos, experiencias, motivaciones y estrategias del abandono y del fracaso escolar. *Revista de Educación*, núm extr. 2010, 119-145.
- Fernández Guerrero, A.B. (2011). El fracaso escolar. *Revista Innovación y Experiencias Educativas*, 40(1). Recuperado de: <https://www.csif.es/contenido/andalucia/educacion/88978>
- Fullana, J. (1998). La búsqueda de factores protectores del fracaso escolar en niños en situación de riesgo mediante un estudio de casos. *Revista Investigación Educativa*, 16(1), 47-70.
- García, R., Sánchez, Á. & Rodríguez, A (2013). Las competencias socio-personales en la integración socio-laboral de los jóvenes que cursan

- programas de cualificación profesional inicial. *Rev. Española de Orientación y Psicopedagogía*, 24(2), 58-78.
- Geary, D. (2011). Consequences, Characteristics, and Causes of Mathematical Learning Disabilities and Persistent Low Achievement in Mathematics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(3), 250–263.
- Gillberg, C. & Rasmussen, P. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years. A controlled, longitudinal community-based study. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11),1424-1431
- Gillberg, C., Lundervold, A., Stickert, M., Hysing, M., Sorensen, L. & Posserud, M.B. (2016). Attention Deficits in Children With Combined Autism and ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(7), 599-609.
- González, D., Jiménez, J E., García, E., Díaz, A., Rodríguez, C., Crespo, P. & Artiles, C. (2010). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje en la Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 317-327.
- González, J., Núñez, J.C., González, S., Álvarez, L., Rocés, C., García, M., González, P., Cabanach, R. & Valle, A. (2000) Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12(4), 548-556.
- González, M.T. & San Fabián, J.L. (2018). Buenas Prácticas en Medidas y Programas para Jóvenes Desenganchados de lo Escolar. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 16(2), 41-60.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1999). *Establishing trustworthiness*. En A.Bryman y R.G. Burgués (Eds.). *Qualitative Research*. London: Sage Publications, 397-344.
- Hernández, M.A., & Alcaraz, M. (2017). Aproximación conceptual del abandono escolar. *II Congreso sobre Desigualdad Social, Económica y Educativa s.XXI*. Ponencia llevada a cabo en el Congreso sobre Desigualdad Social, Económica, y Educativa s.XXI. Organizador: Univ. Autónoma de Tamaulipas.

- Hernández Pallarés, L.A. (2012) Aportaciones para la confección de un modelo de escuela inclusiva para los alumnos con dificultades del aprendizaje. En: Navarro, J; Fernández, M.T; Soto, F.J. y Tortosa F. (Coords.) *Respuestas flexibles en contextos educativos diversos*. Recuperado de: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/idea2012/ensayos.html>. Murcia. Consejería de Educación, Formación y Empleo.
- Jiménez, J.E., Guzmán, R., Rodríguez, C., & Artiles, C. (2009). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje: La dislexia en español. *Anales de Psicología*, 25(1), 78-85.
- López, M., Reverte, G.M., & Palacios, M. (2016). El fracaso escolar en España y sus regiones. Disparidades territoriales. *Revista Estudios Regionales*, 107, 121-155.
- Martínez, M., Henao, G.C., & Gómez, L.A. (2009) Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 178-194.
- National Joint Committee on Learning Disabilities- NJCLD. (1990). Learning Disabilities: Issues on Definition. Recuperado de: <http://www.ldonline.org/about/partners/njcld/archives>
- Nieto, C. (2011). Fracaso escolar y conflicto con la ley. *Revista Asociación de Sociología de la Educación*, 4(2), 186-203.
- Ohlmeier, M., Peters, K., Wildt, B., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H., & Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías y Salud Mental*, 58(1), 12-18.
- Reverón, D (2016). *Relación TDAH y Drogas*. Universidad La Laguna, Tenerife.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C., Artigas-Pallarés, J. (2004). Características del Trastorno de Aprendizaje No Verbal. *Revista de Neurología Clínica*, 38(1), 33-38,
- Riddick, B. (2009). *Living with Dyslexia, the social and emotional consequences of specific learning difficulties/disabilities*. London/New York. Routledge.

- Scrich, A.J., Cruz, L.A., Bembibre, D., & Torres, I. (2017). La dislexia, la disgrafia y la discalculia: sus consecuencias en la educación ecuatoriana. *Revista Archivo Médico Camagüey*, 21(1), 766-772.
- Shessel, I. & Reiff, H. (1999). Experiences of Adults with Learning Disabilities: Positive and Negative Impacts and Outcomes. *Learning Disability Quarterly*, 22(4), 305-316.
- Torrice, E., Linares, A., Vélez, E., Villalba, F., Fernández, A., Hernández, J. & Ramírez, L. (2012). TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio. *Revista Trastornos Adictivos*, 14(3), 89-95.
- Vacas, C. (2002). Agresividad escolar y dificultades de aprendizaje. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 363-372.