

DECLARACIÓN GLOBAL SOBRE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAs)

1. Introducción

Las personas, desde su nacimiento y a lo largo de toda su vida, presentan diferencias observables mediante indicadores externos (altura, color de ojos,...) o mediante su comportamiento. Tanto los comportamientos como las características físicas tienen un origen biológico, constituyendo la expresión del funcionamiento de órganos o tejidos.

La interacción de factores ambientales con las condiciones biológicas explican las diferencias entre las personas. Sin embargo, los comportamientos: lo que una persona siente, piensa, hace o dice en cada momento de su vida no son el resultado de un factor biológico que actúe como causa de los mismos, sino como resultado de la interacción entre factores predisponentes (biológicos) y factores desencadenantes (ambientales) que modifican la probabilidad de actuar de un modo u otro. En esto se fundamenta la capacidad de elegir la forma de comportarse de los seres humanos, su libertad de elección. La conducta de las personas, esto es, el comportamiento que eligen en una situación concreta, está relacionada con las expectativas de consecuencias que uno u otro comportamiento les pueda proporcionar. No obstante, en cada situación de su vida, cada persona sólo puede actuar de acuerdo a sus posibilidades físicas, lo que significa que las condiciones biológicas limitan sus posibilidades de comportamiento: movimientos precisos o temblorosos, razonamientos simples o complejos, habla fluida o lenta, etc.

Algunas de las características observables de manera directa o indirecta pueden ser causa de dificultades por parte de la persona que las posee, dependiendo de las circunstancias del entorno físico o social en el que se desarrollan. Cuando las características de una persona son claramente observables e implican alguna limitación, las sociedades avanzadas han efectuado modificaciones físicas o sociales para facilitar el desenvolvimiento de quienes las poseen. Así, por ejemplo, se eliminan barreras arquitectónicas, se desarrolla la escritura *braille*, se fabrican implantes auditivos, se ajustan los currículos escolares, bien en contenidos, bien en procedimientos,..., se designan profesionales especializados en la atención educativa a personas diferentes, se elaboran programas especiales, se aplican medidas educativas y fisiológicas en centros escolares y sanitarios, etc... Todo ello, bajo la consideración de que algunas personas son "diferentes", pero no necesariamente "deficientes", ni "enfermos", incapaces de adaptarse al medio cuando éste se ajusta en alguna medida a ellos.

Las diversas capacidades atencionales (conjunto de diversos procesos) son muy diferentes entre las personas, dependiendo, como otras capacidades, de condiciones biológicas no observables por métodos directos. Estas capacidades atencionales tienen múltiples efectos en el comportamiento de los individuos. De especial relevancia durante el desarrollo infantil, afectan notablemente a todos los aprendizajes, tanto sociales, como académicos. En el caso de escolares con algún déficit atencional, la ausencia de ajustes metodológicos en los programas educativos suele ser un factor explicativo de fracaso escolar, que, a su vez, puede alterar las relaciones sociales entre el alumno y los profesores, padres, hermanos, compañeros/as, etc...

Cuando, debido al desconocimiento de la capacidad atencional de un niño o adolescente, el entorno familiar, escolar o social en general, le exige un comportamiento que "no es capaz de llevar a cabo con regularidad", se inicia un proceso de deterioro progresivo de las relaciones familiares, escolares y sociales; instaurándose progresivamente una situación de inadaptación escolar (fracaso o bajo rendimiento), familiar (problemas de disciplina, agresividad, ...), social (exclusión social, acoso,...) y personal (ansiedad, estrés, trastornos psicofisiológicos, mal autoconcepto y baja autoestima).

En la actualidad, cuando un niño o adolescente se manifiesta de este modo en relación con sus características atencionales, suele ser tratado por algún profesional de la salud, que, en muchos casos, realiza el diagnóstico clínico de "[Trastorno por Déficit de Atención](#)".

2. Identificación de las Personas con TDAs

Desde hace varias decenas de años se ha identificado una clase de personas que poseen una característica común, de carácter congénito, que se expresa por un conjunto de comportamientos habituales, presentes desde la primera infancia y persistentes, con algunas modificaciones, durante toda su vida.

Estos comportamientos se clasifican en cuatro grupos:

Grupo A: comportamientos que manifiestan una dificultad para mantener la atención en un mismo estímulo o situación, sea éste visual, auditivo o de cualquier otro tipo,. Por ejemplo: efectuar distracciones frecuentes durante la ejecución de una tarea, interrumpir la atención prestada voluntariamente a algo para dedicarla a un nuevo estímulo,...

Grupo B: comportamientos que manifiestan una dificultad para mantener un estado de movilidad reducida o bien una necesidad de moverse, sea cual sea la situación social en la que se encuentren, incluso durante la realización de actividades que no implican movimiento y que han sido voluntariamente decididas por el individuo. Por ejemplo: leer, ver una película en TV o sala de cine, escuchar una conferencia, esperar en una sala,...

Grupo C: comportamientos que ponen de manifiesto una dificultad para mantener la atención en tareas que requieren procesos reflexivos de larga duración. Por ejemplo: tomar decisiones con la primera idea que se les ocurre, actuar dejándose llevar por las emociones, abandonar tareas que requieren un tiempo de análisis, comparaciones, identificación de similitudes y diferencias,... En general, este grupo de observaciones conductuales parecen ser una forma concreta de expresión de la dificultad de mantener la atención, tal y como se indica en el Grupo A.

Grupo D: comportamientos que ponen de manifiesto una eficacia reducida para percibir los aspectos relevantes de estímulos o situaciones estimulares, junto con una manifestación de lentitud en todo tipo de ejecuciones, tanto motrices, como intelectuales. Por ejemplo: no darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o las situaciones, moverse con lentitud, mostrarse abstraído/a, tardar en comprender las cosas más tiempo de lo normal en su caso,...

3. Diagnóstico Clínico de los TDAs

El **diagnóstico actual de TDAH/TDA constituye un acuerdo entre profesionales**, adoptado a principios de los años 90 tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), quienes los incluyeron en sus Clasificaciones de Enfermedades (CIE-10, DSM-IV) como término propuesto a la comunidad científica internacional, para facilitar el intercambio de información entre profesionales e investigadores.

Con algunas diferencias, ambas organizaciones **OMS** y **APA**, acordaron unos criterios diagnósticos que se encuentran en vigor pero posiblemente modificables en el futuro (tal y como fueron modificados en el pasado) en función de los hallazgos de nuevas investigaciones y datos empíricos recogidos entre la población.

El diagnóstico actual de **TDAH/TDA** se basa en las siguientes premisas:

- Deben confirmarse la existencia de indicadores conductuales suficientes para admitir que la persona en estudio presenta dificultades para mantener la atención, necesidad de moverse significativamente más de lo normal o adecuado en cada caso, escasos indicadores de comportamiento reflexivo o de falta de atención sostenida en tareas de reflexión y, en su caso, deficiencias de eficacia atencional y lentitud en procesos cognitivos y motrices.

- Los indicadores conductuales antes descritos deben constituir una pauta habitual de comportamiento y no estar asociados a unos contextos concretos: momentos, lugares, personas, etc..., lo que se explicaría mejor como unos hábitos adquiridos y no como una manifestación de características congénitas. Para ello, se aconseja contar con los informes de diversas personas que conozcan bien a la persona en estudio.
- Estas pautas habituales de comportamiento deben haberse observado desde los primeros años, dos-tres, y no comenzar su aparición con posterioridad a los cinco-seis años.
- Dado que los comportamientos hiperkinéticos, distractibilidad, falta de eficacia atencional, lentitud y falta de reflexividad pueden explicarse por otros problemas psiquiátricos, neurológicos y psicológicos, se hace preciso, en todos los casos, llevar a cabo un **diagnóstico diferencial**, que, si no en todos, sí en algunos casos complejos, pudieran requerir la intervención de más de un profesional: pediatra, psiquiatra, psicólogo o neurólogo.
- La administración de algunas pruebas psicométricas (atención sostenida, eficacia atencional, inteligencia lógica, ansiedad-estrés,...), efectuada en condiciones óptimas de aplicación, sin efectos de medicación, fatiga, sueño, etc., pueden ayudar a confirmar o descartar el diagnóstico clínico.

La **situación de Trastorno por Déficit de Atención (TDA)**, es diferente de la **condición Déficit de Atención (DAH)**. En el momento actual del conocimiento científico no existe evidencia alguna que apoye la hipótesis de que las personas que poseen la condición (DA) tengan enfermedad alguna. Los estudios neurofisiológicos, bioquímicos y neuroanatómicos, realizados con bastantes limitaciones por la falta de muestras poblaciones amplias, diversificadas y bien definidas, con aparatos y métodos bastante imprecisos todavía, y con errores metodológicos muy frecuentes, solamente han permitido mostrar datos provisionales sobre los posibles correlatos biológicos de las pautas comportamentales ya descritas. Los resultados de estos estudios apoyarían la hipótesis de las diferencias constitucionales de las personas, pero no constituyen pruebas concluyentes de la existencia de enfermedad biológica alguna. En otras palabras: las diferencias, aunque sean cuantitativas, no son sinónimo de deficiencias patológicas (ej.: las personas con déficit de estatura no se consideran portadoras de enfermedad alguna, así como tampoco a los deficientes intelectuales se les considera enfermos y, sin embargo, ambos son grupos de riesgo para sufrir situaciones de "trastorno")

Las personas con TDAH/TDA (poseedoras de la condición DAH/DA) se encuentran -temporalmente- en una situación de inadaptación, con el consiguiente malestar emocional, por lo que puede aceptarse que padecen un "trastorno mental", según los acuerdos internacionales de denominación de los problemas de las personas (DSM-IVTR/ CIE-10).

El diagnóstico de TDAH/TDA constituye un acuerdo entre profesionales para denominar el factor inicial (diferencias en capacidad atencional) que ha desencadenado una situación de inadaptación. Es por lo tanto el término que los profesionales emplean en la actualidad para describir una situación que puede ser temporal, siempre y cuando se proceda a modificar algunos de los factores que la han producido. En el pasado se emplearon otras denominaciones y quizás en el futuro se empleen otras nuevas. La situación de Trastorno por Déficit de Atención puede valorarse en cuanto a su intensidad como Leve, Moderada y Grave, según la amplitud e intensidad de la situación de Inadaptación (en más o menos entornos y de mayor o menor perjuicios).

4. Prevalencia de los TDAs

Los estudios de prevalencia se han llevado a cabo siempre sobre las personas con Trastorno por Déficit de Atención, careciéndose por lo tanto de datos fiables sobre la posible prevalencia de personas con la condición pero que no hayan llegado a una situación de trastorno. Por otra parte, los diferentes instrumentos y métodos empleados para los estudios de prevalencia, han dado lugar a una gran disparidad de cifras. Los datos más comúnmente aceptados, obtenidos mediante el empleo de instrumentos diseñados de acuerdo a los criterios

propuestos por CIE-10 y DSM-IV, indican que la prevalencia del TDAH en población general se encuentra alrededor del 3%. Si se trata de varones exclusivamente, este porcentaje se sitúa entorno al 5% y si se reduce a niñas en el 1%. De manera prácticamente unánime los estudios confirman una prevalencia significativamente mayor en varones que en niñas (aproximadamente en una relación de cuatro niños por cada niña)

Estas cifras se refieren exclusivamente al caso de los niños con TDAH (comúnmente conocidos como "hiperactivos"). No existen estudios concretos sobre los niños con TDA (Inatentos) ni del subtipo Hiperactivo-Impulsivo reconocido por el DSM-IV. Los datos actuales permiten esperar una prevalencia muy superior al 5% entre los niños y niñas con TDA (Inatentos)

5. Tratamientos farmacológicos de los TDAs

Desde hace años la sociedad cuenta con algunos fármacos que no modifican la condición de las personas con DA, pero que mejoran temporalmente su comportamiento, lo que les ayuda a desenvolverse mejor durante los períodos de aprendizaje, evitando o reduciendo la situación de Trastorno. Entre estas sustancias se encuentran los denominados medicamentos psicoestimulantes. En el momento actual se encuentra generalizado el uso del metilfenidato, según varias modalidades de administración. Igualmente están en estudio y fase de pruebas otros fármacos cuyos resultados deberán analizarse a largo plazo.

En general, se estima adecuado proceder a la administración de estos fármacos cuando se identifica un caso de niño/a o adolescente que presenta un cuadro de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (tipo combinado) de intensidad grave. En los casos de intensidad media se propone esperar un tiempo de dos a tres meses para comprobar la posible eficacia de medidas psicoeducativas (reorganización de las condiciones ambientales del hogar familiar y la escuela, junto con entrenamientos en autocontrol al sujeto). Si estas medidas no resultan posibles o son ineficaces, se propone el recurso a la administración de los fármacos. Finalmente, en los casos de trastorno de intensidad leve suelen ser suficientes las medidas psicoeducativas.

Para los casos de Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad la eficacia de los psicoestimulantes u otras sustancias ha resultado muy limitada, al igual que las medidas psicoeducativas. En general, parece ser este grupo el que requiere de más intervención directa sobre los sujetos desde una perspectiva psicopedagógica y una intervención temprana (previa a los seis años) de modo que se pueda enseñar a los sujetos métodos y estrategias de regulación de la atención y de su conducta en general.

6. Tratamientos psicoeducativos de los TDAs

Habida cuenta de que los fármacos no constituyen una opción terapéutica, ya que no modifican la condición DAH/DA, es preciso contar con cambios en los hábitos educativos de las familias y con adaptaciones curriculares en los Centros escolares, así como proporcionar ayudas específicas a estos escolares para que adquieran habilidades de regulación de su conducta atencional y mejoren su comportamiento social y escolar.

En general, todo Protocolo de Actuación General para casos de niños y adolescentes con TDAH/TDA debería incluir los siguientes componentes o similares:

- Asesoramiento y Orientación a los Padres respecto a las características, necesidades y posibilidades de su hijo/a (en función de los resultados obtenidos en la Valoración Socio-Psico-Pedagógica previamente realizada)

- Asesoramiento y Orientación a los Profesores respecto a las características, necesidades y posibilidades de su alumno/a (en función de los resultados obtenidos en la Valoración Socio-Psico-Pedagógica previamente realizada)
- Entrenamiento a Padres en Técnicas Educativas para su empleo con niños difíciles (los niños con DAH/DA son por sus propias características "niños difíciles")
- Asesoramiento a Padres y Profesores para la puesta en marcha de un Programa de Cambio de Conducta en Casa y en el Aula en el que se involucren y cooperen padres y maestros.
- Implementación en el Aula de un Programa de Educación en Valores que favorezca la integración social de todos los miembros del grupo y , especialmente, al alumnado con TDAH.
- Elaboración e implementación de una Adaptación Curricular Metodológica que facilite al escolar con TDAH el éxito escolar diario: posibilidad de terminar las tareas, comprender las explicaciones, etc...
- Proporcionar al niño/a o adolescente la posibilidad de recibir Clases de Apoyo extracurriculares para compensar la imposibilidad del profesorado habitual de prestarle una atención educativa extra.
- Proporcionar al niño/a o adolescente la posibilidad de recibir Entrenamientos Específicos, extracurriculares, para adquirir habilidades de Regulación de la Atención, Mejora de la Reflexividad y Mejora de la Competencia Social (prevención y resolución de conflictos con iguales y adultos)

7. Prevención de los TDAs

Dado que la aparición de los Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad está relacionada con el desconocimiento por parte de padres, hermanos y profesores de la condición biológica de los escolares (similar al retraso intelectual o a la intolerancia al gluten) se hace preciso contar con instrumentos eficaces para una detección temprana (al menos desde los 3 años de edad) que permita un asesoramiento profesional a los educadores.

La adecuación de las exigencias educativas en casa y en las aulas y el ajuste de los programas curriculares a sus posibilidades reales son muy probablemente los factores que pueden prevenir la instauración de cuadros clínicos de TDAH o TDA, evitando la necesidad de medicar a niños con sustancias que, no por necesarias para mejorar su situación, resultan inocuas para su desarrollo físico.

Esta declaración ha sido elaborada por la Asociación Española para el Estudio Interdisciplinar de los Trastornos por Déficit de Atención: AESI-TDA en función de los conocimientos científicos actuales.

Las entidades y profesionales que la suscriban pueden referirse a ella de manera abreviada como **"Declaración de Madrid (2006)"**