

DECLARACIÓN DE CARTAGENA PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UN COMPROMISO PARA TODOS

*Cartagena's Declaration for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD):
Everyone's Commitment*

Juan David Palacio Ortiz,^{1,2} Francisco De la Peña Olvera,^{2,3} Eduardo Barragán Pérez^{2,4}

¹Psiquiatría de Niños y de Adolescentes. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

²Grupo Fundador de la Liga Latinoamericana Para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (LILAPETDAH).

³Psiquiatría de Niños y de Adolescentes, Departamento de Fomento a la Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México.

⁴Departamento de Neuropediatría, Hospital Infantil de México FG, México.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)¹ es una patología neuropsiquiátrica común a nivel mundial en la población pediátrica (5.29%), sin diferencias significativas en la prevalencia entre países,² pero sí con un perfil demográfico, sintomatológico y de respuesta a tratamiento diferente en cada región.³ La identificación temprana del TDAH y su tratamiento adecuado, puede disminuir el desarrollo de futuras complicaciones. Sin embargo, en Latinoamérica menos del 7% de los niños tienen algún tratamiento farmacológico y menos del 23% tienen un tratamiento psicosocial para el TDAH.³ Por otra parte la documentación y evidencia científica en cuanto al diagnóstico y tratamiento integral del TDAH en la población latinoamericana es relativamente limitada, lo que conlleva a la necesidad de crear propuestas acordes a nuestra realidad regional.⁴

El panorama latinoamericano es preocupante. Las personas alrededor de los pacientes con TDAH (padres y maestros) desconocen que las conductas son parte de una enfermedad, los médicos (no especialistas) y los psicólogos, quienes pudieran detectar los casos de manera temprana, no tienen los conocimientos básicos sobre el TDAH, y por otra parte la comunidad latinoamericana entre mitos y creencias, estigmatiza y juzga erróneamente a estos pacientes. Como si fuera poco las políticas de salud y los entes gubernamentales de los países latinoamericanos no contribuyen de una manera activa para resolver este problema.

Todo lo anterior nos invita a pensar, en que todos estos componentes que rodean al paciente con TDAH, podrían modificarse y trazarse el objetivo común de generar una solución efectiva y de mayor impacto para este trastorno. Es por esta razón que se han realizado esfuerzos conjuntos entre diferentes especialistas de Latinoamérica, quienes por medio de reuniones de consenso, y la conformación de una Liga, encaminan parte de la compleja solución.

El primer Consenso latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se realizó en la ciudad de México del 17 al 18 junio de 2007, por convocatoria del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH (GENPETDAH,

A.C.) de México. Se reunieron especialistas en neurología, psiquiatría y psicología de 19 países latinoamericanos, y entre todos realizaron la primera declaración a favor del TDAH: "DECLARACIÓN DE MEXICO PARA EL TDAH EN LATINOAMERICA", Ciudad de México, 18 de Junio de 2007.⁵ Dicha declaración pone de manifiesto la importancia de la identificación temprana de los pacientes con TDAH, el proceso de diagnóstico diferencial adecuado, y el tratamiento de este con sus comorbilidades, con el fin de disminuir el dolor emocional y la grave perturbación que le induce al niño y a su familia, y además prevenir el desarrollo de futuras complicaciones. Así mismo resalta la importancia de asegurar la atención médica a todos los pacientes, garantizar el tratamiento y orientar a los familiares de los afectados.

Este grupo de especialistas en salud mental, integrado por psiquiatras, neurólogos y psicólogos entre otros, se reunió en una nueva ocasión para el segundo Consenso Latinoamericano de TDAH, en Mendoza, Argentina (septiembre de 2008), para fundar la Liga Latinoamericana Para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH).⁶ En esa reunión se revisaron los trabajos desarrollados en México⁷ concretándose los proyectos de investigación conjunta, y quedó claro la necesidad de continuar el esfuerzo del grupo de expertos en pro de la comunidad latinoamericana de pacientes con TDAH, en el campo la promoción de la investigación, la difusión del conocimiento científico y el rompimiento de los estigmas contra este padecimiento.

Algunos trabajos de la LILAPETDAH elaborados en los Consensos y trabajados en cada país, han sido ya publicados,^{8,9} y la formación de comités y grupos o mesas de trabajo son una realidad donde se involucran decenas de especialistas de toda la región, desde México hasta Argentina y Chile.

Recientemente, durante el tercer Consenso Latinoamericano celebrado en la ciudad de Cartagena de Indias – Colombia, en Octubre 2009, se puso a consideración la "PROPUESTA PARA LA DECLARACIÓN DE COLOMBIA PARA EL TDAH EN LATINOAMERICA" con el fin de ser avalada por los miembros de la LILAPETDAH, y otros asistentes al evento. Esta propuesta respalda la primera declaración, y a su vez propone otras líneas de trabajo específicas para que intervengan diferentes actores alrededor del problema y hagan parte de la solución.

Recibido 03/2010, aceptado sin modificaciones 25/03/2010

Correspondencia: Juan David Palacio, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Carrera 51D N° 62-29, Medellín, Colombia e-mail: tdahcartagena@gmail.com

Se envió, vía correo electrónico, la propuesta elaborada a todos los miembros del tercer Consenso en Cartagena. Varios participantes libremente la revisaron, y emitieron sus conceptos, o sugerencias para modificaciones. En esta última etapa de comentarios participaron 26 especialistas de diez países de la región: Dr. Juan Calixto Hernández Aguilar (México), Dr. Andrés Valderrama Pedroza (México), Dr. Pablo Navarrete (Nicaragua), Dr. Osvaldo Castilla Contreras (Colombia), Dr. Alberto Vélez (Colombia), Dr. Orlando L. Villegas (Perú-USA), Dr. Jorge Martínez Cerrato (Nicaragua), Dr. Foad Hassan (Nicaragua), Dra. Laura Mónica Vanegas Cadavid (Colombia), Dr. Rafael Vásquez (Colombia), Dr. Enrique Menzano (Argentina), Dra. Ana Valdés (Chile), Esther Rodríguez (Colombia), Dra. Reyna Durón (Honduras), Dra. Alejandra Munguía (Honduras), Dra. Laura Viola (Uruguay), Dr. Esteban Vaucheret (Argentina), Dra. Sandra L. Guillen (Argentina), Dra. Cecilia Montiel (Venezuela), Dr. Joaquín Antonio Peña (Venezuela), Dr. Lino Palacios (México), Dra. Diana Botero (Colombia), Dra. Andrea Abadi (Argentina), Dra. Miriam Feria (México), Dr. Eduardo Barragán (México), Dr. Francisco de la Peña (México) y Dr. Juan David Palacio (Colombia). Posteriormente la propuesta fue enviada a la Coordinación del Comité Científico del tercer Consenso, y luego de establecer las correcciones finales, se realizó el manuscrito definitivo, que aquí se presenta.

DECLARACIÓN DE CARTAGENA PARA EL TDAH

Por convocatoria de la Liga Latinoamericana Para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (LILAPETDAH), especialistas en neurología, psiquiatría y psicología de 20 países latinoamericanos nos reunimos en el 3er Consenso Latinoamericano de TDAH en Cartagena de Indias, Colombia, (8 y 9 de Octubre de 2009), y unánimemente declaramos que:

1. El TDAH está entre los primeros problemas de salud mental que afecta a la población de niños, adolescentes y adultos, el padecimiento es de origen biológico con participación en su expresión de elementos psicosociales, es también reconocido científicamente a nivel mundial y tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.
2. La prevalencia promedio mundial del TDAH es del 5,29%. En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, sólo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado. Ante esta problemática diagnóstica y terapéutica se debe desarrollar una estrategia específica que recupere la salud y bienestar de los pacientes afectados.
3. Los principales síntomas del TDAH son inatención, hiperactividad e impulsividad excesivas e inadecuadas para la edad y afecta a preescolares, escolares, adolescentes y adultos de ambos géneros (o sexos), sin importar condición social, raza, religión o ambiente socioeconómico.
4. Aunque el ambiente tiene un papel modulador en su expresión, los síntomas del TDAH no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar.

5. El TDAH se manifiesta desde la infancia y tiene un curso crónico con expresiones a lo largo de la vida, y puede continuar hasta un 60% de los casos, hasta la adultez.
6. El diagnóstico lo realiza el médico especialista o el psicólogo clínico con entrenamiento en TDAH, sustentado en el ejercicio clínico, a través de su consulta especializada, recopilando la información en la historia clínica bajo un sistema de multi-informantes.
7. Para establecer el diagnóstico, no se requieren pruebas de laboratorio o gabinete.
8. El diagnóstico y tratamiento deben estar acordes a la realidad socioeconómica, médica y cultural de quién vive en cada uno de los países latinoamericanos.
9. El TDAH no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos.
10. El TDAH incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso marital.
11. Los costos que implica un diagnóstico y tratamiento a largo plazo, para el individuo, la familia y la sociedad; pueden ser reducidos con un diagnóstico y tratamiento efectivos. El diagnóstico y tratamiento oportunos pueden reducir los costos a largo plazo.
12. El niño, el adolescente o el adulto con TDAH tiene derecho a una atención médica y psicológica oportuna, y es indispensable que cada país vele por asegurar dicha atención que incluya evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con TDAH.
13. El tratamiento del TDAH debe ser individualizado, y realizado de manera multimodal incluyendo medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas; las cuales en conjunto constituyen la piedra angular del mismo.
14. Durante el tratamiento del TDAH se pueden recetar medicamentos a los pacientes, los cuales deben estar prescritos y vigilado exclusivamente por médicos especialistas.
15. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los niños, adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar.
16. Es necesario establecer y fortalecer en cada país latinoamericano, una legislación sobre el TDAH que favorezca un diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los pacientes con TDAH sin discriminaciones.
17. Es un compromiso de los expertos en TDAH realizar acciones de información, difusión, actualización y capacitación sobre el TDAH, tanto para los profesionales médicos, como para los psicólogos, maestros, padres y la población general.
18. Se debe ofrecer información actualizada a los maestros y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta del niño o adolescente con TDAH.
19. Se debe orientar y asesorar a todos los padres cuyos hijos tengan TDAH, sobre el trastorno y sus implicaciones en el desarrollo integral del individuo. Se debe facilitar la atención

- y apoyo familiar a quien lo requiera, o en aquellos casos en los que se detecten problemas en el funcionamiento familiar.
20. La familia es la responsable del tratamiento de su hijo, para lo cual debe recibir todo el apoyo técnico y material que necesite.
 21. Debe promoverse la investigación científica colaborativa tanto internacional como local, así como el intercambio académico, para conocer mejor el fenómeno del TDAH latinoamericano y de esta manera apoyar políticas de salud pública que reviertan en un mejoramiento de la detección temprana, evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes.
 22. Es importante que la LILAPETDAH mantenga el compromiso solidario para el apoyo en la formación de recursos humanos especializados.
 23. Se debe asegurar la disponibilidad del tratamiento farmacológico para la población con TDAH, cualquiera que sea el agente, metilfenidato, anfetaminas y atomoxetina, entre los más utilizados.
 24. Se requiere que las entidades gubernamentales que regulan el expendio de medicaciones de control como el metilfenidato y las anfetaminas (i.e.: Fondo Nacional de Estupefacientes, etc.) mantengan suficiente abastecimiento para suplir las necesidades de la población durante todo el año, y como entidades gubernamentales, procuren y vigilen el mejor servicio para la entrega de la medicación.
 25. Para asegurar el tratamiento farmacológico con el metilfenidato y anfetaminas, todos los países latinoamericanos deberían tomar el ejemplo del gobierno chileno, el cual por medio del decreto No 405, de 1983, Ministerio de Salud, Dpto., Asesoría Jurídica, permite la distribución del metilfenidato, de esta manera asegurando la disponibilidad de la medicación a los pacientes con TDAH.
 26. Se debe asegurar la disponibilidad del tratamiento psicosocial, impulsado en las dependencias gubernamentales y/o legislativas correspondientes.

27. El TDAH debe ser considerado como una prioridad en los países latinoamericanos, y debe ser incluido en los programas de apoyo social de los servicios de salud de los gobiernos de los diferentes países.

CONCLUSIÓN

Todos los protagonistas alrededor del paciente con TDAH hacen parte de la solución. Algunos puntos de la declaración señalan la importancia de participación activa de algunos de ellos, como los padres y maestros (tales como el 15, 18 y 20), los médicos especialistas (entre los más sobresalientes los puntos 8, 13, 14, 17, 19, y 21), y en especial el gobierno y las entidades prestadoras de salud (EPS) (tal como lo señalan los puntos 12, 16, 23, 24, 25, 26 y 27).

La Declaración de Cartagena para el TDAH constituye el segundo llamado que los miembros de la LILAPETDAH realizan de una forma organizada y multinacional, para la difusión de las manifestaciones clínicas y terapéuticas del TDAH, y para la promoción de estrategias gremiales y sociales orientadas a la disminución del estigma de este padecimiento que afecta a millones de niños, adolescentes y adultos en la región. Es responsabilidad de los miembros de la liga y de la comunidad científica de Latinoamérica, orientar al tratamiento de los problemas de salud mental y en especial del TDAH, seguir el desarrollo de mejores estrategias diagnósticas, de tratamiento y de reducción del estigma de estos pacientes.

Nota:

Decreto No 405, de 1983, Ministerio de Salud, Dpto., Asesoría Jurídica.¹⁰ En este texto el término "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)" corresponde en la clasificación internacional DSM-IV-TR al código F90.0,¹ y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) al código F 90.0.¹¹ Aclaración: Los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed Revised ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
2. Polanczyk G, Silva M, Lessa H, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analyses. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-8.
3. Polanczyk G, Rhode L, Szobot C, Schmitz M, Montiel-Nava C, Bauermeister J. ADHD treatment in Latin America and the Caribbean. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(6):721-2.
4. Barragán-Pérez E, Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, et al. Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007;64(5):326-43.
5. Barragán-Pérez E, de la Peña F. Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica. *Rev Med Hondur* 2008;76:33-8.
6. de la Peña F, Ruiz M, Romano P, Barragán-Pérez E, Beltrán R, Rivera C, et al. Recuerdos de Mendoza - Publicación de Información Científica sobre los Trabajos del II Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). 2009.
7. Barragán-Pérez E, de la Peña F. 1er Consenso Latinoamericano de TDAH - Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Mexico DF: Intersistemas,S.A. de C.V.; 2008.
8. Comité Internacional para el Desarrollo y Estudio del Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH): Validez y Confiabilidad Temporal. *Salud Mental* 2009;32(Suppl 1):63-8.
9. Ulloa R, de la Peña F, Palacios-Cruz L, Ortiz-León S, Palacio JD, Grevet E, et al. Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH): VALIDEZ Y CONFIABILIDAD TEMPORAL. *Salud Mental* 2009;32(Suppl 1):63-8.
10. Reglamento de productos psicotropicos, Decreto N° 405 De 1983, Dpto. Asesoría Jurídica, República de Chile, Decreto N° 405 de 1983, República de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio de Salud C, (1984).
11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. 10 ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1992.