

Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma

Cartagena's Declaration for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): breaking the Stigma

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

Recibido: 17 de febrero de 2010 • Aceptado: 1 de abril de 2010

Para citar este artículo: De la Peña F, Palacio JD, Barragán E, Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. Rev. Cienc. Salud 2010; 8 (1): 95-100.

Resumen

En 2007, un grupo de especialistas en salud mental y neurociencias elaboró la *Declaración de México para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*, en la que se integra la información científica sobre el padecimiento. En 2009, durante el III Consenso Latinoamericano para el TDAH, se elaboró la *Declaración de Cartagena para el TDAH*; en ella, se actualiza la información científica y se promueven acciones contra el estigma del TDAH en la sociedad y en las escuelas. Previamente, se elaboró un borrador que fue evaluado por los participantes durante el Consenso y revisado posteriormente por veintiséis especialistas de diez países de la región. En este documento se enlistan veintisiete puntos de la declaración sobre los aspectos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos basados en la evidencia científica para el TDAH, y se enumeran diferentes aspectos contra el estigma en la sociedad y en las escuelas. La *Declaración de Cartagena para el TDAH* constituye el segundo llamado que los miembros de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH) realizan de forma organizada y multinacional para la difusión de las manifestaciones clínicas y terapéuticas, y para la promoción de estrategias gremiales y sociales orientadas a la disminución del estigma de este padecimiento.

Palabras clave: *déficit de atención, hiperactividad, estigma, Declaración de Cartagena.*

Abstract

In 2007, the *Declaration of Mexico for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* was developed by a group of specialists in mental health and neuroscience. This statement summarizes the most recent scientific information about the disorder. In 2009, during the III Latin-American Consensus on

¹ Departamento de Fomento a la Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM. Av. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, C.P. 14370, México, D. F., México. e-mail: adolesc@imp.edu.mx

²

³ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

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

ADHD, the *Cartagena's Declaration for ADHD* was issued, which updates scientific information and promotes a campaign against ADHD stigma in society and schools. A draft document was developed before the meeting and reviewed by participants at the Consensus. This paper was checked by twenty-six experts from ten different countries from the region. Twenty-seven points of the statement about clinical, epidemiological and therapeutic topics were listed, based on newest scientific evidence for ADHD. The *Cartagena Declaration for ADHD* is the second call that Latino-America League for the Study of ADHD (LILAPETDAH) members performed as an organized and multinational group, to increase knowledge on clinical manifestations and treatment of ADHD and to promote joint efforts and social strategies aimed to reduce stigma of this disorder.

Key words: *attention deficit disorder, hyperactivity, stigma, Cartagena's Declaration for ADHD.*

Introducción

En el año 2008 se publicó en la *Revista Médica Hondureña* (1) la *Declaración de México para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, documento que resume en catorce puntos las generales diagnósticas y epidemiológicas del TDAH, así como los aspectos globales de un tratamiento basado en la evidencia científica y en la necesidad de legislar, difundir e investigar sobre este padecimiento.

La declaración fue el producto de los trabajos realizados por un grupo de especialistas dedicados a la salud mental, durante el primer Consenso Latinoamericano de TDAH, celebrado en Ciudad de México los días 17 y 18 de junio de 2007, cuyos resultados en torno a los planes de investigación de las mesas de trabajo y consensos han sido publicados (2).

En octubre de 2008, el grupo de especialistas en salud mental, integrado por psiquiatras, neurólogos, psicólogos, entre otros, se reunió en Mendoza, Argentina, para el II Consenso Latinoamericano de TDAH, , evento en el cual se fundó la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH). En dicha reunión se revisaron los trabajos desarrollados en México (3), concretándose los proyectos de investigación conjunta y la necesidad de continuar el esfuerzo del grupo de expertos en pro

de la comunidad latinoamericana de pacientes con TDAH, con énfasis en 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 publicados (4,5); así mismo, la formación de comités y grupos o mesas de trabajo son una realidad que involucra decenas de especialistas de toda la región, desde México hasta Argentina y Chile.

La más reciente reunión de consenso de la LILAPETDAH se llevó a cabo en Cartagena de Indias los días 8 y 9 de octubre de 2009; uno de sus objetivos fue el establecimiento de una nueva declaratoria del grupo de especialistas para la promoción de la investigación, el conocimiento científico y el rompimiento de los estigmas relacionados con el TDAH y su tratamiento.

Grupo de trabajo

Durante el III Consenso Latinoamericano de TDAH, el Comité Científico Colombiano y el Comité Directivo de la LILAPETDAH elaboraron la *Declaración de Cartagena*, documento que tomó como base la *Declaración de México para el TDAH* y que consiste en veintisiete enunciados que incluyen la descripción clínica,

epidemiológica y terapéutica basada en la evidencia científica actualizada en torno al TDAH, así como propuestas de acciones en contra del estigma. Todos los miembros participantes en el tercer consenso recibieron la última versión, que fue revisada y posteriormente enviada a la coordinación del Comité Científico del tercer consenso. En esta última etapa de comentarios participaron veintiséis especialistas de diez países de la región: Dr. Juan Calixto Hernández Aguilar (México), Dr. Andrés Valderrama Pedrosa (México), Dr. Pablo Navarrete (Nicaragua), Dr. Osvaldo Castilla Contreras (Colombia), Dr. Alberto Vélez (Colombia), Dr. Orlando L. Villegas (Perú-USA), Dr. Jorge Martines Cerrato (Nicaragua), Dr. Foad Hassan (Nicaragua), Dra. Laura Mónica Vanegas Cadavid (Colombia), Dr. Rafael Vásquez (Colombia), Dr. Enrique Menzano (Argentina), Dra. Ana Valdés (Chile), Dra. Esther Rodríguez (Colombia), Dra. Reyna Durón (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). Finalmente, se establecieron las correcciones finales y se realizó el artículo definitivo.

Declaración

La LILAPETDAH declara 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 treinta y seis millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, solo 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 excesiva e inadecuada para la edad; afecta a preescolares, escolares, adolescentes y adultos de ambos géneros, sin importar condición social, raza, religión o ambiente socioeconómico.
4. Aunque el medio 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 hasta en un 60% de los casos puede continuar en 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. No se requieren pruebas de laboratorio o gabinete para establecer el diagnóstico.
8. El diagnóstico y tratamiento deben estar acordes con la realidad socioeconómica, mé-

- dica y cultural de 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 en las relaciones de pareja.
 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 generales del trastorno en el largo plazo.
 12. El niño, el adolescente o el adulto con TDAH tienen derecho a una atención médica y psicosocial oportuna; es indispensable que cada país vele por asegurar dicha atención, que incluya evaluación, tratamiento y seguimiento del TDAH.
 13. El tratamiento del TDAH debe ser individualizado y realizado de manera multimodal, incluyendo medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas.
 14. Durante el tratamiento del TDAH se pueden recetar medicamentos a los pacientes, los cuales deben ser prescritos y su consumo vigilado exclusivamente por médicos especialistas.
 15. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los pacientes, el niño o adolescente 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 el 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 así apoyar políticas de salud pública que reviertan en un mejoramiento de la detección temprana, evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los 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 abastecimiento suficiente para suplir las necesidades de la población durante todo el año y procuren y vigilen el mejor servicio para la entrega de la medicación.
25. Para asegurar el tratamiento farmacológico con el metilfenidato y anfetaminas, los países latinoamericanos pueden observar el ejemplo del Gobierno Chileno, el cual por medio del Decreto núm. 405 de 1983, Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica (5), permite la distribución del metilfenidato; de esta manera, se asegura 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 de salud 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 gobiernos.

Conclusiones

La *Declaración de Cartagena para el TDAH* constituye el segundo llamado de los miembros de la LILAPETDAH realizado de forma organizada y multinacional para la difusión de las manifestaciones clínicas y terapéuticas del TDAH así como 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, orientada 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 este problema de salud mental.

En este texto, la expresión "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)" corresponde en la clasificación internacional DSM-IV-TR al código F90.0 (6), y en la CIE al código F 90.0 (7).

Conflicto de interés

Los autores no tienen conflicto de interés que declarar.

Bibliografía

1. 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.
2. 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: 326-43.
3. Barragán Eduardo y De la Peña Francisco. "1.º Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). México: Intersistemas S. A.; 2008.
4. 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 con Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos de la muestra. *Salud Mental* 2009, 32 (Supl 1): S55-S62.

5. 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 con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Validez y confiabilidad temporal. *Salud Mental* 2009, 32 (Supl 1):S63-S68.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. 10 ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1992.