

Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica

Eduardo Barragán Pérez Francisco de la Peña†*

POR QUÉ UN CONSENSO LATINOAMERICANO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) ?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico de origen biológico y con componentes psico-sociales que afectan su presentación, frecuente en la infancia y adolescencia, se presenta cerca del 7% de la población de niños en latinoamericana. Durante los últimos años, gran cantidad de evidencia ha favorecido su reconocimiento como entidad médica, estableciendo nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento así como la persistencia en un alto porcentaje hasta la vida adulta. Las diferencias sociales, culturales, genéticas y étnicas en las diferentes regiones han marcado procesos diagnósticos y terapéuticos en diferentes partes del mundo. Debido a lo anterior, un grupo de expertos se ha propuesto unir esfuerzos y experiencias para describir las dimensiones epidemiológicas, diagnósticas y de tratamiento en poblaciones latinoamericanas.

Un grupo de investigadores latinoamericanos estudiosos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se reunió en México el 17 y 18 junio del 2007 para intercambiar el conocimiento y la experiencia generada en los países Latinoamericanos acerca del TDAH. El

Consenso fue organizado por el Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Asociación Civil, (GENPETDAH, A.C.) de México bajo la coordinación general de los Drs. Eduardo Barragán y Francisco de la Peña. En el marco de este foro, un grupo de 130 expertos latinoamericanos compartió el conocimiento científico obtenido en la región, exponiendo las características de nuestros pacientes, su respuesta y evolución a los diferentes tratamientos y las comorbilidades que se observan con mayor frecuencia, así como el impacto social que se genera en nuestras comunidades. Se generaron estrategias en materia de diagnóstico, tratamiento e investigación que impactan sobre las medidas legales, médico-sociales, educativas y de investigación en la región. Un año antes los especialistas iniciaron el trabajo de revisión científico y publicaron en el suplemento 3 de la revista "Psiquiatría" (Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C.) 14 artículos originales que fueron la plataforma de trabajo en el Consenso. Durante el evento se recopiló y discutió la información basada en evidencia médica formulando un documento de trabajo, el cual ha sido publicado parcialmente y será publicado en extenso posteriormente.

Esta experiencia única ha permitido reforzar el conocimiento de la comunidad médica latinoamericana y además ha favorecido una declaración internacional sobre los derechos de los niños y adolescentes con TDAH, lo cual apoya las estrategias en materia de salud pública y educación en cada uno de nuestros países. Como resultado del Consenso, se generó la Declaración sobre el TDAH en Latinoamérica presentada en el presente reporte.

* Neurólogo Pediatra, Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de México (GENPETDAH, A.C.).

† Psiquiatra Infantil, Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de México (GENPETDAH). Comité Coordinador del Primer Consenso Latinoamericano de TDAH.

Dirigir Correspondencia a: Dr. Eduardo Barragán, Neurólogo Pediatra, Hospital Infantil de México. Email: neurodoc@prodigy.net.mx

EL TDAH COMO UN TRASTORNO NEURO-BIOLÓGICO COMPLEJO CON IMPACTO EN MÚLTIPLES NIVELES

El TDAH se presenta con quejas relacionadas a la falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Estos problemas afectan a los niños de todas las edades en todos los aspectos de sus vidas. Los niños con TDAH presentan dos conjuntos de seis o más síntomas que a) son evidentes antes de los siete años de edad, b) causan deterioro en al menos dos situaciones (por ejemplo, la familia, escuela, relaciones sociales), c) presentan inadaptación y no concuerdan con su nivel de desarrollo y no son causadas directamente por otras condiciones (depresión y ansiedad, entre otros).

Dependiendo del tipo y número de síntomas de falta de atención e hiperactividad presentes, un niño puede ser clasificado en tres subtipos de TDAH: **hiperactivo-impulsivo, inatento y tipo combinado**.

Para recibir el diagnóstico de **tipo hiperactivo-impulsivo** un niño debe mostrar seis o más de los siguientes síntomas, persistentes durante al menos seis meses:

- Juega con las manos o pies, o se mueve continuamente en una silla
- Tiene dificultades para permanecer sentado
- Corre o se mueve en forma excesiva en situaciones inapropiadas
- Presenta dificultades para jugar o comprometerse en actividades tranquilas
- Está en permanente movimiento o actúa como si fuese accionado por un motor
- Habla demasiado, lanza las respuestas antes que se hayan formulado completamente las preguntas.
- Tiene dificultades para esperar su turno,
- Interrumpe o molesta a otras personas.

Para recibir un diagnóstico del **tipo de falta de atención**, un niño debe mostrar seis o más de los siguientes síntomas durante al menos 6 meses:

- No logra enfocar la atención a los detalles o comete errores debido a falta de cuidado.
- Tiene dificultades en mantener su atención en las actividades relacionada con tareas o juegos.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le está

hablando

- No sigue las instrucciones que se le dan
- Tiene dificultades para organizar las tareas y actividades
- Evita, no le agrada o no tiene ganas de comprometerse en tareas que requieren de un esfuerzo continuo.
- Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades
- Se distrae con facilidad
- Se olvida de sus actividades diarias.

Para recibir el diagnóstico de **tipo combinado**, un niño debe presentar seis síntomas, combinando síntomas de los dos grupos anteriores.

El TDAH es un trastorno neuro-psiquiátrico con herencia compleja, con múltiples genes asociados que junto a factores ambientales, determinan la expresión del trastorno. La hipótesis principal que se ha manejado como causa del TDAH es la disfunción del sistema de catecolaminas cerebrales (dopamina y norepinefrina). Existen evidencias tanto genéticas como ambientales en las cuales pueden estar involucradas las diferencias propuestas entre la anatomía cerebral (tamaño menor en regiones dopaminérgicas específicas) y genotípicas (presencia de genes para alelos específicos de dopamina).

El TDAH es frecuentemente acompañado de varias anomalías conductuales. Si bien el factor de riesgo más importante para la aparición de TDAH es el genético, se han encontrado componentes ambientales, como el tipo de dieta y aditivos de los alimentos, la contaminación por plomo, alcoholismo y el tabaquismo maternos durante la gestación, las complicaciones del parto, bajo peso al nacer y la prematuridad. La búsqueda de factores ambientales que contribuyen al desarrollo de TDAH ha identificado numerosos aspectos psicosociales, incluyendo disfunción familiar, status socioeconómico bajo y privación ambiental, violencia, estrés y depresión.

La comorbilidad del TDAH con otros padecimientos psiquiátricos es más la regla que la excepción, se presenta con trastornos del aprendizaje, ansiedad, depresión y otros. La falla en el funcionamiento es el indicador de la severidad en el TDAH. No existe evidencia científica absoluta para establecer que la edad de inicio para el TDAH deberá ser considerada sólo si comienza antes de los 7 años, siendo



Figura No. 1. Mesa de inauguración del Consenso presidida por el Dr. Francisco de La Peña (al micrófono) y el Dr. Eduardo Barragán (tercero de izquierda a derecha.), acompañados por autoridades de varias instituciones de salud de México.

más adecuado considerar su inicio en la infancia o adolescencia. El diagnóstico es clínico, los marcadores biológicos como EEG, estudios de neuroimagen o pruebas neuropsicológicas, no son definitivos ni necesarios, se debe buscar además activamente la presencia de comorbilidades. El diagnóstico es válido en población adulta siendo necesaria la presencia de síntomas desde la infancia y la adolescencia.

Debe considerarse el importante impacto psicosocial del TDAH especialmente en la vida escolar, familiar y con los pares. Además de los síntomas principales, los niños y adultos con TDAH suelen mostrar baja tolerancia a la frustración, crisis explosivas, actitudes obstinadas y demandantes, cambios emocionales bruscos, pobre autoestima y rechazo de los que les rodean. Se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control. Los niños hiperactivos obtienen calificaciones más bajas, reprueban más y sufren más problemas de aprendizaje que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos. Los problemas en el funcionamiento de los pacientes con TDAH se manifiestan en forma diversa en cada etapa de la vida. Se ha visto que a los niños en etapa preescolar se les da más órdenes y se les critica y castiga más que a sus pares. Estos niños tienden a ser más agresivos, destructivos

y dominantes. Cuando se emplean castigos duros y críticas constantes sin promover el trato positivo, estos niños pueden empeorar su comportamiento y desarrollar problemas sociales.

En la etapa escolar, debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal. Esto se complica cuando por su hiperactividad e impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros. Todo esto puede generar suspensiones, expulsiones y deserción escolar. Como consecuencia, baja su autoestima y sufre la relación entre padres e hijos. En la adolescencia, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida y a presentar conductas autoagresivas cuando se sienten frustrados.

Los adultos con TDAH tienden a ser menos estables en sus relaciones interpersonales, lo cual propicia cambios de pareja y de trabajo. Sus accidentes de tránsito son más frecuentes que en la población general. Esto también afecta

la dinámica familiar y tiene repercusión en la crianza de los hijos. El manejo integral con farmacoterapia y psicoterapia y terapia conductual puede ayudar a los pacientes a alcanzar una buena calidad de vida y un mejor desarrollo personal.

MARCO JURÍDICO Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN LATINOAMÉRICA EN RELACIÓN AL TDAH

La figura jurídica de los niños y adolescentes (en adelante “niños”) en la legislación Latinoamericana fue un logro obtenido a finales del siglo XX. Con el advenimiento de organismos internacionales como la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia “UNICEF” (1947), así como la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (1948), la “Declaración de los Derechos del Niño” (1959) y posteriormente con la participación activa de los niños, nace la “Convención Internacional de los Derechos de los Niños” (1989), donde se comienza a legislar a favor de “esta población altamente vulnerable”.

El Estado tiene la obligación de garantizar la “igual consideración y respeto” hacia todos los niños, a fin de proporcionar protección a sus derechos, lo que exigirá implementar leyes con el objetivo de asegurar la igualdad de oportunidades al acceso y ejercicio de sus derechos. Es prioritario se consideren políticas públicas que incluyan promoción, investigación, prevención, tratamiento oportuno y eficaz de las patologías neurológica y psiquiátricas infanto-juveniles. Lo anterior significa generar servicios especiales para niños vulnerados en sus derechos o en riesgo de estarlo y desarrollar programas y acciones dirigidos a equiparar condiciones básicas para acceder en igualdad de condiciones a las oportunidades de desarrollo.

Con el Derecho de “Educación para Todos”, que enarbolaba el principio de Educación Inclusiva, se ha logrado un avance significativo en la no discriminación hacia los menores con discapacidad o con TDAH. En este contexto, se entiende que existe responsabilidad compartida de los padres y el Estado sobre el cuidado de los niños. El TDAH como problema de salud pública, debe ser considerado, dentro de los programas prioritarios, en las políticas de salud y educación de los Estados, ya que la evidencia ha demostrado que la intervención temprana e interdiscipli-

naria es decisiva para su evolución y pronóstico. En Latinoamérica ya existe una base jurídica en torno a la protección de los derechos del niño, por lo cual es imperativa su aplicación en la atención de los problemas de salud mental infanto-juvenil, entre ellos el TDAH, diseñando políticas de salud y de educación adecuadas en cada país.

METODOLOGÍA DEL I CONSENSO LATINOAMERICANO DE TDAH

A) Recopilación de información

La metodología comprendió la formación de mesas de trabajo con expertos latinoamericanos que durante una fase de seis meses revisaron la literatura médica y formularon un resumen que fué el documento de trabajo para iniciar la discusión en el Consenso. La inclusión para las mesas de trabajo fue por invitación directa de GENPETDAH, A.C., basados en la experiencia de cada uno de los profesores y su nivel de avance académico; así como de su compromiso en instituciones de salud. Previo al Consenso, se distribuyeron los resúmenes de todas las mesas a cada uno de los participantes para que tuviesen la oportunidad de evaluar la información que generó el grupo y pudiesen verter comentarios específicos durante la sesión plenaria.

B) Mesas de Trabajo y Discusión en el Consenso Latinoamericano

Durante dos días, las diferentes mesas de trabajo iniciaron la discusión sobre el documento de trabajo previamente formulado, para obtener un documento final que reflejara:

- 1.1 La información científica actual sobre el tópico específico de las 14 mesas de trabajo nombradas.
- 1.2 Recomendaciones o propuestas basadas en la información científica y complementada con la experiencia generada en países latinoamericanos.
- 1.3 Propuestas específicas para implementar en los países latinoamericanos.
- 1.4 Propuestas de trabajos científicos multidisciplinarios/multinacionales para iniciar la generación de información propia.

A la luz de la información científica recabada y de la experiencia de los profesores se produjo un documento final que contiene propuestas de aplicación, seguimiento y de estudios de investigación (publicado por separado). Los

resultados obtenidos por las mesas, así como las propuestas de implementación de acciones y de estudios fueron expuestos al resto de los integrantes del consenso en una sesión conjunta, en la cual se pudo retroalimentar a los participantes de cada una de las mesas de trabajo con comentarios del resto de profesores. La presentación estuvo a cargo por el coordinador y un integrante designado por la mesa.

Las mesas de trabajo y sus coordinadores fueron: 1) Diagnóstico y Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Nueva Taxonomía Dr. Francisco de la Peña (México) y Dr. Ricardo García (Chile)); 2) Etiología del TDAH Dr. Hugo Ceja Moreno (México) y Dr. Joaquín Peña (Venezuela)); 3) Clinimetría del TDAH Dra. Rosa Elena Ulloa (México) y Dra. Norma Taddey (Argentina)); 4) Tratamiento farmacológico. Efectos secundarios y colaterales Dr. Jesús Gómez Plasencia (México), Dra. Diana Molina (México) y Dr. Carlos Alonso Rivera (México)); 5) Rehabilitación Neuropsicológica Dra. Patricia Cervera (México) y Aurora Jaimes (México)); 6) Tratamientos alternativos Dr. Juan Hernández Aguilar (México) y Dr. Andrés Valderrama Pedroza (México)), 7) Comorbilidades del TDAH (Dra. Matilde Ruiz García (México) y Dra. Andrea Abadi (Argentina)); 8) Algoritmo de tratamiento farmacológico en pre-escolares con TDAH Dr. Saúl Garza Morales (México) y Dr. Sergio Muñoz (México)), 9) Algoritmo de tratamiento farmacológico en escolares con TDAH Dr. Jesús del Bosque (México), Dra. Marcela Larraguibel (Chile) y José Luis Vázquez (México); 10) Algoritmo de tratamiento farmacológico en adolescentes con TDAH Dr. Lino Palacios (México) y Dr. Alfredo Suárez (México); 11) Algoritmo de tratamiento farmacológico en adultos con TDAH Dra. Silvia Ortiz (México) y Dra. Alicia Lischiki (Argentina), 12) Impacto Social Dr. Juan Manuel Saucedo (México) y Dra. Gabriela Garrido (Uruguay), 13) Epilepsia y TDAH. EEG en TDAH Dr. Eduardo Barragán (México) y Dra. Reyna Durón (Honduras); 14) Legalidad y aspectos escolares del TDAH en Latinoamérica Dr. Jorge Luis Ponce Carmona (México) y Dra. Ana Valdez (Chile).

C) Estrategias post-consenso

Conscientes de la importancia de la difusión oportuna de los resultados del Consenso, se planificó realizar las siguientes acciones como parte del seguimiento:

1.1 Generar un resumen del consenso, que contendrá

las conclusiones más importantes de cada una de las mesas, que será entregado durante el congreso latinoamericano de TDAH, con la finalidad de que cada uno de los participantes pueda obtener el material final y difundirlo en sus países.

- 1.2 Generar la declaración latinoamericana del TDAH, que fue firmada por cada uno de los participantes en el Consenso. Este material fue entregado a uno de los delegados de cada país, intentando generar un documento que ayude a la implementación en materia legal, educativa y social en pro de la atención de los pacientes con TDAH en América Latina.
- 1.3 Se generarán artículos de publicación internacional para difundir los resultados del consenso latinoamericano de TDAH.
- 1.4 Se realizará un libro de difusión mundial que conlleve toda la experiencia generada por el 1er. Consenso latinoamericano de TDAH, integrada por todos los participantes del consenso.
- 1.5 Se plantearán diferentes formas de seguimiento del impacto de las conclusiones del consenso para ser discutidas en el 2do. Congreso latinoamericano de TDAH a llevarse a cabo en Septiembre del 2008 en Mendoza, Argentina.

DECLARACIÓN DE MEXICO PARA EL TDAH EN LATINOAMERICA

Ciudad de México, 18 de Junio del 2007

Por convocatoria del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (GENPETDAH, A.C.) de México, se reunieron especialistas en neurología, psiquiatría y psicología de 19 países latinoamericanos; en el 1er Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), realizado en la ciudad de México el 17 y 18 junio del 2007 quienes, y unánimemente declaramos que:

1. El TDAH es un problema de salud neuropsiquiátrico, de origen biológico con un componente genético, científicamente reconocido a nivel mundial el cual tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.

2. La incidencia promedio mundial del TDAH es del 5%. En Latinoamérica; existen al menos 36 millones de personas con TDAH y únicamente cerca del 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado.
3. Se manifiesta desde la infancia y a lo largo de la vida con inatención, hiperactividad e impulsividad excesiva e inadecuada para la edad. Estos síntomas no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar, aunque el ambiente tiene un papel modulador en su expresión.
4. El diagnóstico lo realiza el médico, sustentado en bases clínicas. Debe ser temprano y oportuno. Para establecerlo, no se requieren pruebas de laboratorio o gabinete. El diagnóstico y tratamiento deben estar acordes a la realidad socioeconómica y cultural de quien vive en cada uno de los países latinoamericanos.
5. Es indispensable asegurar la atención médica del niño, el adolescente o adulto con TDAH con o sin comorbilidad y ofrecer un tratamiento interdisciplinario; así como un seguimiento y vigilancia adecuada.
6. El tratamiento interdisciplinario del TDAH debe ser individualizado e incluye medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas; las cuales en conjunto constituyen la piedra angular del mismo.
7. El tratamiento farmacológico debe ser indicado y vigilado exclusivamente por médicos. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar.
8. El TDAH no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos.
9. 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.
10. Los costos que implica un diagnóstico y tratamiento a largo plazo son elevados tanto para el individuo, la familia y la sociedad; los que pueden ser reducidos con un diagnóstico y tratamiento efectivos. El diagnóstico y tratamiento oportunos pueden reducir los costos a largo plazo.
11. Es necesario establecer y fortalecer la legislación que favorezca un diagnóstico y tratamiento oportuno sin discriminaciones.
12. Es necesario realizar acciones de información, difusión

actualización y capacitación sobre TDAH; tanto para los profesionales médicos, como para los psicólogos, maestros, padres y población general.

13. Se debe orientar y asesorar; sobre el trastorno y sus implicaciones en el desarrollo integral del individuo, a todos los padres cuyos hijos tengan TDAH. 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. Se debe recordar lo importante que es la participación de la familia en el tratamiento y el manejo en casa del niño o adolescente con TDAH. Se debe ofrecer información actualizada a los maestros que así lo soliciten y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta niño o adolescente con TDAH.
14. Es impostergable promover la investigación científica colaborativa internacional y local para conocer mejor el fenómeno del TDAH latinoamericano como una entidad biológica-genética.

Grupo de Expertos Nacionales para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, A.C. (GENPETDAH, A.C.) & Integrantes del I Consenso Latinoamericano de TDAH.

REFERENCIAS

1. De la Peña Francisco, Rohde L, Michanie C, Linárez R, García R, Resendiz J, Mendoza A, Palacios Lino y Ulloa RE: Diagnóstico y Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):5-8, 2007.
2. Ulloa RE, Taddey N, Meza A, Padrón E, Remedi C, Barragán E, Palacios Lino y De la Peña Francisco: La Clinimetría en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):9-16, 2007.
3. Del Bosque J, Larraguibel M, Vázquez JL, Guillén S, Calderón R, San Esteban E, Arguello R, Adi J, González J, Romano M, De la Peña Francisco y Barragán E: algoritmo de Tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Escolares, *Psiquiatría*, 23(S-2):43-45, 2007.
4. Palacios Lino, Manjarrez Luis, Patiño Rodrigo, De la Barra E, Cortijo A, Muñoz C, Vázquez R, Suárez A, Garza A, Olmos A, Llamasa G, Barragán E, Ulloa RE, Ortiz S y De la Peña Francisco: Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para el Adolescente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):46-49, 2007.
5. Barragán Perez Eduardo, De la Peña Olvera Francisco, Ortiz León Silvia, Ruíz García Matilde, Hernández Aguilar Juan, Palacios Cruz Lino y Suárez Reynaga Alfredo: Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64:326-343, 2007.