

TDAH y uso patológico de internet



Por Dr. Francisco Montañés Rada

Definiciones

Antes de entrar en las relaciones entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y las adicciones a internet, necesitamos brindar unos apuntes sobre el concepto y las definiciones de dichos trastornos.

Definición de TDAH y “adicciones a internet”

Es fácil definir el TDAH: nos vale la definición de la clasificación DSM-5 (ver más adelante)¹. Sin embargo, el DSM-5 aún no ha definido todas las adicciones a internet (solo algunas y de forma tentativa).

Y es que, antes de que un cambio se incorpore a la clasificación, por un lado se acumulan datos y por otro se crea un estado de opinión a nivel conceptual que finalmente modulan los cambios que se incorporan a la clasificación. Un ejemplo de este proceso de “modulación” relacionado con nuestro tema es la elevación por la “Task Force” de 5 a 6 síntomas para la hiperactividad en la DSM-4, desoyendo las conclusiones del “Work Group” basado en los “Field Trials” (McBurnett)². En el caso de las adicciones a internet, aún estamos muy lejos siquiera de esto.

Concepto de TDAH

Respecto a lo conceptual, en el caso del TDAH el cambio más importante en el DSM-5 ha sido hacer explícito que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo. Anteriormente estaba incluido entre los trastornos del comportamiento, junto al trastorno disocial y el negativista desafiante, lo cual facilitó un cierto estigma respecto al TDAH, al confundirse su diagnóstico con los de su grupo.

Este cambio conceptual para el TDAH se ha acompañado de cambios mayores, como el de desmontar la falacia de que los trastornos de “psiquiatría infantil” son algo diferente de los de “adultos”. La realidad es que hay trastornos que suelen aparecer en edad infantojuvenil y tienen cierta patoplastia (expresión sintomática) asociada a la edad que desaparece o se transforma al llegar a vida adulta.

Concepto de adicción a internet y adicciones comportamentales

Hay muchas preguntas pendientes de contestar sobre el fenómeno de abuso o adicción vía pantallas e internet de ciertas conductas ¿Hay adicción a internet? ¿A aplicaciones? ¿A dispositivos? ¿A pantallas? ¿Se pueden definir y medir? ¿Creamos una categoría global, o tantas categorías como conductas? ¿Qué nos puede enseñar la primera adicción

comportamental existente y reconocida por el DSM-5, como fue la ludopatía? ¿Es solo un abuso, o es una adicción?

El reconocimiento de que existen las adicciones comportamentales es el antecedente que facilitó la inclusión del trastorno por juego patológico (TJP), antigua ludopatía, en la DSM-5 dentro de la categoría de adicciones. Una justificación que da el DSM-5 al respecto es que se hizo porque había pruebas suficientes de que compartían la misma neurobiología.

Respecto a las llamadas “adicciones a internet” (término más popular), la mayoría de la literatura habla solo del medio por el que se producen estas conductas. Así, se habla de “adicción a nuevas tecnologías” o “adicción a pantallas”, al “móvil” y en definitiva el término más usado: “adicción a internet”. Sin embargo, a nuestro juicio, para el DSM y la CIE-11 lo importante es la conducta, aunque se menciona el medio (internet).

En esta revisión, usaremos el término adicción a internet (AI) o “tiempo de uso de internet”, cuando la bibliografía a la que hagamos referencia lo haya usado así. Nosotros proponemos el término “uso patológico de conductas vía internet” (UPCI) para referirnos a todos ellos, es decir, al terreno más ambiguo en el que sería tanto correcto como dudoso hablar de patología.

El DSM-5 aborda el problema de las AI en el capítulo “Afecciones que necesitan más estudio”, proponiendo inicialmente el denominado “Trastorno de juego por internet” (TJI, en inglés IGD) por ser del que más datos se dispone. El TJI se define por un patrón de uso excesivo y prolongado de juegos por internet (se refiere a videojuegos online). El diagnóstico diferencial del TJI, según el DSM, se ha de hacer con “otros usos excesivos de internet”, tales como el uso excesivo de los medios sociales (como Facebook), ver pornografía online o realizar actividades requeridas en un negocio o profesión. Este tipo de actividades no se considera análogo a TJI.

Aquí el DSM nos señala implícitamente, al excluir esos “otros usos”, que el problema de uso patológico de internet no se ciñe solo a los videojuegos. El propio manual consciente de la intensa repercusión de esos “otros usos”, pero presionado por la demora en su publicación, no lo aborda, pero como corolario final dice: “las investigaciones futuras de los otros usos de internet deberían seguir directrices similares a las que se recogen aquí”.

Los nueve criterios que definen al TJI son prácticamente los mismos a nivel conceptual y descriptivo que los nueve criterios del TJP (ludopatía), sustituyendo solo el término “juego patológico” por “juego online”. De nuevo: esto es asumir igual neurobiología para todas las adiciones comportamentales (compartida a su vez con las “no comportamentales”).

Por su parte la CIE-11 (en inglés ICD-11) establece tres criterios que deben cumplirse durante al menos 12 meses (<https://icd.who.int/en>, consultado el 3 de julio de 2023). Estos tres criterios son (a) escaso control del juego, (b) el juego ocupa el lugar de otras actividades y se convierte en una prioridad, y (c) ocupación constante del juego a pesar de sus consecuencias negativas.

Aunque el DSM-5 solo se refiere al (video) juego online como patológico (TJP), la CIE-11 define el TJP como un diagnóstico global que incluye tanto el juego online como el offline. Paradójicamente, el DSM incluye las apuestas online como una posible ludopatía (TJP).

Aquí el DSM genera una discordancia entre el recién definido TJI y el más establecido TJP, que seguramente corregirá, pero que en suma nos habla del problema conceptual de si creemos que internet es solo un medio o algo más. Nosotros creemos que es algo más que un medio y que por ello es relevante usar el término internet en cualquier futura definición^{3,4}.

Para estudiar las AI o UPI se han usado hasta ahora escalas como la de Young^{5,6} o Chen^{7,8}. Nosotros publicamos un artículo hace tiempo proponiendo el uso de dichas escalas en población española⁹, y recientemente una revisión ha mostrado que las que propusimos en su día son hoy las más usadas en la literatura¹⁰.

Actualización del TDAH

El corpus del conocimiento del TDAH se renueva constantemente^{11,12}. Sin embargo, afortunadamente los conocimientos básicos se han establecido en forma de consensos como

el de nuestro grupo GEITADH^{13,14}. Esto ha tenido efectos positivos en la mejora de la información que se encuentra en internet, que es donde miran los usuarios.

El diagnóstico del TDAH se hace por la presencia de un síndrome inatencional (con o sin el síndrome de hiperactividad-impulsividad) que genera discapacidad para la edad y el nivel de desarrollo¹⁵. La fisiopatología es por disfunción del circuito frontoestriado con implicación de los neurotransmisores de la dopamina y noradrenalina^{16, 17, 18}. La heredabilidad del trastorno (parte de la carga genética que explica la transmisión en familias) supera el 74%^{19,20}. La implicación ambiental existe en menor grado²¹. Según la edad cambian los

El uso patológico de conductas vía internet (UPCI) es un problema creciente, que afecta a toda la sociedad.

subtipos, siendo el combinado el más frecuente (80%). Todos los síntomas mejoran con el tiempo, primero los de hiperactividad. Los síntomas del TDAH pueden persistir en vida adulta en un 60% de casos con algún grado de discapacidad^{22, 23} y se puede llegar a diagnosticar de TDAH al 2,5% (95% CI: 2.1–3.1) de los adultos y al 15% de los casos infantiles en las series menores^{24, 25, 26}.

La prevalencia del TDAH es de alrededor de un 5,3% (95% CI: 5.01–5.56)²⁷. Es más frecuente en los niños que en las niñas cuanto menor es la edad, igualándose la proporción al llegar a vida adulta (4:1 en población clínica 2,5:1 población general)²⁸.

El TDAH se presenta asociado a otros trastornos, especialmente otros trastornos del neurodesarrollo. El más frecuente es el trastorno negativista desafiante, seguido de los trastornos del aprendizaje (lectura y escritura y torpeza motora especialmente), tics tipo Guilles de la Tourette, ansiedad y depresión. En vida adulta se asocia a trastorno de pánico²⁹, y especialmente a depresión (sobre todo si en la infancia hubo desregulación emocional). La controvertida relación con la bipolaridad puede ser un artificio de confundir la irritabilidad persistente propia de la desregulación emocional con la irritabilidad episódica propia del trastorno bipolar (el lector interesado puede profundizar en esta controversia a partir de los artículos de Leibenluft, Leigh y Stringaris^{30, 31}).

El pronóstico a largo plazo es negativo si no se sigue ninguna terapia³². Sin tratamiento aparecen con mayor frecuencia falta de adquisiciones académicas, expulsiones del sistema educativo, problemas de interacción con compañeros³³, conductas de riesgo asociadas a

impulsividad y consumo de sustancias³⁴, conducción temeraria, comportamiento sexual de riesgo³⁵, patología comórbida y toxicidad psicosocial que se genera contra ellos.

El tratamiento farmacológico de primera línea en el TDAH (metilfenidato) suele generar respuesta en el 80% de casos. Mejoran más, obviamente, los síntomas de hiperactividad seguidos de los de impulsividad, siendo menos exitoso o al menos más difícil de evaluar la mejoría para los síntomas nucleares (síntomas de inatención). Existen diferencias en eficacia y tolerabilidad según el evaluador (padres profesores o clínicos) y según la edad¹². Por sus escasos efectos secundarios, el estimulante más utilizado en niños es metilfenidato.

La irrupción de internet

La irrupción de internet en nuestras vidas ha supuesto un cambio profundo tanto cuantitativo como cualitativo, modificando tecnologías previas y creando nuevas, cambiando nuestros hábitos individuales y por tanto los de la sociedad.

El uso patológico de conductas vía internet (UPCI) es un problema creciente, que afecta a toda la sociedad, pero que muestra un impacto preocupante en los niños. Una revisión del año 2020 de 53 estudios en 17 países sugiere una prevalencia del TJI del 3.05%³⁶.

Se vislumbran ya en algunas de las publicaciones científicas las consecuencias de las llamadas Nuevas Tecnologías (NNT), como los incrementos de patología física, psíquica e incluso cambios neuroestructurales, que revisaremos a continuación.

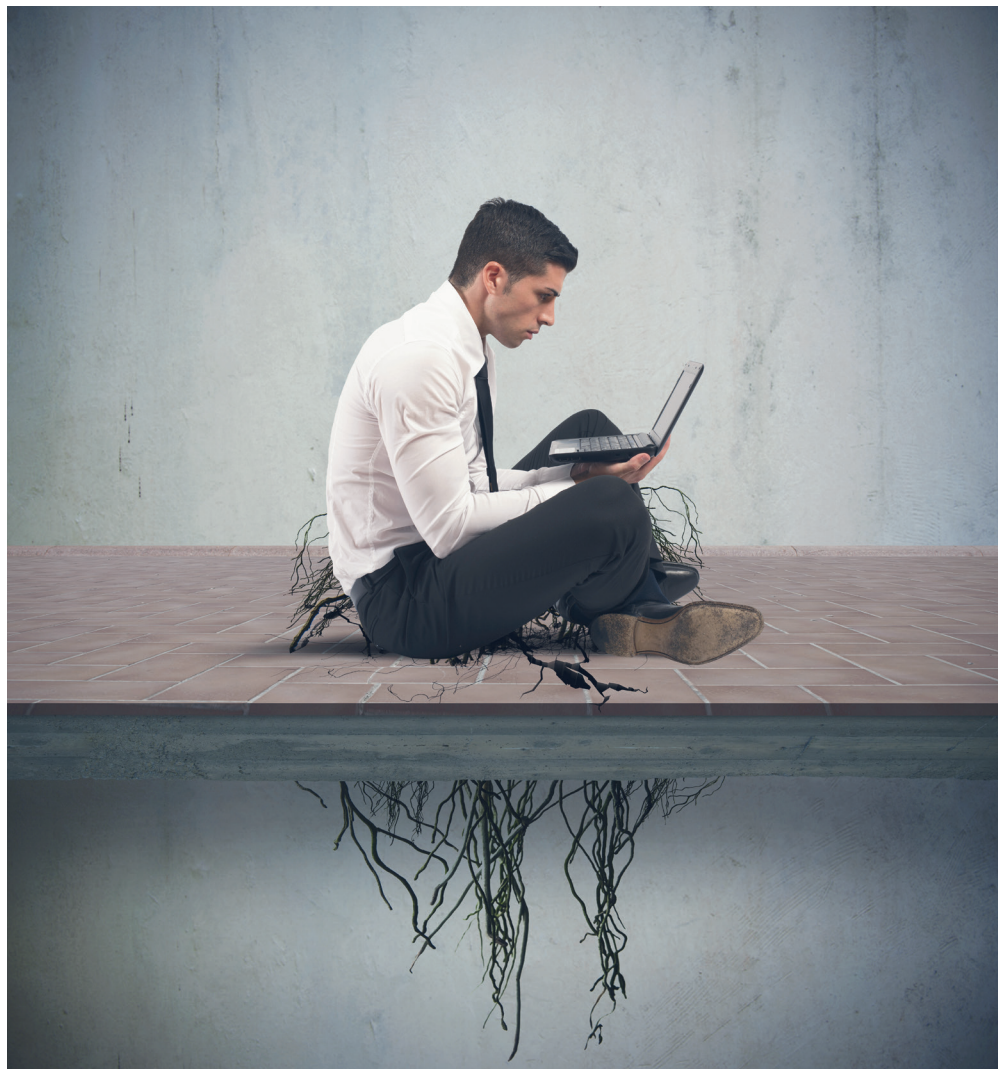
Las primeras alarmas provinieron del campo de la lectura comprensora, especialmente obvio en el grupo de los nacidos en los años 60, puesto que han podido vivir con y sin NNT. Los estudios muestran que hay un 30% de ineficiencia en lectura vía medios digitales^{37,38}, cambios cognitivos asociados a la exposición digital (superficialidad en la comprensión lectora y forma de aprehender información), empeoramiento de cuadros psiquiátricos en determinados ámbitos (siendo la exposición a Facebook la más estudiada³⁹) y otros efectos preocupantes como el ciberbullying⁴⁰.

Los adolescentes y los pacientes con ciertas patologías psiquiátricas son más vulnerables al impacto de un excesivo tiempo de uso de internet^{41, 42, 43}. Los adolescentes carecen, aún más que los adultos, de estrategias cognitivas suficientes para regular su uso.

El impacto es claramente muy diferente según el sexo (medios sociales usados en abuso más por mujeres y videojuegos o instrumental por varones), los varones más que las mujeres y la edad /mayor pico de riesgo entre los 12 y 15 años⁴⁴.

El otro factor que más influye, como ya hemos mencionado, en los efectos nocivos del uso patológico de internet (UPI) son las vulnerabilidades psicológicas.

Se encuentran asociados al UPI la presencia de TDAH⁴⁵, trastorno obsesivo compulsivo



(TOC), ansiedad^{46,47}, depresión⁴⁸, sueño deficiente⁴⁹, sobrepeso y obesidad⁵⁰, alta intolerancia a la frustración⁵¹ o empeoramiento de los rasgos del espectro autista con o sin TDAH asociado⁵². Los síntomas depresivos y la tendencia al suicidio se asocian al tiempo de uso de las pantallas, el uso nocturno de dispositivos digitales y la dependencia del teléfono móvil.

De todas las asociaciones, el TDAH es el factor de mayor riesgo independientemente de la edad⁴.

La UPI o la adicción a internet parecen generar problemas atencionales⁵³, hablándonos de una relación bidireccional que parece ser debida a tener similar sustrato neurobiológico⁵⁴. La disregulación emocional asociada a varios de los trastornos previos es, junto a la impulsividad, un factor contribuyente común⁵⁵. Otra patología en la que parece haber una relación bidireccional de causa efecto es la depresión y el UPI^{56,57}.

Hay otros muchos factores que pueden modular el efecto del tiempo frente a la pantalla: la duración, el contenido, el uso después del anochecer, el tipo de medio y el número de dispositivos⁵⁸.

Respecto a los efectos sobre la salud física: el tiempo excesivo frente a la pantalla se asocia a un sueño deficiente y a factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como hipertensión, obesidad, colesterol HDL bajo, alta excitación simpática, disregulación del cortisol y resistencia a la insulina. Otras consecuencias para la salud física incluyen problemas de visión y reducción de la densidad ósea⁵⁸.

Los contenidos violentos y de ritmo rápido activan la dopamina y las vías de recompensa afectando la neurobiología vulnerable subyacente, alterando aún más la regulación emocional, la impulsividad y el control cognitivo que pudiera estar presente. La exposición temprana y prolongada a contenidos violentos también está vinculada al riesgo de comportamiento antisocial y un menor comportamiento prosocial⁵⁸.

Empieza a haber a la vez estudios neuroestructurales sobre los efectos del uso de medios audiovisuales vía internet. En niños de 5 años hay asociación entre UPI y reducción de la integridad estructural de los tractos de la materia blanca, todo ello asociado a problemas con habilidades lingüísticas⁵⁹.

El Brain Cognitive Development Study detectó una disminución del grosor cortical conforme más tiempo de uso de internet se hacía en 4.277 adolescentes⁶⁰, sugiriendo para algunos autores un envejecimiento prematuro cerebral⁶¹.

Una revisión de todos los artículos recientes muestra que hay alteraciones estructurales que podemos encontrar en otras adicciones no comportamentales (activación ante recompensa vía dopamina, disminución de actividad relacionada con control de impulsos o toma de decisiones y menor conectividad relacionada con control cognitivo, funciones ejecutivas), especialmente si van asociadas a TDAH, acompañado todo ello de reducción de tamaño de áreas de sustancia blanca y gris⁶¹.

Los efectos estructurales pueden afectarse sin embargo por el tipo de uso y no solo por el tiempo de uso. Así, la búsqueda sencilla online puede reforzar circuitos⁶². Sin embargo, la actividad multitarea persistente puede generar fallo en el funcionamiento cognitivo⁶³.

El tratamiento del TDAH se ha demostrado tan eficaz en el tratamiento de los síntomas nucleares del TDAH como sus comorbilidades⁴. Sin embargo, faltan estudios similares de mejora en el UPI o el trastorno por (vídeo) juego online (TJI). La revisión más reciente de Zajac et al muestra que hay demasiados estudios con problemas metodológicos en esta área, con muchas propuestas de todo tipo: terapia familiar, terapias integradoras, cognitivas (CBT) con o sin medicación, incluso terapias de corte campamento militar. De todas ellas la mejor terapia, especialmente en pacientes con comorbilidad, es la combinación de CBT con medicación. De todas las medicaciones, el uso de metilfenidato no solo mejoró los síntomas del TDAH, sino que también redujo el tiempo que se pasaba online⁶⁴. Otra medicación que ha mostrado su eficacia para el TJI es la atomoxetina, aunque comparada con metilfenidato controla peor los síntomas del TDAH⁶⁵. Ha habido ensayos, pero con peores resultados, con medicación glutamatérgica (memantina), estabilizadores del humor (litio, antiepilépticos), bupropion y alfa 2 agonistas⁶⁶.

Como conclusión

Se está avanzando en la conceptualización del uso patológico de internet (UPI), como una adicción comportamental. De momento tenemos una definición tentadora en la DSM-5 y CIE-11 de uno de sus trastornos, el trastorno por (vídeo)juego online (TJI), superando en parte la fase de usar solo escalas sin sustento conceptual como aproximación al problema.

El problema, según se ha reseñado, es mayor en jóvenes, más en adolescentes y más en pacientes con vulnerabilidad psiquiátrica. De todas ellas la más asociada bidireccionalmente con el UPI es el TDAH.

En consultas específicas de TDAH, el uso patológico de internet ha pasado de un hallazgo a ser la norma y a condicionar el tratamiento, puesto que empeora claramente el pronóstico, asociando discapacidades propias a las del TDAH.

Si asociamos la prevalencia del TJI (3,5%), que es solo un subtipo de UPI, a la del TDAH (5%), y recordamos todos los efectos negativos en el largo plazo de ambas condiciones, queda clara la necesidad de valorar siempre la presencia de UPI o TJI en consultas de TDAH y de profundizar en estudios sobre el impacto de terapias como la CBT y el tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes.

Dr. Francisco Montañés Rada es el jefe de Unidad Hospital Universitario Fundación Alcorcón, responsable del programa de TDAH y profesor de Psiquiatría en la Universidad Rey Juan Carlos.



Referencias

1. American Psychiatric Association, APA. (2014). "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5" (5a. ed.). Madrid: *Editorial Médica Panamericana American Psychiatric Association* (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders". 5th ed. Washington: *American Psychiatric Publishing*.
2. McBurnett K, Lahey BB, Pfiffner LJ. "Exceptional Children", Vol. 60, No.2, pp. 108-117.
3. Pontes H, Schivinski B, Sindermann C, et al. "Measurement and conceptualization of gaming disorder according to the World Health Organization framework: the development of the gaming disorder test". *International Journal of Mental Health and Addiction* 2019. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1007/s11469-019-00088-z.
4. Lampropoulou P, Siomos K, Floros G, Christodoulou N. "Effectiveness of Available Treatments for Gaming Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review". *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2022 Jan;25(1):5-13. doi: 10.1089/cyber.2021.0067. Epub 2021 Oct 18. PMID: 34665018.
5. Young, K., 1998. "Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder". *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), pp.237-244.
6. Puerta-Cortés D. X., C.X., Chamarro A. "Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español del Internet Addiction Test". *Trastornos Adictivos*, 2012; 14(4): p. 99-104.
7. Chen SH, W.L., Su YJ, et al. "Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study". *Chin J Psychol*, 2003. 45: p. 279-94.
8. Ko, C.H., et al. "Screening for Internet addiction: an empirical study on cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale". *Kaohsiung J Med Sci*, 2005. 21(12): p. 545-51.
9. Ruiz-Manrique G, Tajima-Pozo K, Montañés-Rada F. "Propuesta de escalas en población española para adicción a internet [Scales for internet addiction in spanish population: A proposal]". *Vertex*. 2017 Mar;28(132):98-103. Spanish. PMID: 29522628.
10. Marin MG, Nuñez X, de Almeida RMM. "Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review". *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2021 Apr;24(4):237-249. doi: 10.1089/cyber.2019.0698. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33121255.
11. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, Newcorn JH, et al. "The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder". *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep; 128:789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33549739; PMCID: PMC8328933.
12. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A. "Comparative efficacy and tolerability of medications for attention deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis". *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727-738. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4. Epub 2018 Aug 7. PMID: 30097390; PMCID: PMC6109107.
13. Sasot-Llevadot J, Ibáñez-Bordas RM, Soto-López A, Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Alda-Díez JA, Cantó-Díez T, Catalá MA, Ferrin-Erdozáin M, García-Giral M, Graell-Bernal M, Granada-Jiménez O, Herreros-Rodríguez Ó, Mardomingo-Sanz MJ, Mojarro-Práxedes D, Morey-Canyelles J, Ortiz-Guerra J, Pàmies-Massana M, Rey-Sánchez F, Romera-Torrens M, Rubio-Morell B, Ruiz-Lázaro PM, Ruiz-Sanz F; Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (GEITDAH). "Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes [GEITDAH consensus on conduct disorders in children and adolescents]". *Rev Neurol*. 2015 Aug 16;61(4):167-82. Spanish. PMID: 26204088.
14. Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, García-Giral M, Ortiz-Guerra J, Alda-Díez JA, Mojarro-Práxedes D, Cantó-Díez T, Mardomingo-Sanz MJ, Sasot-Llevadot J, Pàmies M, Rey-Sánchez F; Grupo de Especial Interés En El Tdah (GEITDAH). "Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad [GEITDAH consensus on attention deficit hyperactivity disorder]". *Rev Neurol*. 2010 Nov 16;51(10):633-7. Spanish. PMID: 21069642.
15. Biederman J, Mick E, Faraone SV. "Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type". *Am J Psychiatry*. 2000; 157:816-818.
16. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. "Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder". *JAMA* 2002; 288(14): 1740-8.
17. Castellanos FX, Acosta MT. "Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". *Rev Neurol* 2004; 38(Suppl 1): S131-6.
18. Lazar JW, Frank Y. "Frontal systems dysfunction in children with attention deficit/ hyperactivity disorder and learning disabilities". *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 1998; 10(2): 160-7.
19. Faraone SV, Biederman J, Jetton JG, Tsuang MT. "Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype". *Psychol Med* 1997;27(2):291-300.
20. Faraone SV, Larsson H. "Genetics of attention deficit hyperactivity disorder". *Mol Psychiatry*. 2019 Apr;24(4):562-575. doi: 10.1038/s41380-018-0070-0. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29892054; PMCID: PMC6477889.
21. Robson AL, Pederson DR. "Predictors of individual differences in attention among low birth weight children". *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18(1): 13-21.

NUEVO



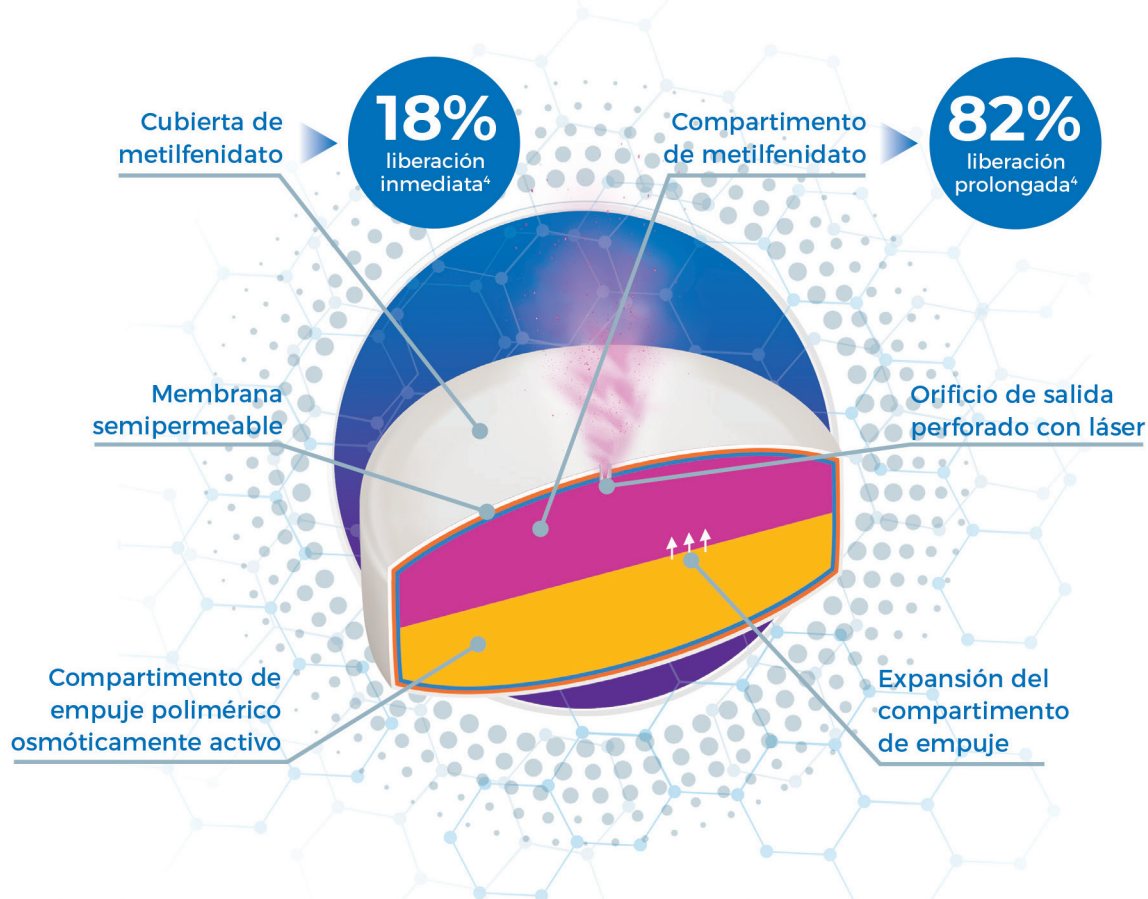
Atenza

Comprimidos de liberación prolongada EFG Metilfenidato hidrocloreuro



En TDAH en niños a partir de 6 años¹

Liberación prolongada con tecnología osmótica OROS® "Push-Pull"^{1,2}



- Comprimidos redondos¹
- Menos longitud^{1,3}
- Menos lactosa^{1,3}



Atenza 18 mg

Comprimidos de liberación prolongada EFG (30 comp.)
C.N. 732784.4



Atenza 27 mg

Comprimidos de liberación prolongada EFG (30 comp.)
C.N. 732782.0



Atenza 36 mg

Comprimidos de liberación prolongada EFG (30 comp.)
C.N. 732783.7



Atenza 54 mg

Comprimidos de liberación prolongada EFG (30 comp.)
C.N. 732781.3

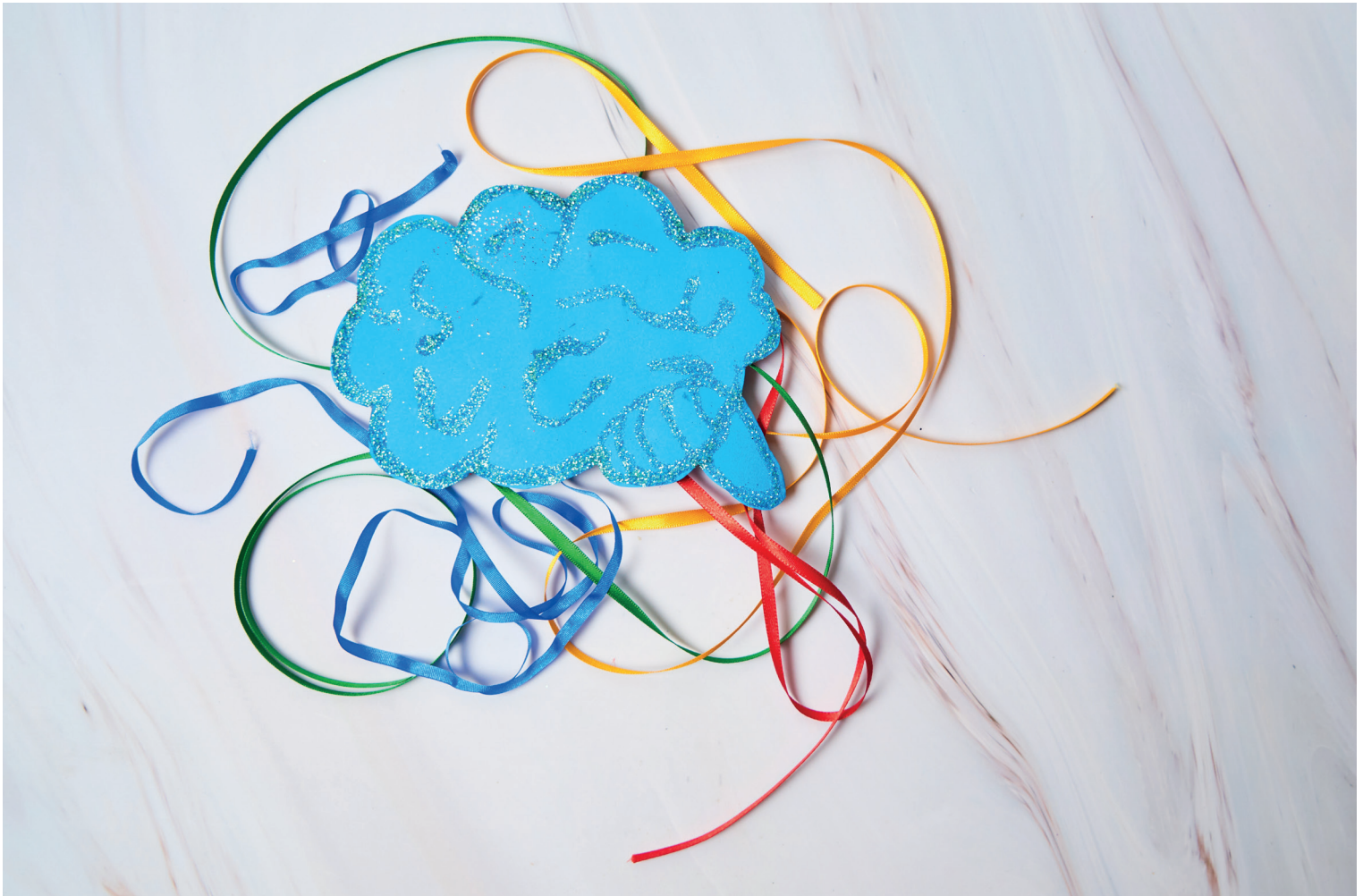


Exeltis
Rethinking healthcare

22. Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. "The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies". *Psychol. Med.* 36, 159–165 (2006).
23. Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. "Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type". *Am. J. Psychiatry* 157, 816–818 (2000).
24. Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A. & BiYer, I. "Prevalence and correlates of adult attention deficit hyperactivity disorder: meta-analysis". *Br. J. Psychiatry* 194, 204–211 (2009).
25. Michielsen, M. et al. "Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands". *Br. J. Psychiatry* 201, 298–305 (2012).
26. Guldberg-Kjar, T. & Johansson, B. "Old people reporting childhood AD/HD symptoms: retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65–80". *Nord. J. Psychiatry* 63, 375–382 (2009).
27. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis". *Am. J. Psychiatry* 164, 942–948 (2007).
28. Matte, B. et al. "ADHD in DSM-5: a field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults". *Psychol. Med.* 45, 361–373 (2015).
29. Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. "Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders". *Am. J. Psychiatry* 148, 564–577 (1991).
30. Leibenluft, E. (2012). "Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths". *The American Journal of Psychiatry*. 168(2): 129–142.
31. Stringaris, A et al. (2009). "Adult Outcomes of Youth Irritability: A 20-Year Prospective Community-Based Study". *The American Journal of Psychiatry*. 166(9): 1048–1054.
32. Biederman, J. et al. "Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder". *Am. J. Psychiatry* 150, 1792–1798 (1993).
33. Feldman, H.M.; Reiff, M.I. "Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents". *N. Engl. J. Med.* 2014, 370, 838–846.
34. Franke, B.; Michelini, G.; Asherson, P.; Banaschewski, T.; Bilbow, A.; Buitelaar, J.K.; Cormand, B.; Faraone, S.V.; Ginsberg, Y.; Haavik, J.; et al. "Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan". *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2018, 28, 1059–1088.
35. Barkley, R.A.; Fischer, M.; Smallish, L.; Fletcher, K. "Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2006, 45, 192–202.
36. Stevens, M., Dorstyn D, Delfabbro P, et al. "Global prevalence of gaming disorder: a systematic review and metaanalysis". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2020, 000486742096285. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1177/0004867420962851.
37. Delgado, Pablo and Ladislao Salmerón. 2021. "The Inattentive on-Screen Reading: Reading Medium Affects Attention and Reading Comprehension Under Time Pressure." *Learning and Instruction* 71: 101396. doi:10.1016/j.learninstruc.2020.101396. https://dx.doi.org/10.1016/j.learninstruc.2020.101396.
38. Fontaine, Guillaume, Ivry Zagury-Orly, Simon de Denu, Marie Lordkipanidzé, Marie-France Beauchesne, Marc-André Maheu-Cadotte, Michel White, Nicolas Thibodeau-Jarry, and Patrick Lavoie. 2020. "Effects of Reading Media on Reading Comprehension in Health Professional Education: A Systematic Review Protocol." *JBIR Evidence Synthesis* 18 (12): 2633–2639. doi:10.11124/JBIR-D-19-00348. https://search.proquest.com/docview/2435530130.
39. Settanni M, Marengo D, Fabris MA, et al. "The interplay between ADHD symptoms and time perspective in addictive social media use: a study on adolescent Facebook users". *Children and Youth Services Review* 2018; 89:165–170.
40. Yen C, Chou W, Liu T, et al. "Cyberbullying among male adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence, correlates, and association with poor mental health status". *Research in Developmental Disabilities* 2014; 35:3543–3553.
41. Blinks L, S'kar'upova' K, S'evc'ikova' A, et al. "Excessive internet use in European adolescents: what determines differences in severity?". *International Journal of Public Health* 2015; 60:249–256.
42. Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpela A. "Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12–18 year-old adolescents". *Addiction Research and Theory* 2004; 12:89–96.
43. Yang J, Guo Y, Du X, et al. "Association between problematic internet use and sleep disturbance among 50. Adolescents: the role of the child's sex". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15:2682
44. Floros G, Siomos K. "Patterns of choices on video game genres and Internet addiction". *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2012; 15:417–424.
45. Lu WH, Chou WJ, Hsiao RC, et al. "Correlations of internet addiction severity with reinforcement sensitivity and frustration intolerance in adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder: the moderating effect of medications". *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10:268.
46. Floros G, Siomos K. "The relationship between optimal parenting, Internet addiction and motives for social networking in adolescence". *Psychiatry Research* 2013; 209: 529–534.
47. Siomos K. (2020) Chapter 42 "Gaming disorder". In: Gerasimos A. Kolaitis et al., ed. *Modern psychiatry of children and adolescents*. Beta, pp. 269–273. ISBN: 978-960-452- 300-9.
48. Jeong H, Yim H, Lee S, et al. "Reciprocal relationship between depression and Internet gaming disorder in children: a 12-month follow-up of the iCURE study using crosslagged path analysis". *Journal of Behavioral Addictions* 2019; 8:725–732.
49. Yang J, Guo Y, Du X, et al. "Association between problematic internet use and sleep disturbance among 50. adolescents: the role of the child's sex". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15:2682
50. Tsitsika AK, Andrie EK, Psaltopoulou T, et al. "Association between problematic internet use, sociodemographic variables and obesity among European adolescents". *The European Journal of Public Health* 2016; 26:617–622.
51. Lu WH, Chou WJ, Hsiao RC, et al. "Correlations of internet addiction severity with reinforcement sensitivity and frustration intolerance in adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder: the moderating effect of medications". *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10:268.
52. Chen Y, Chen S, Gau SS. "ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan: a longitudinal study". *Research in Developmental Disabilities* 2015; 39:20–31.
53. Wang B, Yao N, Zhou X, et al. "The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis". *BMC Psychiatry* 2017; 17. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1186/s12888-017-1408-x.
54. Paulus F, Sinzig J, Mayer H, et al. "Computer gaming disorder and ADHD in young children—a population-based study". *International Journal of Mental Health and Addiction* 2017; 16:1193–1207
55. Chang C, Chang Y, Cheng H, et al. "Treatment efficacy of internet gaming disorder with attention deficit hyperactivity disorder and emotional dysregulation". *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2020; 23:349–355.
56. Chou, Wen-Jiun, Tai-Ling Liu, Pinchen Yang, Cheng-Fang Yen, and Huei-Fan Hu. 2014. "Multi-Dimensional Correlates of Internet Addiction Symptoms in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Psychiatry Research* 225 (1): 122–128. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.003. https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0165178114008555.
57. Aboujaoude E. "Problematic Internet use: an overview". *World Psychiatry* 2010;9:85–90.
58. Lissak G. "Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study". *Environ Res.* 2018 Jul;164:149–157. doi: 10.1016/j.envres.2018.01.015. Epub 2018 Feb 27. PMID: 29499467.
59. HuYon JS, Dudley J, Horowitz-Kraus T, et al. "Associations between screen-based media use and brain white matter integrity in preschool-aged children". *JAMA Pediatr.* 2020;174(1):e193869.
60. Paulus MP, Squeglia LM, Bagot K, et al. "Screen media activity and brain structure in youth: evidence for diverse structural correlation networks from the ABCD study". *Neuroimage.* 2019;185:140–153.
61. Weinstein A, Lejoyeux M. "Neurobiological mechanisms underlying internet gaming disorder". *Dialogues Clin Neurosci.* 2020 Jun;22(2):113–126. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/aweinstein. PMID: 32699511; PMCID: PMC7366941.
62. Small GW, Moody TD, Siddarth P, Bookheimer SY. "Your brain on Google: patterns of cerebral activation during Internet searching". *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17:116–126.
63. Bohle H, Rimpel J, Schauenburg G, et al. "Behavioral and neural correlates of cognitive-motor interference during multitasking in young and old adults". *Neural Plast.* 2019;2019:9478656. doi:10.1155/2019/9478656.
64. Zajac K, Ginley M, Chang R. "Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence". *Expert Review of Neurotherapeutics* 2019; 20:85–93.
65. Park J, Lee Y, Sohn J, et al. "Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder". *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2016; 31:427–432.
66. Łukawski K, Rusek M, Czuczwar S. "Can pharmacotherapy play a role in treating internet addiction disorder?" *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2019; 20:1299–1301.

PROGRAMA PERSONALIZADO PSYCHVIEW

Avances y desafíos del TDAH del adulto



Por Heidi Anne Duerr, MPH

Teresa Cerulli MD y Anthony L. Rostain MD, MA, explican los muchos avances que se han realizado en los últimos 20 años en el campo del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) del adulto, en un reciente programa personalizado de video de PsychView.

“Las buenas noticias son que gracias a nuestros esfuerzos para educar, tanto al público como a los profesionales de la salud, sobre el hecho de que el TDAH existe en el adulto, este se ha convertido en algo cada vez más reconocido por un número creciente de personas,” comenta Rostain, director fundador del Programa de Investigación y Tratamiento del TDAH del Adulto (*Adult ADHD Treatment and Research Program*) y profesor emérito de psiquiatría y pediatría de la Escuela de Medicina Perelman de la Universidad de Pennsylvania en Filadelfia. No obstante, tanto Rostain como Cerulli, presidente y director médico de Cerulli & Associates en North Andover, Massachusetts, y docente y supervisor clínico en la Escuela de Medicina de Harvard y del Beth Israel Deaconess Medical Center de Boston,

están de acuerdo con que siguen existiendo dificultades en la práctica clínica, tales como prejuicios, así como una respuesta incompleta al tratamiento.

Reconocer y enfrentarse a los prejuicios y a las barreras

Los prejuicios que se asocian con la etiqueta de TDAH han levantado barreras para la atención de estas personas, según la opinión de Cerulli y Rostain. Rostain señala que la desconfianza en aquellas comunidades más desfavorecidas propicia una falta de diagnóstico de los casos. Prejuicios no conscientes pueden también influenciar el juicio de los profesionales clínicos, lo que les hace confundir el TDAH con ansiedad o depresión.

Otra posibilidad que indica Rostain “es confundir la discapacidad social que se asocia con el TDAH del adulto con un trastorno de personalidad narcisista u otro tipo de trastornos del Cluster B cuando, de hecho, la auto-regulación de base lleva a estas personas a tener dificultades para comportarse de una manera que, o bien consideraríamos que es socialmente adecuada, o no suficientemente madura para su edad”.

Cerulli añade “el otro prejuicio que yo veo, especialmente en el TDAH del adulto, es que muchas personas no se acercan a causa de que

tienen miedo de que la gente vaya a pensar que solo están intentando obtener sustancias”, lo que retrasa su diagnóstico. “El estigma que se crea alrededor de los estimulantes sigue siendo probablemente uno de los mayores obstáculos a los que nos enfrentamos”, dice Rostain. “Oyes la misma historia una y otra vez”. Comenta que los pacientes le han dicho que “yo sabía que lo tenía desde joven, pero mis padres no estaban dispuestos en absoluto a llevarme al médico, porque no querían que empezara a tomar medicación estimulante”.

Siempre buscando el lado positivo, ambos están de acuerdo en que esto también supone una importante oportunidad para el clínico. “Es la labor del psiquiatra y de otros profesionales de salud mental el decir: ‘el TDAH no se deber equiparar con tomar estimulantes’. El TDAH es una enfermedad que necesitamos comprender. Produce un impacto crónico y bastante importante sobre el funcionamiento, por lo que debemos abordarlo de muy diversas maneras”, apostilla Rostain.

El impacto de la alteración funcional

Rostain y Cerulli coinciden en que las pruebas de imagen funcional juegan un papel fundamental en las vidas de sus pacientes. Dice Rostain: “pienso que el TDAH se está volviendo cada vez más discapacitante conforme

evoluciona nuestra sociedad”. “Esta discapacidad afecta a muchos aspectos de las vidas de los pacientes, más allá de los problemas en el trabajo y en la educación”, añade Cerulli.

Explica Rostain que: “la mayor parte de las personas adultas con TDAH tiene problemas con todo, desde controlar el tiempo, hacer las cosas y seguir las indicaciones”. “También está el asunto de la impulsividad, el control de las emociones y ser capaces de pensar antes de hablar y no simplemente ir saltando en un millón de direcciones, sino, por ejemplo, ser realmente capaces de manejar la frustración. Y no sufrir demasiados accidentes de coche o que les pongan muchas multas por exceso de velocidad.”

El manejo de las relaciones personales y profesionales puede ser igualmente complicado. A las personas con TDAH suele calificárselas como poco consideradas cuando olvidan citas importantes o interrumpen a la gente. Rostain señala que: “continúa habiendo mucho rechazo social”. “Cuando se examinan los datos de los estudios epidemiológicos nacionales, resulta muy obvio que la comorbilidad número uno de las personas adultas con TDAH sea el trastorno de ansiedad social. Y yo pienso que esto se produce por las experiencias repetidas de rechazo social o fracaso social.”

Cerulli coincide con este punto de vista: “supone un problema muy grande para los pacientes”. “Las tasas de divorcio llegan a ser el doble cuando uno de los cónyuges padece TDAH. Sinceramente, confío en que los que ven esto reciban el mensaje y comprendan que el TDAH supone un problema de la regulación de la atención, de la auto-regulación del comportamiento y del control de los propios pensamientos, en términos de organización, planificación y gestión del tiempo: influye en todo.”

Según Rostain, todo esto acaba sumando y puede conducir a provocar una baja autoestima. “Tienen un sentimiento persistente de falta de adecuación, efectividad y, de alguna forma, de no cumplir con las expectativas de las personas. Esto puede llevarles a que desarrollen mecanismos de afrontamientos poco afortunados, tales como una mayor dependencia del alcohol o de otras sustancias, así como la tendencia a asumir compromisos excesivos que luego no son realmente capaces de cumplir, con un sentimiento persistente de estar estresados.”

Psicoeducación y toma de decisión compartida

Ambos señalan que el primer paso para el tratamiento es la psicoeducación. Esto incluye tanto al paciente como a su pareja, así como a otros miembros cercanos de la familia, y debe contribuir a definir las expectativas. Conforme el paciente entiende lo que sus cerebros saben hacer bien y lo que no, es importante ayudarle enseñándole habilidades que le apoyen, tales como el hacer ajustes en su entorno y en la programación de sus actividades. También indican que las habilidades de comunicación pueden mejorar las relaciones,

especialmente si surgen conflictos. Rostain resume el concepto diciendo: “las pastillas no enseñan habilidades.”

Cerulli y Rostain apoyan asimismo la toma de decisiones compartidas. Así, Cerulli habla con sus pacientes sobre su tratamiento y sobre qué es lo más importante para ellos. Le gusta dar a los pacientes diferentes opciones y, en ocasiones, les hace saber cuál sería su propia elección. En sus palabras: “la toma de decisión compartida le da poder a una persona que, de otro modo, probablemente tendría una baja autoestima para prestar atención a los detalles”.

“El estigma que se crea alrededor de los estimulantes sigue siendo probablemente uno de los mayores obstáculos a los que nos enfrentamos”.

Rostain también emplea la toma de decisión compartida para fijar los objetivos, los métodos para lograrlos y el marco temporal para conseguirlos. Explica: “hay que ser realista, en el sentido de que esto constituye un proceso en el que nos embarcamos juntos. Vamos a intentar distintas cosas según las prioridades que tú marques”. “El fin del tratamiento es ayudar a las personas a que funcionen mejor. No se trata solo de reducir los síntomas, sino de mejorar el funcionamiento en diversas esferas de la vida. Y por eso es importante, para que sea una toma de decisión compartida, tener una conversación real”.

Cerulli muestra su acuerdo y señala que, dado que los criterios de DSM y las listas de comprobación solo ayudan en lo que ayudan, es por lo tanto crucial descubrir qué es lo importante para el paciente. “Para algunos de ellos es: ‘quiero ser capaz de tener una

conversación con mis hijos, o con mi pareja, sin enfurecerme’, algo así. O, para otro: ‘quiero completar mi jornada de trabajo de un modo más efectivo o más eficiente’. Para otro: ‘quiero ser capaz de sentarme a leer un libro y disfrutar de él’. Existen diferentes prioridades para cada persona.”

Sopesar y decidir sobre opciones de tratamiento

Aunque los estimulantes han sido habitualmente la primera línea de tratamiento, existen otras opciones diferentes a considerar. Rostain y Cerulli afirman: “Los estimulantes pueden ser efectivos, pero también pueden ser objeto de abuso y poseen connotaciones negativas asociadas a su uso”. “Además, no funcionan en todo momento”, dice Rostain y añade que los fármacos no estimulantes tienen la ventaja de que su efecto es para las 24 horas del día y que carecen de potencial de abuso, pese a que los datos sobre su eficacia no sean tan sólidos. A diferencia de los estimulantes, para los que se pueden tomar “vacaciones de medicación”, los fármacos no estimulantes deben tomarse todos los días. En las personas adultas con TDAH, Rostain suele considerar el empleo de estimulantes en formulaciones de efecto prolongado, ya que los días de dichas personas son más largos. “El gran cambio que se ha producido es en cómo hemos pasado a considerar los estimulantes en la última década. Ha sido realmente examinar los datos y decir: ‘efectivamente, tenemos mejor adherencia y menos problemas cuando se recetan formulaciones de efecto prolongado de las medicaciones”.

Por lo tanto, ¿cómo elegir entre las opciones de anfetamina y metilfenidato? Rostain comenta que “siempre digo que hay que hablar con el paciente sobre las diferencias en el perfil de los dos. Investiga si ya han recibido alguna de ellas. Muchos de nuestros pacientes adultos han recibido tratamiento de niños y pueden recordar qué fue lo que funcionó y lo que no, o si otros miembros de su familia han estado mejor con metilfenidato o con anfetaminas. “No obstante, si se considera que determinado paciente no



Para ver este programa de PsychView, visite la página psychiatrictimes.com/psych-view/novel-delivery-systems-utilized-in-the-treatment-of-adult-adhd



desea más que un único intento de tratamiento con medicación, pudiera ser mejor empezar con una anfetamina, ya que posee un tamaño del efecto ligeramente mayor en comparación con el de metilfenidato. Pero también hay que advertirle de que hay un mayor riesgo de efectos adversos (por ejemplo, supresión del apetito, insomnio o un sentimiento de inquietud o de nerviosismo).

Cerulli asiente y añade: “Hay una pregunta que les hago a los pacientes, habiendo conocido sus secretos durante años y sabiendo que muchos de ellos han probado la medicación de alguno de sus hermanos. Les pregunto, guiñando un ojo y asintiendo con la cabeza, si han probado la medicación de alguien”.

En términos de potencial de abuso, Rostain comparte las impresiones de colegas del campo de abuso de sustancias: “Muchos me han puntualizado que el uso adecuado de los estimulantes puede de hecho mejorar ciertas formas de trastorno por abuso de sustancias.” Por ello, en lugar de desechar un tipo de medicación, es importante asegurarse de que se está poniendo en marcha un plan de tratamiento integral y que se sigue al paciente.

Los siguientes pasos a considerar cuando la mejoría se atasca

Rostain recomienda usar algún instrumento de medición (por ejemplo, la Escala Autoadministrada de TDAH del Adulto, *Adult ADHD Self-Report Scale*) para objetivar la mejora hacia la consecución del objetivo. Si a pesar de tomar un estimulante a la mayor dosis segura el paciente permanece con síntomas, Rostain prueba otro estimulante de una clase diferente, o considera la aumentación (*augmentation*) con un fármaco no estimulante. Señala: “creo que se deben seguir las directrices siempre que sea posible, aunque frecuentemente los pacientes pueden precisar de una dosis diaria algo mayor, mientras se benefician de ella y tenga consecuencias favorables en su funcionamiento”.

Por contra, indica Rostain, que se produce un fallo del tratamiento cuando los pacientes

son incapaces de mantener el régimen de medicación a causa de los efectos adversos. Es en ese momento cuando “debes jugar tanto con los cambios del tiempo de la toma de la medicación como, quizás, el cambio de formulación o el añadir un fármaco no estimulante como ‘aumentación’ del efecto”.

En estos casos, y tanto Rostain como Cerulli están de acuerdo, es importante comentar los efectos adversos con los pacientes. Rostain comenta que pregunta a sus pacientes: “¿Qué es lo que le impide o dificulta tomar la medicación? ¿Cómo sabe que son los efectos adversos los que realmente les están causando molestias, de modo que podamos arreglar eso? Porque si odian lo que están tomando, va a ser difícil que a la larga continúen con la medicación”.

Cerulli añade que algunos de los efectos adversos de antes ya no se ven con los nuevos medicamentos, algunos de los cuales le indicaban al paciente que la medicación estaba funcionando. Como consecuencia, les tiene que recordar a los pacientes que no deben de sentirse “bajo los efectos de la medicación” sino que, en cambio, deben sentir los efectos sobre la cognición.

También señala que la agencia reguladora de Estados Unidos (Food and Drug Administration) ha aprobado recientemente un medicamento en combinación (Azstarys) que contiene un 70% de serdexmetilfenidato (sustancia incluida en el Título IV, *Schedule IV*) y un 30% de dextmetilfenidato (sustancia incluida en el Título II), lo cual ella denomina un mecanismo nuevo. Explica que serdexmetilfenidato es inerte y que no se activa hasta que alcanza el tubo digestivo distal. Esto le convierte en que sea poco proclive al abuso. Por otra parte, dextmetilfenidato de liberación inmediata permite que el paciente empiece bien el día. Como dice ella: “Por eso, si consideras la combinación de los dos, la curva farmacocinética de niveles sanguíneos que se obtiene indica que estos suben al cabo de 30 minutos de administrar Azstarys, debido a dextmetilfenidato de liberación inmediata. Entonces, cuando están a punto de bajar,

incluso solo un poquito, tienes suficiente fármaco a partir de serdexmetilfenidato, la parte de profármaco, para que vuelvan a subir justo en ese momento.”

Cerulli ha tenido la ocasión de recetar el fármaco a algunos de sus pacientes y está contenta con el resultado. Empezó en pacientes que habían respondido a dextmetilfenidato de liberación prolongada, pero en los que los efectos no eran lo suficientemente duraderos. En otro paciente que estaba sufriendo de aumento de la frecuencia cardíaca, Cerulli le recetó la combinación de serdexmetilfenidato/dextmetilfenidato atendiendo a la pendiente más suave de la curva farmacocinética, lo cual permitía predecir que tuviera un resultado fisiológico diferente. “Ha sido estupendo”, nos dice, “me alegro de poder decir que no ha vuelto a tener aceleración de la frecuencia cardíaca, lo cual está muy bien. Lo que me cuenta es que está encantado de que el efecto dure más, y que tiene la eficacia de siempre, pero que ahora no tiene que lidiar con el problema que antes le provocaba el aumento de la frecuencia cardíaca”.

Rostain señala que también las intervenciones no farmacológicas están proliferando: “Por ejemplo, se ha aprobado la estimulación del nervio trigémino”. Y hay algunos datos interesantes sobre la utilización de algunos videojuegos que ayudan a mejorar la memoria de trabajo y reducir los síntomas de TDAH. “Creo que vamos a ver que se les presta mucha más atención a las intervenciones no médicas”. Añade que hay también interés en otros tratamientos basados en tecnología, tales como la realidad virtual y la estimulación magnética transcraneal.

Como indica Rostain: “Una de las hipótesis acerca de la fisiopatología que da lugar a TDAH, y que resulta bastante atractiva, es que la red neural por defecto se halla hiperactiva y que no es capaz de ser contenida lo suficiente cuando intervienen los sistemas ejecutivos de control. Por lo tanto, de algún modo, están compitiendo en el cerebro dos circuitos diferentes. Quizás podamos obtener mejores resultados empleando alguno de estos enfoques alternativos. Les puede ayudar a las personas pasar de una forma más fácil al control atencional ejecutivo, con menos distracciones del modo por defecto”.

Consideraciones finales

Rostain apunta que el principal mensaje es que tenemos una gran esperanza y contamos con nuevos enfoques para tratar a las personas adultas con TDAH. Tal como resalta: “Pero, sobre todo, son importantes las intervenciones médicas con otro tipo de métodos para ayudar a las personas a enfrentarse mejor a su enfermedad, ayudarles a tener una mejor gestión del tiempo y facilitarles el aprendizaje y desarrollo de nuevas habilidades que pueden tener infra-desarrolladas, a la vez que se reducen los mecanismos de afrontamiento negativos en los que muchas personas confían”.

Cerulli está de acuerdo: “ha habido tantos avances desde que yo me inicié en este campo hace 20 años, tantos avances...”. Como dice: “Realmente es muy gratificante ser capaz de poder cambiar las cosas.”