



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 13

Número 8

Agosto del 2002

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Algoritmo de tratamiento farmacológico

■ El TDAH es la psicopatología más común en la infancia y uno de los padecimientos con mayor continuidad en la adolescencia y la vida adulta. Los diferentes estudios de seguimiento han permitido conocer que el uso de psicofármacos disminuye la severidad de los síntomas, mejora el funcionamiento académico, laboral y social de quienes sufren esta enfermedad y que el uso particular de estimulantes en niños con TDAH disminuye los riesgos de abuso de drogas en la vida adolescente, en comparación con niños que presentan TDAH, y que no reciben el estimulante.

Durante muchos años únicamente ha existido el metilfenidato, medicamento del grupo de los estimulantes, para el tratamiento del TDAH. Sin embargo, pareciera que en los próximos meses el mercado de los estimulantes se abrirá a otras opciones, además de ofrecer nuevos medicamentos no estimulantes que potencialmente pueden utilizarse en el tratamiento de dicho trastorno.

Algunos sectores mal informados siguen difundiendo campañas equivocadas en torno a los riesgos adictivos de estos psicofármacos; tales campañas no sólo afectan la confianza del público en estas medicinas sino que perjudican a los pacientes con TDAH a quienes pretenden proteger, al negarles los beneficios potenciales de un tratamiento con estimulantes.

Hasta ahora ninguna institución había asumido el liderazgo para reunir a un grupo de especialistas a nivel nacional, con el fin de acordar los consensos para el tratamiento farmacológico del TDAH. El mes de julio próximo pasado, por iniciativa de la Academia Mexicana de Pediatría, se realizó el Consenso de Morelos, una reunión

de trabajo que duró 3 días, y en la que pediatras, neurólogos pediatras, psiquiatras y paidopsiquiatras, establecieron las bases para la implementación del tratamiento farmacológico de este padecimiento y sus comorbilidades, tomando en consideración las nuevas opciones medicamentosas y la evidencia científica para cada una.

Con el objetivo de participar en la difusión de los resultados de la reunión, presentamos en este número de agosto cuatro trabajos que muestran sólo parte del material considerado en el consenso y que abarca los algoritmos prevalentes para los adolescentes, la comorbilidad con padecimientos internalizados, la comorbilidad con padecimientos externalizados y el tratamiento en población adulta. Los autores de estos trabajos fueron participantes del grupo de consenso. Reconocemos el trabajo de los coordinadores del consenso: doctores Matilde Ruiz, Oscar Sánchez y Saul Garza y recomendamos a los lectores mantenerse informados a través de la publicación definitiva Algoritmo para el Manejo Farmacológico del TDAH, que publicará la Academia Mexicana de Pediatría.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Algoritmo de tratamiento farmacológico | 43 |
| Comorbilidad del TDAH con trastornos internalizados. Algoritmo de tratamiento farmacológico | 44 |
| Comorbilidad del TDAH con trastornos externalizados. Algoritmo de tratamiento farmacológico | 45 |
| TDAH en los adultos. Algoritmo de tratamiento farmacológico | 47 |

Algoritmo farmacológico para el TDAH en adolescentes

Se recomienda evaluar la respuesta con el sistema de múltiples informantes, utilizando de preferencia instrumentos validados de severidad. Asimismo, esperar al menos cuatro semanas con cada dosis.

Etapa 1: Estimulantes

Metilfenidato (MFD)

Inicio con dosis ascendentes hasta alcanzar entre los 30 y los 40 mgs/día (no pasar de 60 mgs/día) divididas en tres dosis diarias, los siete días de la semana. Si se presentan efectos colaterales importantes, bajo apego al tratamiento, o respuesta parcial (multiformante), se sugiere el cambio a estimulante de vida media, larga o de liberación controlada o sostenida, *vgr*: concerta.

Etapa 2: Antidepresivos no tricíclicos

Bupropión de 150 a 300 mgs/día, Venlafaxina de 100 a 200 mgs/día.

Etapa 3: Antidepresivos tricíclicos

Imipramina, Nortriptilina o Desipramina en dosis menores a 150 mgs/día.

Etapa 4: Agonista alfa adrenérgico y otros nuevos fármacos

Clonidina en dosis de 0.2 a 0.3 mgs/día; Modafinil en dosis de 200 mgs/día.

Etapa 5: Otros medicamentos

Se recomienda en este nivel emplear la Atomoxetina y la Reboxetina, de uso aún experimental.

(Francisco de la Peña Olvera)

Bibliografía

PLISZKA SR y col.: The Texas Children Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel Medication Treatment of Childhood Attention Deficit/Hiperactivity Disorder. Part 1. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 39(7):908-916, 2000.

Comorbilidad del TDAH con trastornos internalizados. Algoritmo de tratamiento farmacológico

■ Se entiende por trastornos internalizados el conjunto de padecimientos ansiosos y depresivos que se incluyen dentro de la taxonomía internacional. El agrupar estos pade-

cimientos en un área dimensional facilita su comprensión clínica y ayuda en las decisiones terapéuticas. La comorbilidad se presenta tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, es difícil establecer su frecuencia debido a errores en la clasificación, carencia de pruebas diagnósticas definitivas, sobreposición de síntomas entre diferentes entidades y variabilidad de los síntomas en niños, adolescentes y adultos. Como ocurre en el caso de la depresión, los padres pueden no estar conscientes de los síntomas de su hijo, por lo que para hacer el diagnóstico es más importante la entrevista con el niño o el adolescente, que con los padres.

La comorbilidad psiquiátrica del TDAH con trastornos ansiosos es del 34%, y con el trastorno depresivo mayor es del 20% al 40%, estos tipos de comorbilidad habitualmente complican la farmacoterapia del TDAH. Los estimulantes generalmente son poco efectivos en el tratamiento de los trastornos afectivos y la mayor parte de los antidepresivos tricíclicos utilizados en el tratamiento del TDAH no son efectivos para tratar la depresión infantil; de la misma manera, los tratamientos para la manía no tratan el TDAH ni viceversa.

En el estudio “Tratamiento Multimodal Multicéntrico Colaborativo de Niños con TDAH” (MTA por sus siglas en inglés), se encontró que la ansiedad comórbida no modera la respuesta a los estimulantes en niños con TDAH. La ansiedad comórbida no constituye una contraindicación para el tratamiento con estimulantes y tampoco existen datos de que los síntomas depresivos contraindiquen tal tratamiento.

En principio al atender a un niño con TDAH y ansiedad o depresión comórbidas, es preferible iniciar su tratamiento con el estimulante. Antes de intentar el tratamiento del trastorno internalizado, reducir los síntomas del TDAH puede tener un impacto sustancial en los síntomas ansiosos-depresivos. Una excepción a esto ocurre cuando el niño o el adolescente presenta síntomas de conducta suicida o psicótica, lo cual requiere su hospitalización y el empleo inmediato de un antidepresivo y/o antipsicótico. Después de probar con el estimulante, el médico deberá evaluar la respuesta tanto de los síntomas depresivos como del TDAH. Si los síntomas ansioso-depresivos mejoran junto con los del TDAH no se requerirá el uso de antidepresivos; si los síntomas del TDAH mejoran pero los síntomas ansiosos-depresivos no, se deberá añadir un antidepresivo, de preferencia un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS), al tratamiento con estimulantes. Si no hay mejoría en los síntomas del TDAH ni en los ansioso-depresivos con el tratamiento con estimulantes, se deberá iniciar el algoritmo para el trastorno depresivo mayor; si mejoran los síntomas depresivos pero no los del TDAH se deberá intentar de nuevo el tratamiento con el estimulante.

TDAH y los trastornos de ansiedad

El estudio MTA (*Medication Treatment Algorithm*) mostró que los niños que padecen TDAH y ansiedad comórbida se benefician más con un tratamiento psicosocial que con

una combinación de medicamentos, que los niños con TDAH, no ansiosos. En este estudio, los niños con TDAH sin ansiedad no mostraron beneficio agregado al añadir el tratamiento psicosocial al medicamento. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son útiles en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, y pueden combinarse con estimulantes en casos de TDAH más ansiedad. Al planear el tratamiento de un paciente con TDAH y ansiedad comórbida, debe darse prioridad a los síntomas más relevantes; si se va a dar prioridad al TDAH conviene iniciar con un estimulante y observar los resultados en dos semanas, pues es posible que esto sea suficiente para controlar tanto los síntomas de TDAH como los ansiosos. En el tratamiento de un paciente con TDAH y ansiedad comórbida frecuentemente se requiere combinar medicamentos: los estimulantes son de primera elección para los síntomas del TDAH, los antidepresivos pueden ser efectivos para los trastornos de ansiedad, depresión u obsesiones (se recomienda el uso de ISRS). Algunos autores recomiendan la buspirona, las benzodiacepinas sólo se recomiendan para adolescentes mayores en el contexto de una urgencia.

TDAH y trastornos depresivos

Los síntomas depresivos generalmente principian después de los síntomas del TDAH. Si los síntomas depresivos persisten después de que el niño ha respondido al tratamiento medicamentoso para el TDAH con estimulantes, hay que añadir tratamiento con antidepresivos ISRS. Cabe mencionar que los antidepresivos tricíclicos no son efectivos para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes; es preferible el empleo de fluoxetina, paroxetina o sertralina. Los agentes inhibidores de la recaptura de noradrenalina o bien los agentes mixtos (fluoxetina, noradrenalina e incluso dopamina) pueden ser efectivos para tratar con monoterapia a estos pacientes con TDAH y depresión; se debe considerar el uso de la venlafaxina, la reboxetina, el bupropión y la mirtazapina.

En resumen, ya que el TDAH es altamente comórbido hay que priorizar el tratamiento: primero tratar la manía o la psicosis comórbidas, segundo tratar la depresión y tercero, tratar la ansiedad y el TDAH. El tratamiento combinado puede ser necesario. Los medicamentos para los trastornos ansiosos no tratan el TDAH ni viceversa (excepción probable para el bupropión y la venlafaxina). Muchas veces se requiere de tratamientos separados para el TDAH y sus trastornos comórbidos.

(J. Manuel Saucedo)

Bibliografía

PLISZKA SR, GREENHILL LL y cols: The Texas Children's Medication Algorithm Project. Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:908-919, 2000. BIEDERMAN J: *ADHD and Comorbidities*. Trabajo presentado en el Congreso Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, Filadelfia, 20 de mayo de 2002.

Comorbilidad del TDAH con trastornos externalizados. Algoritmo de tratamiento farmacológico

■ El consenso de expertos para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de México, ha desarrollado los algoritmos de tratamiento para el TDAH y sus comorbilidades con base en la evidencia científica. El presente resumen trata sobre el algoritmo de tratamiento para el TDAH asociado con trastornos externalizados; incluimos dentro de estos trastornos el trastorno disocial (TD) y el trastorno oposicionista y desafiante (TOD). La comorbilidad del TDAH con problemas de conducta es elevada; podría estar presente en el 40 al 70% de los niños y adolescentes con este trastorno.

Etapa 0: Evaluación diagnóstica

El TOD se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante, en un periodo de por lo menos 5 meses; se manifiesta por cólera y pataletas, el niño frecuentemente discute con los adultos, desafía la autoridad y la desobedece, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a los demás de sus propios errores, es susceptible y fácilmente se siente agredido por otros; además es rencoroso y vengativo. El TD consiste en un patrón de comportamiento persistente en el que se violan los derechos básicos de otras personas y las normas sociales; los síntomas deben presentarse al menos en un periodo mínimo de 6 meses y se caracterizan por agresión a personas o animales, destrucción de propiedad fraudulencia o robo, violación grave a las normas, mentiras, etc. La coexistencia del TD, TOD y TDAH es actualmente motivo de controversia, primero porque se ha cuestionado si se trata de condiciones psiquiátricas distintas o de diferentes aspectos del mismo fenómeno, debido a la elevada comorbilidad. La alta frecuencia de la co-ocurrencia sugiere que están altamente relacionados y la distinción se debe hacer por medio de la descripción clínica, psicosocial del desarrollo, con la aplicación de instrumentos estandarizados y pruebas psicológicas. Por otro lado un trastorno podría anteceder o propiciar el desarrollo del otro; además de que un trastorno representa un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente del otro. La presencia de estas comorbilidades podría alterar la presentación clínica del TDAH; sin embargo, estudios clínicos controlados indican que no existen diferencias en la capacidad intelectual ni en el desempeño académico ni tampoco en la severidad de los síntomas de inatención e hiperactividad. Sí existe diferencia significativa en la presencia de impulsividad en el grupo comórbido. La presencia de ansiedad es un factor protector contra la impulsividad.

Estudios genéticos señalan que la transmisión de la

comorbilidad tiene fuerte componente familiar. La comorbilidad sugiere un pronóstico peor cuya consecuencia podría ser el desarrollo de personalidad antisocial y el abuso de sustancias. La respuesta farmacológica favorable indica la base neurobiológica del TDAH, con o sin agresividad.

La comorbilidad podría afectar la toma de decisiones respecto al tratamiento del TDAH. El clínico centra su atención en los problemas externalizados obvios, es decir, agresividad e impulsividad y es frecuente hacer un mal diagnóstico. Las intervenciones podrían resultar incompletas. La comorbilidad podría tener efecto sobre los tratamientos farmacológicos, sobre el impacto en los resultados del tratamiento con estimulantes, sobre el efecto en la agresividad y las dosis recomendadas en estos casos. Los psicoestimulantes son en la actualidad parte de la rutina del tratamiento farmacológico en el tratamiento del TDAH. Los antidepresivos tricíclicos y los no-tricíclicos son las opciones alternativas para el manejo de los síntomas conductuales y cognoscitivos, cuando el estimulante no funciona.

La venlafaxina, la reboxetina, el bupropión, el modafinil y la atomoxetina son las nuevas opciones potencialmente promisorias. Los agonistas alfa-2 adrenérgicos pueden reducir moderadamente la hiperactividad e impulsividad. Ciertos agentes como la carbamazepina, el valproato, el litio y los neurolépticos pueden ser necesarios en casos particulares de conductas de alto riesgo asociadas con el TDAH.

El tratamiento multimodal se ha recomendado para las opciones de tratamiento del trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante, asociados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una razón para este enfoque es que sólo un tratamiento podría recomendarse para un grupo selectivo de pacientes hiperactivos; la combinación de tratamientos ha dado por resultado beneficios clínicos, así como diferencias individuales en respuesta a cada intervención. Los beneficios del tratamiento multimodal en niños agresivos y oposicionistas desafiantes, han recibido poca atención y sus resultados se han visto limitados por la brevedad de su tiempo de aplicación y por los procedimientos restringidos de intervención.

El algoritmo propuesto para el tratamiento del TDA comórbido con TD y TOD es el siguiente, y se constituye en 6 etapas:

Etapa 1: Monoterapia con estimulantes

El Metilfenidato es el fármaco de primera elección. La reunión de consenso de expertos determinó que existen pruebas científicas suficientes de la efectividad de los estimulantes en el tratamiento del TDAH asociado con trastorno disocial y trastorno oposicionista desafiante. Se propone un esquema de dosis flexible para escolares y adolescentes y dosis ponderal para preescolares. Si se obtiene respuesta favorable, hasta en cuatro semanas, se deberá continuar con el esquema durante cuatro semanas. Si la respuesta es parcial, o si se presentó intolerancia al fármaco, hubo graves efectos colaterales o no se obtuvo respuesta, pasar a la siguiente etapa. En México hoy día sólo se halla

a la venta un estimulante, el metilfenidato; en otros países la etapa dos consistiría en el uso de otro estimulante.

Etapa 2: Monoterapia con antidepresivos

El panel de expertos incluyó como fármacos de segunda elección los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, la venlafaxina, inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina y serotonina y en menor medida de la dopamina, y el bupropión, inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina. Con el uso de los tricíclicos se indica el monitoreo con electrocardiograma. El bupropión podría ser contraindicado en niños con crisis convulsivas. Si con uno de estos fármacos se obtiene respuesta favorable a los síntomas del TDAH y sus comorbilidades, continuar con el esquema. Evaluar la respuesta con cada incremento de dosis hasta por cuatro semanas. Si la respuesta es parcial, se desarrolló intolerancia al fármaco, se presentan graves efectos colaterales o no hubo respuesta, pasar a la siguiente etapa.

Etapa 3: Monoterapia con estabilizadores del humor o Alfa-agonistas

Los fármacos de tercera elección que se han incluido son: Litio, Carbamazepina, Valproato y Clonidina. Si se ha observado respuesta favorable continuar con el esquema. Cuando la respuesta sea parcial, se presente intolerancia al fármaco, haya graves efectos colaterales o definitivamente no se haya observado ninguna respuesta, pasar a la siguiente fase.

Etapa 4: Antipsicótico atípico

El uso de antipsicóticos atípicos se ha especificado para los casos de conducta agresiva, hiperactividad incontrolable con otros fármacos o síntomas psicóticos asociados con el TDAH. La Risperidona es el antipsicótico de primera elección; la dosis es variable y dependerá de la frecuencia de los síntomas, de su severidad y del grado de deterioro en el funcionamiento del niño o del adolescente. Si se obtiene respuesta favorable se podrá continuar con el esquema, pero cuando la respuesta sea parcial, se presenten graves efectos colaterales, intolerancia al fármaco o falta de respuesta, pasar a la siguiente etapa.

Etapa 5: Otros antipsicóticos atípicos

La olanzapina podría ser la opción para los casos refractarios a cualquiera de los esquemas anteriores. Podría contemplarse en esta etapa la terapia combinada con estabilizadores del ánimo.

(Félix Higuera Romero)

Bibliografía

PLISZKA SR y cols. The Texas Children Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Conference Panel Medication Treatment of Childhood Attention Deficit/Hiperactivity Disorder. Part 1. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 39(7):908-916, 2000.
AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 36(10):85S-110S, 1997.

TDAH en los adultos.

Algoritmo de tratamiento farmacológico

■ El trastorno por déficit de atención (TDA) con hiperactividad, es un padecimiento que ha sido objeto de investigación e interés clínico desde hace ya mucho tiempo. Actualmente se sabe que este trastorno lo padece el 5% de la población infantil en el mundo, incluyendo México. Anteriormente se tenía noción de que este tipo de problema tendía a revertirse conforme pasaban los años y, el niño se desarrollaba hasta alcanzar la etapa inicial de la madurez, y que desaparecía a su vez, conforme el organismo envejecía. Actualmente se sabe que esto no es cierto; se reconoce la existencia del trastorno por déficit de atención en la edad adulta y se ha llegado a estimar que de todos los niños que padecen TDAH en la actualidad, entre un 20 y un 50% de ellos lo padecerán en la edad adulta. Las manifestaciones clínicas más relevantes del trastorno por déficit de atención en la edad adulta son la inatención o fácil distractibilidad, la inquietud motora así como una marcada tendencia a la impulsividad. Varios expertos en este tipo de padecimiento consideraron que existían otros tipos de manifestaciones clínicas que debían de tomarse en cuenta para llegar a un diagnóstico certero. Estas incluían: importante labilidad emocional, temperamento explosivo, marcada intolerancia al estrés aunada a la incapacidad para mantener un trabajo, llevar una vida sentimental estable y una vida social adaptativa, manifestando un estado anímico predominantemente disfórico.

Por otro lado, ahora se conoce que gran cantidad de pacientes con TDA del adulto también presentan síntomas de otros padecimientos psiquiátricos. Se ha encontrado que alrededor de un 33% de los pacientes con trastorno antisocial de personalidad también tienen un trastorno por déficit de atención. Asimismo un 50% de los pacientes con TDA de adulto padece algún trastorno afectivo o de ansiedad, y aproximadamente un 20% abusa o depende del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

La prevalencia exacta de este tipo de trastorno es desconocida en la actualidad, aunque algunos investigadores estiman que alrededor del 4.5% de la población adulta norteamericana lo padece. La prevalencia de este padecimiento en la población mexicana es desconocida.

Algoritmo de tratamiento

El trastorno por déficit de atención del adulto, habitualmente no es detectado en las primeras entrevistas con el médico que evalúa al paciente. Este padecimiento generalmente es poco tomado en cuenta por los profesionales de la salud mental en la actualidad. El paciente habitualmente es el que busca ayuda debido a las dificultades que tiene con su fácil distractibilidad, su inquietud y la impulsividad de sus acciones y toma de decisiones.

Estadio 1

El paciente no tiene ninguna comorbilidad psiquiátrica; se ha descartado antecedente de abuso y dependencia al alcohol o drogas y es una persona que ha alcanzado un nivel de adaptación laboral, familiar e interpersonal socialmente aceptable y sano: **Metilfenidato** (Ritalin) a dosis de 0.5 a 1 mg por kilo de peso, por día. La dosis se reparte en dos tomas, generalmente, por la mañana y al mediodía. Se ha documentado una tasa de respuesta farmacológica aceptable del 80%. **Dextroanfetamina** a dosis de 10 a 40 mg por día, repartida en dos tomas, generalmente por la mañana y al mediodía. Puede generar ansiedad, insomnio, hiporexia marcada e irritabilidad. Este medicamento no se encuentra a la venta en México. La tasa de respuesta farmacológica es de 55%.

Anfetaminas combinadas (Adderall) a dosis de 20 a 60 mg por día. Este medicamento no se encuentra a la venta en México. Es muy útil cuando la respuesta a Metilfenidato no es del todo buena. La dosis se reparte también en dos tomas, una en la mañana y otra al mediodía. La tasa respuesta obtenida en adultos es hasta del 75%. Pemolina magnésica (Pomolin) a dosis de 20 a 75 mg por día, repartida en dos tomas una en la mañana y otra al mediodía. Actualmente este medicamento no se consigue en México y su uso en Estados Unidos es cada vez más restringido por su alta probabilidad de generar hepatotoxicidad.

Estadio 2

Desipramina (Norpramin) a dosis de 100 a 200 mg por día, repartidas en dos o tres tomas. Este antidepresivo tricíclico ha demostrado tener efectos benéficos en la inatención de los pacientes con TDA y cuadro depresivo en comorbilidad. No tiene potencial de abuso y es bastante seguro cuando se utiliza en dosis terapéuticas recomendadas. Puede generar efectos tanto colaterales de tipo anticolinérgico (sequedad de mucosas, visión borrosa, constipación), así como adrenérgicos (hipotensión ortostática, taquicardia). Se ha encontrado una tasa de respuesta favorable hasta del 89%. Anfebutamona (Welbutrin) a dosis de 200 a 400 mg por día dividido en dos tomas, generalmente una en la mañana y otra en la noche. Este antidepresivo con efecto sobre los receptores alfa adrenérgico y dopaminérgico ha demostrado ser muy útil en el tratamiento del TDA del niño y el adolescente. Se ha empleado en pacientes adultos para combatir la dependencia fisiológica a la nicotina, con aceptables resultados. No es un medicamento que tenga potencial de abuso, pero baja el umbral convulsivo neuronal, por lo que su uso en pacientes epilépticos no es recomendable. Su tasa de respuesta es de alrededor del 60%.

Modafinil. Este medicamento acaba de ponerse a la venta en México. Su utilidad ha quedado de manifiesto en los pacientes que padecen narcolepsia. La dosis recomendada es de 100 a 400 mg por día dividida en dos tomas, una por la mañana y la otra al mediodía. Se ha propuesto como medicamento útil en los pacientes con TDA, con una tasa de respuesta hasta del 65%.

Atomoxetina. Este medicamento se encuentra en fase de prueba para el tratamiento del TDA del niño, y por lo tan-

to del adulto. La dosis recomendada es de 40 a 80 mg por día dividida en dos tomas. Al parecer algunos estudios controlados con placebo han documentado su eficacia para el TDA del adulto, con una tasa de respuesta del 55%. Es un medicamento que promete, pero será la experiencia clínica futura la que dará la respuesta a la verdadera dimensión de su eficacia.

amphetamine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorders in adults. *J Child Adolescent Psychopharmacology*, 10(4): 311-320, 2000.

SPENCER T, BIEDERMAN J y cols.: Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 58:775-782, 2001.

WILENS T, SPENCER T y cols.: A controlled clinical trial of bupropion for attention-deficit/hyperactivity disorders in adults. *Am J Psychiatry*, 158(2):282-288, 2001.

(Héctor Senties-Castellá)

Bibliografía

SPENCER T, BIEDERMAN J y cols.: Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry*, 59(supl 7):59-68, 1998.

TAYLOR F, RUSSO J: Efficacy of modafinil compared to dextro-

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2002

| | Nacional | Extranjero* |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Instituciones | \$ 200.00 | USD 60.00 |
| Personas físicas | \$ 200.00 | USD 50.00 |
| Estudiantes con credencial vigente | \$ 100.00 | USD 50.00 |
| Números sueltos o atrasados | \$ 30.00 | USD 6.00 |

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz
y Elizabeth Cisneros.

