



LO QUE SABEMOS

Tratamientos complementarios y alternativos

En la década pasada, ha habido un repunte tremendo del interés público y científico en el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H). Este interés se refleja no sólo en el número de artículos científicos, sino también en la explosión de libros y artículos para

padres y maestros. Se han dado grandes pasos en el entendimiento y el manejo de este trastorno. Aquellos niños con el TDA/H que hace pocos años hubieran pasado desapercibidos o no hubieran recibido tratamiento, al presente se les está ayudando, en ocasiones con resultados dramáticos.

Aún hay muchas preguntas que deben contestarse relacionadas con el curso de desarrollo, el resultado y el tratamiento del TDA/H. A pesar de que hay varios tratamientos efectivos, éstos no son igualmente efectivos para todos los niños con el TDA/H. Entre los métodos más efectivos hasta hoy se encuentran el uso juicioso de la medicación y el manejo conductual, a lo cual la literatura científica llama tratamiento multimodal. El tratamiento multimodal para niños y adolescentes con el TDA/H consiste en educar a los padres y al niño acerca del diagnóstico y el tratamiento, el uso de técnicas específicas de manejo de la conducta, el uso de medicación estimulante y la programación escolar y los apoyos apropiados. El tratamiento debe ser ajustado a las necesidades particulares de cada niño y cada familia.

En un esfuerzo por conseguir ayuda efectiva para el TDA/H, muchas personas recurren a tratamientos que reclaman ser eficaces, pero que verdaderamente no han demostrado serlo de acuerdo con los estándares que mantiene la comunidad científica.

Los siguientes términos son importantes para entender las intervenciones terapéuticas:

1. El manejo médico/manejo de medicamentos para el TDA/H se refiere al tratamiento del TDA/H utilizando medicamentos, bajo la supervisión de un profesional médico. Para mayor información, véase Lo Que Sabemos, “3. El manejo de la medicación en niños y adolescentes con el TDA/H,”

2. El tratamiento psicosocial del TDA/H se refiere al tratamiento que se enfoca en los aspectos psicológicos y sociales del TDA/H. Para mayor información, véase Lo Que Sabemos “Tratamiento psicosocial para niños y adolescentes con el TDA/H”.

3. El tratamiento alternativo es cualquier tratamiento—que no sea medicación recetada o tratamientos psicosociales/conductuales estándar—que alegue tratar los síntomas del TDA/H con un resultado igual o más efectivo. La medicación recetada y los tratamientos psicosociales/conductuales estándar se han “revisado muy bien y extensivamente en la literatura existente, sin dudas de su eficacia.”¹

4. Las intervenciones complementarias no son alternativas para el tratamiento multimodal, pero algunas familias han encontrado que mejoran los síntomas del TDA/H o los síntomas relacionados.

5. Los tratamientos controversiales son intervenciones que no cuentan con ciencia publicada que los apoye y que no tienen un reclamo legítimo de efectividad.

Antes de que se use alguna de estas intervenciones, se sugiere a las familias y a las personas que consulten con sus médicos. Algunas de estas intervenciones están dirigidas a niños que presentan problemas médicos muy discretos. Un buen historial médico y un examen físico completo debe evaluar los signos y síntomas de tales condiciones como la disfunción tiroidea, historial de alergias, intolerancia a ciertos alimentos, desbalance y deficiencia nutricional y problemas médicos generales que pueden imitar los síntomas del TDA/H.

Los tratamientos pueden ser evaluados en alguna de las siguientes maneras: (1) procedimiento científico estándar, o (2) testimonios o estudios de caso limitados. El acercamiento científico incluye el evaluar un tratamiento bajo condiciones controladas cuidadosamente, con suficientes sujetos como para permitirle al científico sentirse cómodo con la “fortaleza” de sus hallazgos. Estos estudios se repiten un número de veces por varios equipos de investigación antes de llegar a la conclusión de que un tratamiento particular alivia un problema particular.

Los estudios deben incluir técnicas que disminuyan la probabilidad de llegar a conclusiones incorrectas. Estas técnicas incluyen el comparar el tratamiento particular con un placebo o con otros tratamientos, asignar al azar a las personas al tratamiento particular o al tratamiento de comparación, y cuando sea posible, no permitir que las familias o los investigadores sepan cuál tratamiento está recibiendo la persona hasta que el estudio haya concluido, o al menos, que las personas que evalúen los resultados del estudio no hayan estado asociadas al estudio y desconozcan lo que cada persona recibió. También es importante que las personas en el estudio tengan el mismo diagnóstico, el cual se obtiene usando un proceso claramente definido, y que se usen medidas científicas sólidas para evaluar los resultados.

Los estudios científicos buenos con frecuencia se publican en revistas científicas y deben pasar por una revisión de pares antes de ser publicados. La revisión de pares es el análisis de la investigación por un grupo de profesionales con pericia en un área científica o médica específica. Los hallazgos no se consideran substantivos hasta que se realicen otros estudios que reafirmen (o refuten) los resultados.

En el segundo método de evaluación, se derivan conclusiones de un tamaño de muestra limitado y frecuentemente tienen base exclusivamente en el testimonio de doctores y pacientes. Un tratamiento que sólo se evalúa de esta manera no necesariamente es un tratamiento dañino o ineficaz. Sin embargo, cuando no se hace una evaluación científica estándar, surgen preguntas acerca de la efectividad y la seguridad de un tratamiento.

¿CÓMO SE EVALÚAN LOS TRATAMIENTOS?

¿CÓMO EVALÚO LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS?

Los acercamientos de tratamientos alternativos usualmente se publican en libros o revistas que no requieren una revisión independiente del material por expertos reconocidos en el área. De hecho, con frecuencia el defensor de un acercamiento de tratamiento particular es quien publica el trabajo. Usualmente no se usan técnicas de medición o medios estadísticos, y la “prueba” de la efectividad del tratamiento con frecuencia se ofrece a través de la presentación de estudios de un solo caso o descripciones de la experiencia clínica del autor con una cantidad grande de pacientes.

PREGUNTAS QUE DEBE HACERLE A LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD ALTERNATIVO

Las siguientes preguntas deben hacerse a los proveedores de cuidado de salud con relación a cualquier intervención que se esté considerando. Las respuestas negativas o incompletas a estas preguntas deben ser causa de preocupación porque sugieren la ausencia de investigación adecuada acerca de la intervención.

- ¿Se han realizado pruebas clínicas (pruebas científicas de la efectividad y seguridad de un tratamiento que utiliza sujetos humanos que han consentido) sobre su acercamiento? ¿Tiene usted información acerca de los resultados?
- ¿Puede el público obtener información sobre su acercamiento alternativo a través del “National Center for Complementary and Alternative Medicine Clearinghouse” (NCCAM- siglas en inglés para el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa) en el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) (El NCCAM apoya la investigación sobre la medicina complementaria y alternativa, adiestra a los investigadores y disemina información para aumentar el entendimiento del público acerca de la medicina complementaria y alternativa). Puede comunicarse con esta oficina libre de cargos al teléfono (888) 644-6226 o a través de su sitio en la red: www.ncaam.nih.gov/.
- ¿Hay una organización nacional de practicantes? ¿Hay requisitos de licencias estatales y acreditación para los practicantes de este tratamiento?
- ¿Algún seguro médico reembolsa su tratamiento alternativo?

LISTA DE COTEJO PARA IDENTIFICAR REMEDIOS NO PROBADOS

Esta lista ha sido adaptada de Remedios No Probados, Fundación de Artritis, 1987.

- 1. ¿Trabajaré para mí?** Sospeche de un tratamiento no probado si éste:
 - reclama que funciona para todos los que presentan el TDA/H y otros problemas de salud. Ningún tratamiento trabaja para todas las personas.
 - sólo usa historias de casos o testimonios como prueba. Es indispensable que, mediante la investigación sistemática y controlada, se confirmen las alegaciones prometedoras de las personas que usan el tratamiento.
 - cita un solo estudio como prueba. Uno puede tener mucha más confianza en un tratamiento cuando se han obtenido resultados positivos en múltiples estudios.

Sospeche de un tratamiento no probado si éste reclama que funciona para todos los que presentan el TDA/H y otros problemas de salud. Ningún tratamiento trabaja para todas las personas.

- cita un estudio sin un grupo control (de comparación). La evaluación de un tratamiento sin un grupo control es un paso inicial necesario al investigar un tratamiento nuevo, pero se necesitan estudios subsiguientes con grupos control apropiados para establecer claramente la efectividad de la intervención.
- 2. ¿Cuán seguro es?** Sospeche de un remedio no probado si éste:
 - viene sin instrucciones para el uso apropiado;
 - no menciona el contenido;
 - no tiene información o precauciones sobre los efectos secundarios; y
 - se describe como seguro o natural. Recuerde, la mayor parte de la medicación se desarrolla de fuentes “naturales”, y lo “natural” no necesariamente significa que es inofensivo.

3. ¿Cómo se promueve? Sospeche de un tratamiento no probado si éste:

- alega que está basado en una fórmula secreta;
- reclama que trabajará inmediatamente y permanentemente para todos los que presentan el TDA/H;
- se describe como “asombroso”, “milagroso” o como un “descubrimiento sorprendente”;
- reclama que cura el TDA/H;
- está disponible de una sola fuente;
- se promueve sólo a través de comerciales, libros de promoción o por órdenes de correo;
- reclama que el tratamiento está siendo atacado injustamente o suprimido por la comunidad médica.

EVALUAR LOS REPORTAJES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Desarrolle un escepticismo saludable y asegúrese de vigilar las señales de aviso cuando evalúe los reportajes acerca de los avances médicos. Cuando evalúe los reportajes acerca de las opciones de cuidado médico, considere las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la fuente de la información? Las buenas fuentes de información incluyen las escuelas de medicina, las agencias de gobierno (tales como el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de

Adquiera el hábito de buscar activamente información acerca del TDA/H y de todos los medicamentos recetados y las intervenciones que se propongan para su hijo.

Salud Mental), las asociaciones médicas profesionales y las organizaciones nacionales de enfermedades/trastornos específicos (tales como CHADD). La información de estudios publicada en revistas médicas de reputación y revisadas por pares es más creíble que los reportajes populares en los medios de comunicación.

2. ¿Quién es la autoridad? Deben proveerse las afiliaciones y los credenciales relevantes de los “expertos”, a pesar de que las iniciales al lado del nombre no

siempre significan que la persona es una autoridad. Las revistas médicas de reputación ahora le requieren a los investigadores que revelen posibles conflictos de interés, tal como cuando un investigador que está conduciendo un estudio también es dueño de una compañía que mercede el tratamiento estudiado o tiene algún otro conflicto de interés potencial.

3. ¿Quién subvencionó la investigación? Puede ser importante también saber quién subvencionó un proyecto de investigación particular.

4. ¿El hallazgo es preliminar o confirmado?

Desafortunadamente, los medios de comunicación con frecuencia informan un hallazgo preliminar como un “descubrimiento importante”. Un “hallazgo preliminar interesante” es una evaluación más realista de lo que aparece frecuentemente en los titulares como un “nuevo descubrimiento excitante”. Usted debe darle seguimiento a los resultados a lo largo del tiempo y buscar la fuente original, tal como una publicación científica profesional, para obtener un entendimiento más completo de los hallazgos de la investigación.

IDEAS PARA NAVEGAR LA RED INFORMÁTICA MUNDIAL

La buena noticia es que la Internet se está convirtiendo en una fuente excelente de información médica. La mala noticia es que con su bajo costo y su acceso global, la red también es hogar de una gran cantidad de información dudosa de salud.

En adición a las ideas mencionadas anteriormente, el navegar la red requiere consideraciones especiales:

- **Conozca la fuente.** El nombre del dominio (p. ej., www.chadd.org) le dice cuál es la fuente de información en el sitio electrónico, y la última parte del nombre del dominio le dice acerca de la fuente (p. ej., .edu= universidad/educativo, .biz/com= compañía/comercial, .org= organización sin fines de lucro, .gov= agencia de gobierno).
- **Obtenga una “segunda opinión” acerca de la información en la red.** Escoja una frase o un nombre clave y búsquelo en un motor de búsqueda para ver otras discusiones acerca del tópico o hable con su profesional de cuidado de la salud.

RECURSOS ECONÓMICOS QUE REQUIEREN LAS FAMILIAS

Las familias necesitan ser conscientes de las implicaciones económicas de cualquier tratamiento. Pregunte lo siguiente para determinar el impacto económico de un tratamiento:

1. ¿El seguro de salud cubre el tratamiento?
2. ¿Qué obligaciones económicas del propio bolsillo tendrá la familia?
3. ¿Por cuánto tiempo se extenderá esta obligación económica del propio bolsillo?

ESTAR ADVERTIDO ES ESTAR ARMADO DE ANTEMANO

Adquiera el hábito de buscar activamente información acerca del TDA/H y de todos los medicamentos recetados y las intervenciones que se propongan para su hijo. Si usted usa medicinas alternativas, no olvide que éstas, también, son drogas. Para prevenir las interacciones dañinas con los medicamentos recetados, informe a su proveedor de cuidado de salud de cualquier medicamento alternativo utilizado. Antes de comenzar una intervención, coteje con su médico.

Un vistazo a los tratamientos alternativos, complementarios y controversiales para el TDA/H

Intervenciones en la dieta

Las intervenciones en la dieta (en contraste con los suplementos nutricionales) tienen base en el concepto de eliminación, de que uno o más alimentos son eliminados de la dieta de una persona.

El más anunciado de estos acercamientos de eliminación de la dieta es la Dieta Feingold.² Esta dieta tiene base en la teoría de que muchos niños son sensibles a los salicilatos y a los colores, sabores y preservantes artificiales añadidos, y que el eliminar estas sustancias ofensivas de la dieta podría mejorar los problemas de aprendizaje y de conducta, incluyendo el TDA/H. A pesar de los pocos estudios con resultados positivos, la mayor parte de los estudios controlados no apoyan esta hipótesis.¹ Al menos ocho estudios controlados realizados desde el 1982, el último en el 1997, han encontrado validez en la dieta de eliminación en un pequeño grupo de niños “con sensibilidad a los alimentos.”¹ A pesar de que la proporción de niños con el TDA/H que tienen sensibilidad a los alimentos no se ha establecido empíricamente, los expertos creen que el por ciento es pequeño.^{1,2,3} Los padres que están

preocupados por la sensibilidad a los alimentos deben llevar a su hijo a un examen médico para determinar si existen alergias a los alimentos.

La investigación también ha demostrado que la simple eliminación del azúcar o de los dulces no afecta los síntomas del TDA/H, a pesar de unos pocos informes alentadores.^{1,5}

Suplementos nutricionales

La suplementación nutricional es lo opuesto del acercamiento de eliminación de la dieta. Mientras que la dieta de eliminación asume que algo no es saludable y debe removerse de la dieta, la suplementación tiene base en la suposición de que algo falta en la dieta en una cantidad óptima y debe añadirse. Los padres que están preocupados por nutrientes que posiblemente faltan en la dieta deben llevar a su hijo a un examen médico.

A pesar de que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) regula la venta de medicamentos prescritos, la FDA no regula estrictamente los ingredientes ni los reclamos acerca de los suplementos nutricionales. Visite el sitio en la red de la FDA (<http://www.fda.gov>) para aprender sobre las regulaciones existentes.

El TDA/H es un trastorno con base en el cerebro, en el cual la química cerebral (neurotransmisores) no está funcionando como debiera. Las membranas de las células nerviosas están compuestas de fosfolípidos que contienen grandes cantidades de ácidos grasos poliinsaturados (omega=3 y omega-6). Se han realizado estudios para examinar el impacto de las deficiencias de omega-3 y omega-6 y el posible impacto de la suplementación con ácidos grasos. Se necesitan más estudios controlados.¹

Recientemente, algunas organizaciones que promueven exclusivamente los suplementos gluconutricionales han entrado en negocios y están promoviendo sus productos ampliamente. Los suplementos gluconutricionales contienen sacáridos básicos necesarios para la comunicación celular y para la formación de glucoproteínas y glucolípidos. Estos sacáridos son glucosa, galactosa, manosa, ácido N-acetilneuramínico, fucosa, N-acetilgalactosamina y xilosa. Dos estudios pequeños demostraron una reducción en los síntomas de inatención y de hiperactividad luego de un programa con suplementos gluconutricionales,^{6,7} pero un tercer estudio no encontró ningún impacto de los suplementos en los síntomas.¹

Las siguientes conclusiones relacionadas con varios suplementos tienen base en una revisión extensa de la literatura científica:¹

1. El tratamiento con suplementos que “no se han probado o no cuentan con suficientes estudios clínicos controlados” incluyen la suplementación con ácidos grasos esenciales, la suplementación gluconutricional, vitaminas con aportes dietéticos recomendados (RDA, por sus siglas en inglés), megadosis de una sola vitamina y suplementos botánicos.
2. Se ha encontrado que las megadosis de multivitaminas (contrario a las multivitaminas RDA) “son probablemente ineficaces o posiblemente peligrosas” y “no solo han fracasado en demostrar beneficio en estudios controlados, sino que también tienen un riesgo leve de hepatotoxicidad y neuropatía periferal”.
3. Para los niños con deficiencias demostradas en algún nutriente (p. Ej., zinc, hierro, magnesio, vitaminas), lógicamente el tratamiento de primera opción es la corrección de esa deficiencia. No queda claro qué proporción de niños tienen tal “deficiencia nutricional.” No se ha demostrado que la deficiencia, sin otros síntomas, es la causa del TDA/H.
4. La suplementación con aminoácidos no parece ser un “área prometedora a ser explorada más allá”.
5. “No se encontró data sistemática relacionada con la efectividad del hypericum, del Gingko biloba, del Calmplex, del Defendol o del pycnogenol para el TDA/H.”

Entrenamiento con Metrónomo Interactivo

El Entrenamiento con el Metrónomo Interactivo es una intervención relativamente nueva para las personas con el TDA/H. El Metrónomo Interactivo (MI) es una versión computadorizada de un metrónomo simple—p. Ej., lo que los músicos utilizan para “mantener el ritmo”—y produce una clave rítmica que las personas tratan de imitar con golpes de la mano o el pie. Se provee retrocomunicación auditiva, la cual indica cuán bien la persona está imitando el ritmo. Se sugiere que una mejora en la imitación del ritmo luego de sesiones repetidas refleja ganancias en la planificación motriz y las destrezas de manejo del tiempo.

El fundamento que está detrás del entrenamiento con el MI es que los déficit en la planificación motriz y en el manejo del tiempo son comunes en los niños con el TDA/H y están relacionados con problemas para inhibir

la conducta, los cuales algunos expertos creen que son centrales para entender el trastorno. Adicionalmente, estos déficit se alivian con el tratamiento con medicación estimulante. Por lo tanto, es posible que las intervenciones para mejorar directamente las habilidades de planificación y de manejo del tiempo, tales como el entrenamiento con el MI, puedan también ser útiles para los niños con el TDA/H. No existe evidencia de que la coordinación pobre está relacionada con la inhibición de la conducta.

Al día de hoy sólo se ha realizado un estudio acerca del entrenamiento con el MI para varones con el TDA/H.⁸ Este fue un estudio muy bien conducido, con grupos control apropiados, y los resultados indicaron que los varones que recibieron entrenamiento con el MI mostraron mejora en una amplia gama de áreas. Por lo tanto, esta intervención parece ser prometedora.

Sin embargo, se necesita investigación adicional utilizando el entrenamiento con el MI en personas con el TDA/H antes de que el valor de este acercamiento pueda conocerse con más certeza.

Entrenamiento de integración sensorial

La terapia de interacción sensorial (IS), la cual se administra por los terapeutas ocupacionales, no es un tratamiento para el TDA/H. Es una intervención para la disfunción en la IS, una condición en la cual el cerebro se sobrecarga con demasiados mensajes sensoriales y no puede responder normalmente a los mensajes sensoriales que recibe. La teoría detrás de la terapia de IS es que a través del movimiento estructurado y constante, el cerebro aprende a reaccionar mejor y a integrar los varios mensajes sensoriales que está recibiendo.^{9,10} La terapia de IS intenta tratar los problemas de coordinación del desarrollo.¹¹

Algunos pediatras y terapeutas ocupacionales reconocen que la disfunción en la IS es un hallazgo posiblemente relacionado o un trastorno en algunos niños con el TDA/H, pero esto no está universalmente reconocido y los criterios diagnósticos no están bien establecidos. Prácticamente no hay ninguna investigación clínica publicada acerca de la terapia de IS. Existe apoyo anecdótico considerable de su utilidad para tratar la disfunción en la IS, particularmente en niños con hipersensibilidad táctil.

Los meta-análisis recientes de la terapia de IS para varios niños con impedimento no han encontrado que ésta sea superior a otros tratamientos, y varios estudios encontraron que su contribución no era significativa

en lo absoluto.^{13,14} El TDA/H no se examinó en estos estudios. La terapia de IS no es un tratamiento para el TDA/H pero algunos niños con el TDA/H pueden tener disfunción en la IS.

Medicación contra los mareos

La teoría detrás de este acercamiento expone que hay una relación entre el TDA/H y los problemas del sistema dentro del oído interno, el cual juega un rol principal en el balance y la coordinación.¹⁵ Los defensores de este acercamiento recomiendan un conjunto de medicamentos que incluye un medicamento contra los mareos, usualmente meclizina y ciclizina, y en ocasiones en combinación con medicamentos estimulantes. El único estudio controlado y ciego que examinó este tratamiento encontró que la teoría no es válida.¹⁶

Este acercamiento no es consistente de ningún modo con lo que se conoce actualmente acerca del TDA/H, y no está apoyado por hallazgos de investigaciones. No hay ninguna razón anatómica o fisiológica para creer que el sistema del oído interno está involucrado en el control de la atención y de los impulsos en formas que no sean secundarias.

Levadura cándida

La cándida es un tipo de levadura que vive en el cuerpo humano. Normalmente, el crecimiento de la levadura se mantiene controlado por un sistema inmunológico fuerte y por las bacterias “amistosas”, pero cuando se debilita el sistema inmunológico o se matan las bacterias amistosas con antibióticos, la cándida puede crecer por encima de lo esperado. Algunos creen que las toxinas que produce el sobrecrecimiento de la levadura debilitan el sistema inmunológico y hacen al cuerpo susceptible al TDA/H y a otros trastornos psiquiátricos.^{17,18,19}

Defienden el uso de medicamentos antifungicidas, tal como la nistatina, en combinación con la restricción del azúcar. No existen “datos de estudios sistémicos prospectivos” que apoyen esta hipótesis.¹

Retroalimentación EEG

La retroalimentación EEG—conocida también como neurofeedback—es una intervención para el TDA/H que está fomentada en los hallazgos de que muchas personas con el TDA/H presentan bajos niveles de excitación en las áreas frontales del cerebro. El entendimiento básico es que el cerebro emite varias ondas cerebrales que son indicativas de la actividad eléctrica del cerebro y que los diferentes tipos de ondas cerebrales se emiten dependiendo de si la persona está en un estado enfocado y atento o si está en un estado soñoliento/espaciado.

En el tratamiento de neurofeedback, se les enseña a las personas con el TDA/H a aumentar su nivel de excitación en estas regiones de tal modo que sean más similares a aquellas que se encuentran en las personas sin el TDA/H. Cuando esto se ha aprendido, se espera como resultado una mejora en la atención y una reducción de la conducta hiperactiva/impulsiva.

La investigación reciente sugiere que la teoría que subyace a la retroalimentación EEG es consistente con lo que se sabe acerca de las diferencias en la actividad cerebral entre individuos con el TDA/H y sin el TDA/H.^{20,21,22} Este tratamiento se ha utilizado por más de 25 años²³ y hay muchos padres que informan que ha sido extremadamente útil para su hijo. También ha habido varios estudios publicados acerca del tratamiento de neurofeedback que han informado resultados alentadores.^{24,25,26,27}

Es importante enfatizar, sin embargo, que a pesar de que varios estudios acerca del neurofeedback han obtenido resultados prometedores, este tratamiento aún no ha sido probado de la manera rigurosa que se requiere para llegar a conclusiones claras acerca de su efectividad para el TDA/H.²⁸ “No se puede pensar que los estudios antes mencionados han producido evidencia científica persuasiva concerniente a la efectividad de la retroalimentación EEG para el TDA/H.”²³ Se requieren estudios controlados antes de que pueda llegarse a conclusiones.²⁹

Quiropráctica

Algunos quiroprácticos creen que la medicina quiropráctica es una intervención efectiva para el TDA/H.^{30,31,32} La quiropráctica tiene base en la creencia de que los problemas espinales son la causa de los problemas de salud y que las manipulaciones espinales (“ajustes”) pueden reestablecer y mantener la salud. Los defensores de este acercamiento creen que los desbalances en el tono muscular pueden crear desbalances en la actividad cerebral, y que los ajustes espinales así como otras estimulaciones somatosensoriales, tales como la exposición a frecuencias de sonido y luces variantes, pueden tratar efectivamente el TDA/H y los problemas de aprendizaje.³²

Otros quiroprácticos creen que el cráneo es una extensión de la espina dorsal y defienden un método llamado kinesiólogía, o Técnica de Organización Neural. La premisa detrás de este acercamiento es que las dificultades en el aprendizaje están causadas por un desalineamiento de dos huesos específicos en el cráneo, lo cual crea una presión desigual en diferentes áreas del

cerebro, llevando a un mal funcionamiento del cerebro.³³ Los huesos son el hueso fenoides en la base del cráneo y los huesos temporales en los lados del cráneo. La teoría dice que este desalineamiento de los huesos crea una presión desigual en diferentes áreas del cerebro. Se dice que este desalineamiento también crea una “traba ocular”, un mal funcionamiento del movimiento del ojo que contribuye a los problemas de lectura. Los defensores alegan que dado que los músculos oculares están pegados al cráneo, si los huesos del cráneo no están en la posición correcta, ocurre un mal funcionamiento en el movimiento ocular (traba ocular). El tratamiento consiste en restaurar los huesos craneales a su posición apropiada a través de manipulaciones corporales específicas.

Esta teoría no es consistente con el conocimiento actual acerca de las causas de los problemas de aprendizaje ni el conocimiento acerca de la anatomía humana, pues hasta los textos médicos estándar afirman que los huesos craneales no se mueven. No se ha realizado ninguna investigación que apoye la efectividad de los acercamientos quiroprácticos para el tratamiento del TDA/H.

Entrenamiento optométrico de la visión

Los defensores de este acercamiento creen que los problemas visuales—tales como un movimiento ocular defectuoso, sensibilidad del ojo a ciertas frecuencias de luz y problemas de enfoque—causan los problemas de lectura. Los programas de tratamiento varían grandemente, pero pueden incluir ejercicios para los ojos y entrenamiento educativo y perceptual.

“No hay datos sistemáticos sobre el entrenamiento optométrico para el TDA/H, a pesar de su amplio uso.”¹ En el 1972, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Oftalmología y Otorinolaringología y la Asociación Americana de Oftalmología emitieron una declaración conjunta altamente crítica de este acercamiento optométrico.

Tratamiento para la tiroides

En los niños con disfunción tiroidea, el estatus de la tiroides parece estar relacionado con los sistemas de atención y de hiperactividad-impulsividad.^{34,35} Los expertos recomiendan que todos los niños con el TDA/H sean evaluados para identificar posibles signos de disfunción tiroidea.³⁶ Sin embargo, el síndrome de la hormona tiroidea aparenta ser extremadamente raro en el TDA/H.³⁷ Las pruebas de función tiroidea no se recomiendan a menos que haya otros signos y síntomas que sugieran disfunción tiroidea.³⁸

Tratamiento para plomo

La hiperactividad en los animales es un síntoma de envenenamiento con plomo³⁹ y, por lo tanto, se defiende el uso de la terapia de quelación⁴⁰ como un acercamiento para disminuir los niveles de plomo en la sangre. La terapia de quelación debe considerarse para niños que tienen elevaciones de plomo en la sangre. Hay un desacuerdo profesional significativo sobre cuán bajo debe ser el nivel de plomo en la sangre.¹ Se recomienda una consulta con el médico.

CONCLUSIÓN

Antes de usar cualquiera de estas intervenciones, se recomienda que las familias y los individuos consulten con su médico. Algunas de estas intervenciones están dirigidas a individuos con problemas médicos muy discretos. Un buen historial médico y un examen físico completo debe buscar signos tales como disfunción tiroidea, historial de alergias, intolerancia a los alimentos, desbalances y deficiencias dietarias y problemas médicos generales.

Cada niño y cada individuo es único. Mientras que el tratamiento multimodal es la regla de oro en el tratamiento del TDA/H, no todos los individuos pueden tolerar la medicación, y los medicamentos no siempre son efectivos. Algunas personas experimentan efectos secundarios que son muy marcados. El ser un consumidor informado de la ciencia publicada que está detrás de una intervención y el comunicarse frecuentemente con su médico deben ser factores importantes al momento de determinar si las intervenciones identificadas en esta hoja deben considerarse.

CHADD alienta a que se realicen más estudios independientes y objetivos acerca de todos los tratamientos e intervenciones.

LECTURAS SUGERIDAS

Arnold, L.E. (2002). Treatment Alternatives for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. En P.J. Jensen & J. Cooper (Eds.). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: State of the Science and Best Practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Ingersoll, B. & Goldstein, S. (1993). Attention deficit disorder and learning disabilities: *Realities, myths and controversial treatments*. New York, New York: Doubleday Publishing Group.

Zametkin, A.J., & Ernst, M. (1999). Current concepts: Problems in the management of attention-deficit hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 340: 40 - 46.

REFERENCIAS

1. Arnold, L.E. (2002). Treatment Alternatives for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In P.J. Jensen, & J. Cooper (Eds.), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: State of the Science and Best Practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
2. Feingold, B.F. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.
3. Wender, E.J. (1986). The food additive-free diet in the treatment of behavior disorders: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7, 735-42.
4. Baumgaertel, A. (1999). Alternative and controversial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 977-992.
5. Wolraich, M.L., Lindgren, S.D., Stumbo, P.J., Stegink, L.D., Appelbaum, M.I., & Kiritys, M.C. (1994). Effects of diet high in sucrose or aspartame on the behavior and cognitive performance of children. *New England Journal of Medicine*, 330, 301-307.
6. Dykman, K.D., & Dykman, R.A. (1998). Effect of nutritional supplements on attentional-deficit hyperactivity disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 33, 49-60.
7. Dykman, K.D., & McKinley, R. (1997). Effect of glyconutritional on the severity of ADHD. *Proceedings of the Fisher Institute for Medical Research*, 1, 24-25.
8. Shaffer, R.J., Jacokes, L.E., Cassily, J.F., Greenspan, S.I., Tuchman, R.F., & Stemmer, P.J. (2001). Effect of interactive metronome training on children with AD/HD. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 155-162.
9. Sensory Integration International. (1996). *A parent's guide to understanding sensory integration*. Torrance, CA: Author.
10. Kranowitz, C.S. (1998). *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory integration dysfunction*. New York: Perigee Book.
11. Polatajko, H., Law, M., Miller, J., Schaffer, R., & Macnab, J. (1991). The effect of a sensory integration program on academic achievement, motor performance, and self-esteem in children identified as learning disabled: Results of a clinical trial. *Occupational Therapy Journal of Research*, 11, 155-176.
12. Sherman, C. (2000, January). Sensory integration dysfunction is controversial dx. *Clinical Psychiatry News*, p. 29.
13. Vargas, S., & Gammill, G. (1999). A meta-analysis of research on sensory integration treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 189-198.
14. Accardo, P.J., Blondis, T.A., Whitman, B.Y., & Stein, M. (Eds.) (2000). *Attention-deficit disorders and hyperactivity in children and adults* (2nd ed.). New York: Marcel Dekker, Inc.
15. Levinson, H. (1990). *Total concentration: How to understand attention deficit disorders, with treatment guidelines for you and your doctor*. New York: M. Evans.
16. Fagan, J.E., Kaplan, B.J., Raymond, J.E., & Edgington, E.S. (1988). The failure of antimotion sickness medication to improve reading in developmental dyslexia: Results of a randomized trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 359-66.
17. Crook, W.G. (1985). Pediatricians, antibiotics, and office practice. *Pediatrics*, 76, 139-140.
18. Crook, W.G. (1986). *The yeast connection: A medical breakthrough* (3rd ed.). Jackson, TN: Professional Books.
19. Crook, W.G. (1991.) A controlled trial of nystatin for the candidiasis hypersensitivity syndrome [Letter to the editor]. *New England Journal of Medicine*, 324, 1592.
20. Chabot, R.J., & Serfontein, G. (1996). Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 951-963.
21. Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2001). Age and sex effects in the EEG: Differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 112, 815-826.
22. El-Sayed, E., Larsson, J.O., Persson, H.E., & Rydelius, P.A. (2002). Altered cortical activity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder during attentional load task. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 811-819.
23. Loo, S.K. (2003, June). EEG and neurofeedback findings in ADHD. *ADHD Report*, 11, 1-6.
24. Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J.H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 1-12.
25. Lubar, J.F. (1991). Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorders. *Biofeedback and Self-Regulation*, 16, 201-225.
26. Lubar, J.F., & Shouse, M.N. (1977). Use of Biofeedback in the Treatment of Seizure Disorders and Hyperactivity. In B.B. Lahey, & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.
27. Monastra, V.J., Monastra, D.M., & George, S. (2001). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 231-249.
28. Barkley, R. (2003, June). Editorial commentary on EEG and neurofeedback findings in ADHD. *ADHD Report*, 11, 7-9.
29. Arnold, L.E. (1995). Some nontraditional (unconventional and/or innovative) psychosocial treatments for children and adolescents: Critique and proposed screening principles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 125-140.

30. Walton, E.V. (1975). Chiropractic effectiveness with emotional, learning, and behavioral impairments. *International Review of Chiropractic*, 29, 21-22.
31. Giesen, J.M., Center, D.B., & Leach, R.A. (1989). An evaluation of chiropractic manipulation as a treatment for hyperactivity in children,” *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 12, 353-363.
32. Schetchikova, N. (2002, July). Children with ADHD: Medical vs. chiropractic perspective and theory. *Journal of the American Chiropractic Association*, 28-38.
33. Ferreri, C.W., & Wainwright, R.B. (1984). *Break Through for Dyslexia and Learning Disabilities*. Pompano Beach, FL: Exposition Press.
34. Rovert, J. & Alvarez, M. (1996). Thyroid hormone and attention in school-age children with congenital hypothyroidism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 37, 579-585.
35. Hauser, P., Soler, R., Brucker-Davis, F., & Weintraub, B.D. (1997). Thyroid hormones correlate with symptoms of hyperactivity but not inattention in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 22, 107-114.
36. Weiss, R.E., & Stein, M.A. (2000). Thyroid function and attention-deficit hyperactivity disorder. In P. Accardo, T. Blondis, B. Whitman, & M. Stein (Eds.), *Attention-deficit disorders and hyperactivity in children and adults* (2nd ed.) (pp. 419-428). New York: Marcel Dekker.
37. Weiss, R.E., Stein, M.A., & Refetoff, S. (1997). Behavioral effects of liothyronine (L-T3) in children with attention deficit hyperactivity disorder in the presence and absence of resistance to thyroid hormone. *Thyroid*, 7, 389-393.
38. American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-44.
39. Silbergeld, E.K., & Goldberg, A.M. (1975). Pharmacological and neurochemical investigations of lead-induced hyperactivity, *Neuropharmacology*, 14, 431-444.
40. Gong, Z., & Evans H.L. (1997). Effect of chelation with meso-dimercaptosuccinic acid (DMSA) before and after the appearance of lead-induced neurotoxicity in the rat. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 144, 205-214.

La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número R04/CCR321831-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en octubre de 2004.

© 2003 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

CHADD National Resource Center on AD/HD
 8181 Professional Place, Suite 150
 Landover, MD 20785
 1-800-233-4050
www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.

Traducido por Carmen C. Salas, M.S., Ph.D.