



## Tratamientos basados en la evidencia para el TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Autora: María Felipa Soriano Alonso.  
Psicóloga Clínica.  
Hospital de Día de Linares.  
Servicio Andaluz de Salud.

Fecha de creación: agosto de 2009.

Actualizado por: Carmen Díaz González.  
Psicóloga Clínica.  
USMC Lucena.  
Servicio Andaluz de Salud.

Última actualización: octubre de 2011.

### Índice:

#### [Resumen de la evidencia](#)

[Ha demostrado claramente su eficacia](#)

[Medicación](#)

[Psicoterapia](#)

[Algunos estudios sugieren que es eficaz](#)

[No ha demostrado su eficacia](#)

[Medicación](#)

[Dieta](#)

[Otros tratamientos](#)

## Breve resumen de la evidencia

### Ha demostrado claramente su eficacia:

#### Tratamientos para el TDAH en adultos:

- **Revisión acerca de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para el TDAH en adultos. Se seleccionaron todos los ensayos aleatorizados controlados que comparaban cualquier tratamiento farmacológico o psicoterapéutico con placebo o no intervención. Los fármacos estudiados incluían metilfenidato, dexanfetamina/anfetamina, atomoxetina, bupropión, o imipramina. Los resultados evaluados incluían síntomas de TDAH, depresión, ansiedad, y calidad de vida. Los ensayos duraban entre 5 y 20 semanas.**

Se incluyeron 36 ensayos, 33 de tratamiento farmacológico y 3 psicoterapéutico. 18 estudiaron metilfenidato (n=991), encontrando una disminución significativa de los síntomas con metilfenidato, especialmente con dosis altas. 6 ensayos (n=464) evaluaban el tratamiento con anfetaminas; todos ellos encontraron beneficios significativos tras el tratamiento con anfetaminas frente al placebo. 8 ensayos evaluaban tratamientos no estimulantes (n=888): 4 estudiaron el bupropión con resultados contradictorios; 3 la atomoxetina, encontrando resultados positivos en los síntomas del TDAH; un ensayo con desipramina encontró beneficios en comparación con el placebo.

En cuanto a la psicoterapia, se incluyeron 3 ensayos (n=109). Dos evaluaban terapia cognitiva en comparación con lista de espera, y encontró efectos beneficiosos de la terapia. Otro ensayo comparó el tratamiento médico en combinación con terapia cognitiva frente a tratamiento médico solamente y encontró que el tratamiento combinado era más efectivo.

En conclusión, existe evidencia que apoya distintos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para el TDAH.

Referencia: Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. Treatment of adult ADHD: Is current knowledge useful to clinicians? *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008; 4(1): 177-186. [En DARE, Enero del 2010.](#)

#### Tratamientos psicofarmacológicos y de otro tipo en el tratamiento del TDAH en niños en edad preescolar:

- **Revisión para evaluar tratamientos farmacológicos, no farmacológicos, psicosociales y alternativos para el TDAH en niños preescolares.**

Se seleccionaron estudios controlados y no controlados que incluyeran al menos algunos niños menores de 6 años con diagnóstico de TDAH o síntomas equivalentes. Las intervenciones incluían: tratamientos psicofarmacológicos (psicoestimulantes, como metilfenidato o dextroanfetamina; y no estimulantes, como fluoxetina, clonidina, guanfacina y atomoxetina), y psicosociales (entrenamiento de padres, entrenamiento en auto instrucciones a los niños, dietas, apoyo nutricional (suplemento de hierro), y estimulación visual y vestibular).

Un total de 58 estudios fueron incluidos (n= 2538). En comparación con el placebo, el metilfenidato se consideró eficaz en el tratamiento de los síntomas de TDAH (4 estudios). Se observó una mejoría en los síntomas hiperactivos, impulsivos y atencionales tras el tratamiento con atomoxetina (1 estudio), y una mejoría en la atención tras el tratamiento con fluoxetina (1 estudio). En cuanto al entrenamiento de padres, los resultados son confusos: se observó una mejoría en los síntomas en 3 estudios, mientras que no se encontró mejoría en 5 estudios. Todos los estudios (6) mostraron una mejoría en actividades atencionales y una disminución de los comportamientos disruptivos tras el entrenamiento de los niños.

Se observó alguna evidencia a favor de una dieta libre de aditivos, pero no de una dieta libre de azúcar. No se encontró evidencia a favor de la estimulación vestibular.

Por tanto, la evidencia apoya el uso de metilfenidato, entrenamiento de padres, entrenamiento de niños y dietas libres de aditivos en niños en edad preescolar con TDAH.

Referencia: Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008; 18(5): 413-447. [En DARE, Febrero del 2010.](#)

## **MEDICACIÓN:**

### **Tratamientos farmacológicos en adultos con TDAH:**

- **Revisión para evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos para el TDAH en adultos. Se seleccionaron todos los ensayos aleatorizados controlados que estudiaran tratamientos para adultos con cualquier tipo de TDAH, o disfunción cerebral mínima. Los tratamientos incluían: anfetamina, sulfato de dextroanfetamina, metilfenidato, dexmetilfenidato, atomoxetina, y bupropión. La edad media de los pacientes fue de 38 años, y la mayoría (39%) eran hombres.**

Se incluyeron 22 ensayos (n = 2203). Todos eran doble ciego, pero la mayoría no informaba adecuadamente de los métodos de aleatorización y cegamiento.

Todos los tipos de tratamiento tenían mayor probabilidad de producir una respuesta clínica que el placebo. Los estimulantes de acción rápida fueron superiores al bupropión y a los estimulantes de acción prolongada. Todos los fármacos tenían riesgos similares de abandono del tratamiento.

Por tanto, la evidencia apoya el uso del metilfenidato de liberación inmediata como fármaco de primera elección para adultos con TDAH.

Referencia: Peterson K, McDonagh M S, Fu R. Comparative benefits and harms of competing medications for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review and indirect comparison meta-analysis. *Psychopharmacology* 2008; 197(1): 1-11. [En DARE, Junio del 2009.](#)

### **Estimulantes:**

- **Existe una literatura amplia que ha documentado la eficacia de los estimulantes en niños de raza blanca en edad escolar, aunque faltan datos en otras poblaciones.**

Revisión sistemática de 155 estudios controlados de 5768 niños, adolescentes, y adultos. Los estimulantes son eficaces no sólo en la disminución de las conductas disruptivas del TDAH, sino que también mejoran la autoestima, la cognición, y el funcionamiento familiar y social.

Referencia: [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 Apr;35\(4\):409.](#)

- **Duración del efecto del tratamiento con estimulantes de acción prolongada en pacientes con TDAH.**

Quince ensayos (n = 1172 participantes) fueron incluidos en la revisión: 378 pacientes (5 ensayos) fueron tratados con formulaciones de anfetaminas de acción prolongada, y 794 pacientes (10 ensayos) fueron tratados con formulaciones de metilfenidato de acción prolongada. Dos ensayos usaron diseños de un solo ciego.

La mayoría de los estimulantes de acción prolongada confieren beneficios sobre los síntomas del TDAH en los pacientes de todo el espectro de edad de hasta 12 horas, medido mediante el rendimiento de la prueba de matemáticas.

Las formulaciones pueden diferir en el tiempo así como la magnitud del efecto en diferentes momentos durante el día.

Referencia: Brams M, Moon E, Pucci M, Lopez FA. Duration of effect of oral long-acting stimulant medications for ADHD throughout the day. *Current Medical Research and Opinion* 2010; 26(8): 1809-1825 En *Database of Abstracts of Reviews (DARE)*.

## **Metilfenidato:**

- **El metilfenidato tiene un efecto clínico significativo durante al menos 4 semanas.**

Según un meta-análisis de 62 ensayos aleatorizados control-placebo con 2897 niños con déficit de atención con o sin hiperactividad.

Referencia: [CMAJ 2001 Nov 27;165\(11\):1475.](#)

- **Las formulaciones de metilfenidato de acción prolongada también han demostrado su eficacia.**

Ensayo aleatorizado con 220 adolescentes con TDAH, de los que 177 que habían completado una primera fase de ajuste de la dosis fueron aleatorizados a dosis individualizadas de metilfenidato de liberación prolongada vs. placebo durante 2 semanas.

52% de los pacientes asignados a metilfenidato vs. 31% asignados a placebo mostraron una mejoría significativa (NNT 5).

Referencia: [Arch Pediatr Adolesc Med 2006 Jan;160\(1\):82.](#)

- **Los parches de metilfenidato se asocian a mejorías conductuales en sesiones de tratamiento de un sólo día.**

Ensayo aleatorizado de cruzamiento en el que 36 niños de entre 7 y 12 años fueron aleatorizados a placebo o a una de 3 dosis de medicación (0,45, 0,9 y 1,8 mg/hora). Todas las dosis se asociaban a mejorías significativas en medidas conductuales y académicas en relación con el placebo.

Referencia: [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005 Jun;44\(6\):522.](#)

- **Los descansos en la toma del fármaco durante los fines de semana pueden reducir los efectos secundarios sin reducir la eficacia.**

Ensayo aleatorizado en el que 40 niños con TDAH tratados con metilfenidato fueron aleatorizados a metilfenidato vs. placebo los fines de semana durante 3 semanas.

No se encontraron diferencias entre ambos grupos en las evaluaciones de padres o profesores. El descanso en la toma del fármaco durante el fin de semana estuvo asociado a una menor severidad de insomnio ( $p=0,05$ ) y menor afectación del apetito ( $p=0,08$ ).

Referencia: [J Child Adolesc Psychopharmacol 2004 Summer;14\(2\):195](#) in Pediatric Notes 2004 Sep 30;28(40):159.

- **Coste-efectividad del metilfenidato de acción prolongada frente al metilfenidato de liberación inmediata.**

Estudio para examinar el coste-efectividad del metilfenidato de acción prolongada para jóvenes (de 8 a 18 años) con TDAH, para los cuales el tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata era efectivo, pero subóptimo debido a problemas por múltiples tomas diarias.

El coste por 10 años es de 15739 euros con metilfenidato de liberación inmediata y de 16015 con metilfenidato de acción prolongada. Los QALYs (años ajustados por calidad de vida) fueron 7,66 con el primero y 7,79 con el segundo.

Los autores concluyen que el metilfenidato de acción prolongada es una alternativa en términos de coste-beneficio frente al metilfenidato de liberación inmediata en jóvenes cuyo tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata no resulta óptimo.

Financiado por Janssen Cilag BV, The Netherlands.

Referencia: Faber A, van Agthoven M, Kalverdijk L J, Tobi H, de Jong-van den Berg L T, Annemans L, Postma M J. Long-acting methylphenidate-OROS in youths with attention-deficit hyperactivity disorder suboptimally controlled with immediate-release methylphenidate: a study of cost effectiveness in the Netherlands. *CNS Drugs* 2008; 22(2): 157-170. [En NHS EED septiembre 2009.](#)

#### **Anfetamina/dextroanfetamina:**

- **La anfetamina es efectiva para el tratamiento del TDAH, al menos durante 15 meses.**

Ensayo aleatorizado doble ciego en el que 62 niños de entre 6 y 11 años, a los que se había dado anfetamina durante 3 meses, fueron aleatorizados a anfetamina vs. placebo durante 12 meses.

La anfetamina redujo significativamente la hiperactividad, la falta de atención y los problemas de conducta, en comparación con el placebo. El abandono del tratamiento fue significativamente menor en el grupo asignado a anfetamina (29% vs. 71%). Los efectos secundarios fueron poco frecuentes; el más común fue la pérdida de apetito.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 1997 Sep;54\(9\):857.](#)

- **Las anfetaminas mejoran la severidad de los síntomas del TDAH.**

Se incluyeron en esta revisión siete estudios con 1091 participantes. Todos los estudios fueron controlados con placebo y tres incluyen un comparador activo: guanfacina, modafinil y la paroxetina. La mayoría de los estudios tuvieron un seguimiento a corto plazo con una longitud de 8,1 semanas.

Encuentran que las anfetaminas mejoran la severidad de síntomas TDAH (SMD = -0,72, IC del 95%: -0,87 a -0,57) pero no mejoró la retención en el tratamiento global y se asociaron con un aumento de abandono debido a eventos adversos (RR 3.03, IC del 95%, 1,52 a 6,05).

Los tres derivados de las anfetaminas investigados (dextroanfetamina, lisdexamfetamina y sales mixtas de anfetamina (MAS)) fueron eficaces para reducir los síntomas del TDAH, pero el MAS también aumentó la retención en el tratamiento.

Diferentes dosis no parecen asociadas a las diferencias en la eficacia.

Las formulaciones de fármacos de liberación inmediata y sostenida no presentaban diferencias entre ellos en ningún resultado.

Los autores señalan que la duración corta del estudio y los criterios de inclusión restrictivos, limitan la validez externa de estos hallazgos.

Referencia: Castells X, Ramos-Quiroga JAntoni, Bosch R, Nogueira M, Casas M. Amphetamines for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. Art. No.: CD007813. DOI: 10.1002/14651858.CD007813.pub2.

### **Modafinil:**

- **El modafinil puede ser efectivo para niños con TDAH.**

Ensayo aleatorizado con alta tasa de abandono. 248 niños de edad entre 6 y 17 años con TDAH fueron aleatorizados a modafinil vs. placebo durante 9 semanas. La dosis fue ajustada individualmente. Solamente 130 niños (52%) completó el estudio, pero el análisis se realizó por intención de tratar.

El modafinil redujo significativamente los síntomas de TDAH y mejoró el funcionamiento global en comparación con el placebo. Los efectos adversos más comunes fueron el insomnio (29% vs. 4%, NNH 4), el dolor de cabeza (20% vs. 15%) y la disminución del apetito (16% vs. 4%, NNH 8).

Referencia: [Pediatrics 2005 Dec;116\(6\):e777full-text.](#)

### **Atomoxetina:**

- **La atomoxetina en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH en el Reino Unido.**

Evaluación económica de la atomoxetina en niños con TDAH en comparación con otros tratamientos como psicoestimulantes (metilfenidato y dextroanfetamina), así como con el no tratamiento.

Se consideró sólo el coste de los fármacos, ya que el resto de los costes médicos se consideraron equivalentes.

La atomoxetina condujo a mayores costes y mayores QALYs (años ajustados por calidad de vida) que los fármacos de comparación. El mayor coste por QALY con atomoxetina frente al metilfenidato de liberación inmediata fue de 15224 libras, frente al metilfenidato de liberación prolongada 13241 libras, frente a la dextanfetamina 14945 libras, y frente al no tratamiento 11523 libras.

Los autores concluyen que la atomoxetina es una buena alternativa en términos de coste-beneficio para el tratamiento del TDAH en el Reino Unido.

Referencia: Prasad S, Arellano J, Steer C, Libretto SE. Assessing the value of atomoxetine in treating children and adolescents with ADHD in the UK. *International Journal of Clinical Practice* 2009; 63(7): 1031-1040. [En NHS EED marzo 2010.](#)

### **Guanfacina:**

- **La guanfacina de liberación prolongada podría mejorar los síntomas del TDAH en niños, pero con mayor riesgo de efectos adversos.**

Ensayo aleatorizado con alta tasa de abandono (sólo un 62% completó el estudio). 345 niños de entre 6 y 17 años con TDAH fueron aleatorizados a guanfacina de liberación prolongada vs. placebo durante 8 semanas.

Comparando la guanfacina vs. placebo, la tasa de abandono por efectos adversos fue del 16,2% vs. 1,2%, la tasa de abandono por falta de eficacia 8,1% vs. 17,4%. Se encontró una mejoría significativa en los síntomas del TDAH en el grupo asignado a guanfacina en comparación con el placebo.

Referencia: [Pediatrics 2008 Jan;121\(1\):e73.](#)

### **Tratamientos farmacológicos en TDAH con tics:**

- **Se incluyó un total de ocho ECAs en la revisión, pero no se pudieron combinar en el meta-análisis.**

Los medicamentos evaluados incluyen el metilfenidato, la clonidina, la desipramina, la dextroanfetamina, la guanfacina, la atomoxetina, y deprenyl.

Todos los tratamientos, con la excepción de deprenyl, fueron eficaces en el tratamiento de los síntomas del TDAH.

Síntomas de tics mejoraron en los niños tratados con guanfacina, desipramina, metilfenidato, clonidina y la combinación de metilfenidato y clonidina.

El temor de empeoramiento de los tics limitó el aumento de la dosis de metilfenidato en un estudio.

Dextroanfetamina a altas dosis parece empeorar los tics en un estudio, aunque la duración de este estudio fue limitado.

Concluyen que el metilfenidato, la clonidina, guanfacina, desipramina y la atomoxetina parece reducir los síntomas del TDAH en niños con tics.

Aunque no se ha demostrado que los estimulantes empeoran los tics en la mayoría de las personas con trastornos de tics, sin embargo puede exacerbar los tics en casos individuales. En estos casos, el tratamiento con agonistas alfa o la atomoxetina puede ser una alternativa.

Referencia: Pringsheim Tamara, Steeves Thomas. Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2011; Issue 4.

### Comparaciones entre fármacos:

- **El metilfenidato a dosis de 0,3 mg/kg dos veces al día y la dexanfetamina 0,15 mg/kg dos veces al día mostraron una eficacia similar en un ensayo de cruzamiento de 2 semanas con 125 niños con TDAH.**
- **La dextroanfetamina 7,5mg dos veces al día resultó tan efectiva como el metilfenidato 17,5 mg dos veces al día y su efecto tuvo una duración mayor en un ensayo de cruzamiento diario durante 24 días en 24 niños con TDAH.**

Referencias: [Pediatrics 1997 Dec;100\(6\):e6full-text](#) ; [Pediatrics 1999 Apr;103\(4\):e43](#).

- **Eficacia del metilfenidato y anfetamina para los niños y adolescentes con déficit de atención e hiperactividad (TDAH).**

Se incluyeron en esta revisión 23 ECAs. Anfetamina versus placebo se evaluó en 405 pacientes que recibieron anfetaminas y 482 que recibieron placebo. Metilfenidato en comparación con placebo se evaluó en 1.603 pacientes que recibieron metilfenidato y 1253 que recibieron placebo.

Las diferencias de medias estandarizadas para los estudios de anfetaminas fueron significativamente mayores que las diferencias de medias para los estudios de metilfenidato para todos los síntomas del TDAH (SMD,1,03 versus 0,77  $p = 0,02$  y NNT 2,0, 95% CI 1,7 a 2,2 de la anfetamina frente al 2,6, 95% CI 2,4 a 2,8 del metilfenidato) y para los síntomas de hiperactividad-impulsividad (SMD 1,20 versus 0,91,  $p = 0,01$ ).

Hubo heterogeneidad en las puntuaciones totales del TDAH tanto para las anfetaminas ( $I^2 = 74,5\%$ ) como el metilfenidato ( $I^2 = 45,4\%$ ) y en las puntuaciones de hiperactividad-impulsividad de metilfenidato ( $I^2 = 68,5\%$ ).

Concluyen que los productos de anfetaminas pueden ser moderadamente más eficaces que los productos de metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH.

Referencia: Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 19(4): 353-364. En Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).

- **Un estudio comparando metilfenidato y bupropión en 15 pacientes de edades entre 7 y 17 durante 6 semanas encontró que tanto el metilfenidato como el bupropión produjeron mejorías clínicamente significativas, pero se observaron tendencias no significativas que favorecían el metilfenidato.**

Referencia: [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995 May;34\(5\):649.](#)

#### **Efectos secundarios de los estimulantes:**

- **Psicosis o manía podrían ser efectos adversos de los tratamientos estimulantes y no estimulantes para el TDAH.**

Análisis de 49 ensayos aleatorizados en niños y más de 800 informes en adultos y niños tratados para el TDAH. La tasa de eventos encontrada fue de 1,48 por cada 100 personas/año en el grupo de personas tratadas farmacológicamente en comparación con 0 en el grupo placebo.

Referencia: [Pediatrics 2009 Feb;123\(2\):611.](#)

- **No existe evidencia de que el tratamiento estimulante cause abuso de sustancias.**

109 niños de edad entre 7 y 12 años fueron aleatorizados a metilfenidato vs. placebo durante 12 o 18 semanas, un 94 % fueron seguidos a los 16 años (media de edad 26 años). No se encontraron diferencias significativas en trastornos de abuso o dependencia de sustancias, el 46% vs. 41% nunca tomó estimulantes en la adolescencia o en la edad adulta.

Referencia: [J Child Adolesc Psychopharmacol 2003 Fall;13\(3\):273.](#)

- **La terapia con estimulantes en la infancia está asociada con un riesgo reducido de trastornos posteriores por abuso de alcohol y drogas.**

Según un meta análisis de 6 estudios de cohortes.

Referencia: [Pediatrics 2003 Jan;111\(1\):179.](#)

- **Algunos efectos secundarios atribuidos a los estimulantes podrían ser realmente síntomas del TDAH.**

125 niños de entre 5 y 15 años fueron aleatorizados a metilfenidato 0,3 mg/kg vs. dexanfetamina 0,15 mg/kg dos veces al día. Ciertos problemas (pesadillas, dolor de estómago y ansiedad) eran más frecuentes antes de comenzar la toma de medicación, y disminuyeron con el metilfenidato. Solamente el pobre apetito aumentó con metilfenidato. La dexanfetamina estuvo asociada con un aumento del insomnio y pobre apetito.

Referencia: [Pediatrics 1997 Oct;100\(4\):662.](#)

- **El tratamiento con estimulantes no parece estar asociado a retraso en el crecimiento.**

Revisión sistemática de 22 estudios de crecimiento de niños en tratamiento con estimulantes. 11 sugerían una atenuación en el crecimiento (estimación de alrededor de 1 cm/año), pero los 11 restantes no encontraron una atenuación en el crecimiento.

Referencia: [Arch Dis Child 2005 Aug;90\(8\):801.](#)

- **El tratamiento con estimulantes no afecta a los tic.**

No se ha confirmado la hipótesis de que el tratamiento con estimulantes exacerbe la severidad de los tics.

Referencia: [Pediatrics 1999 Apr;103\(4 Pt 1\):730.](#)

- **El metilfenidato no parece afectar a parámetros hematológicos o bioquímicos.**

Referencia: [Pediatrics 2007 Jul;120\(1\):e120.](#)

## **PSICOTERAPIA:**

- **El entrenamiento de padres en técnicas de manejo de los niños reduce los síntomas de TDAH y mejora los sentimientos de bienestar de las madres.**

78 niños de 3 años fueron aleatorizados a entrenamiento de padres vs. apoyo a los padres (no directivo) vs. lista de espera durante 8 semanas con visitas a domicilio semanales del terapeuta.

El entrenamiento de los padres redujo los síntomas de TDAH y mejoró el bienestar de las madres significativamente en comparación con los otros dos grupos. La recuperación fue de 53 % en el primer grupo vs. 39% en

el segundo vs. 25% en el tercero (NNT 4). Los efectos se mantenían en el seguimiento a las 15 semanas.

Referencia: [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Apr;40\(4\):402.](#)

- **Los programas de habilidades conductuales y sociales mejoran la conducta en casa.**

100 niños de entre 5 y 12 años en tratamiento con estimulantes fueron aleatorizados a intervención (8 sesiones grupales de 50 minutos a lo largo de 8 semanas) vs. control. La intervención mejoró el funcionamiento en casa, no se encontraron diferencias en el contexto escolar.

Referencia: [J Dev Behav Pediatr 2003 Feb;24\(1\):51.](#)

- **Los programas en entrenamiento cognitivo reducen los síntomas de TDAH.**

Ensayo con 43 adultos con TDAH que fueron aleatorizados a entrenamiento cognitivo vs. lista de espera. El entrenamiento cognitivo redujo significativamente los síntomas y los niveles de ira, y mejoró las habilidades organizativas. La mejoría se mantuvo al año de seguimiento.

Referencia: [J Dev Behav Pediatr 2003 Feb;24\(1\):51.](#)

### **Algunos estudios sugieren que es eficaz:**

- **La carbamacepina podría ser eficaz para el tratamiento del TDAH, especialmente como fármaco de segunda elección en pacientes resistentes a los estimulantes.**

Revisión sistemática de 10 estudios usando carbamacepina, 7 de ellos no controlados con 189 pacientes, y 3 ensayos aleatorizados doble ciego con 105 pacientes.

En un meta-análisis de los ensayos aleatorizados se encontró un 71% de mejoría sustancial en los síntomas en los grupos de carbamacepina vs. 26,3% con placebo.

Referencia: [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 Mar;35\(3\):352.](#)

- **La desipramina y la clonidina parecen eficaces en el tratamiento del trastorno por tics y TDAH comórbido.**

Ensayo aleatorizado en el que 41 niños y adolescentes con trastorno por tics crónicos y TDAH comórbido fueron aleatorizados a desipramina vs. placebo durante 6 semanas. La desipramina redujo significativamente los síntomas principales del TDAH (42% de disminución respecto del

placebo) y los síntomas de tics (30% de disminución respecto del placebo).

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2002 Jul;59\(7\):649.](#)

- **La clonidina y el metilfenidato son efectivos individualmente y en combinación para reducir los síntomas de TDAH y la severidad de los tics.**

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2002 Jul;59\(7\):649.](#)

- **El sulfato de zinc podría ser eficaz en el tratamiento del TDAH.**

Ensayo en el que 400 niños con TDAH fueron aleatorizados a sulfato de zinc 150 mg/día vs. placebo durante 12 semanas. El sulfato de zinc redujo la hiperactividad y los síntomas impulsivos pero no se encontraron diferencias en los síntomas atencionales.

Referencia: [Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2004 Jan;28\(1\):181.](#)

## **No ha demostrado su eficacia:**

### **MEDICACIÓN:**

- **Risperidona para el TDAH en personas con dificultades intelectuales.**

Revisión para evaluar la efectividad de la risperidona en personas (niños y adultos) con dificultades intelectuales y TDAH.

Se seleccionaron todos los ensayos controlados aleatorizados que abordasen esta cuestión. Se consideraron once ensayos pero ninguno cumplía criterios de inclusión. Por tanto, no existe evidencia de que la risperidona sea efectiva en el tratamiento del TDAH en personas con dificultades intelectuales.

Referencia: Thomson A, Maltezos S, Paliokosta E, Xenitidis K. Risperidone for attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disabilities. [Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007011. DOI: 10.1002/14651858.CD007011.pub2.](#)

- **Anfetamina para el TDAH en personas con dificultades intelectuales.**

Revisión para evaluar la efectividad de la anfetamina en el tratamiento del TDAH en personas con dificultades intelectuales.

Sólo se encontró un estudio, con un pequeño grupo de participantes (15 niños con TDAH, dificultades intelectuales y síndrome de X frágil). La duración del tratamiento fue de sólo una semana. No se encontró ninguna diferencia significativa entre la anfetamina y el placebo en medidas de TDAH, pero los participantes que tomaron anfetaminas tuvieron más efectos secundarios, especialmente labilidad afectiva e irritabilidad.

Referencia: Thomson A, Maltezos S, Paliokosta E, Xenitidis K. Amfetamine for attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disabilities. [Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007009. DOI: 10.1002/14651858.CD007009.pub2.](#)

## DIETA:

- **Las modificaciones en la dieta no han demostrado su eficacia.**

No existen ensayos controlados que hayan estudiado la dieta Feingold (eliminación de conservantes y colorantes en la dieta).

La dieta oligoantigénica se asoció con una mejoría conductual limitada en un ensayo de cruzamiento. 49 niños con TDAH fueron aleatorizados a dieta oligoantigénica vs. dieta control mientras estaba hospitalizados; 12 niños en dieta oligoantigénica (24%) mostraron una mejoría significativa en algunas puntuaciones en relación a la dieta control; el metilfenidato se asociaba a un porcentaje más alto de recuperación (44%) que la dieta.

Referencia: [Eur Child Adolesc Psychiatry 1997 Jun;6\(2\):88.](#)

- **Los suplementos de ácidos grasos durante 4 semanas no van asociados a beneficios.**

En un ensayo aleatorizado de 31 niños con TDAH.

Referencia: [J Abnorm Child Psychol 1987 Mar;15\(1\):75.](#)

- **Los suplementos de ácido docosahesanoico (DHA) no disminuyen los síntomas de TDAH.**

63 niños de entre 6 y 12 años con TDAH en tratamiento con estimulantes fueron aleatorizados a DHA 345 mg/día vs. placebo durante 4 meses. No se encontraron diferencias significativas en ninguna medida objetiva ni subjetiva de los síntomas de TDAH ni en las evaluaciones de conducta realizadas por los padres.

Referencia: [J Pediatr 2001 Aug;139\(2\):189.](#)

## OTROS TRATAMIENTOS:

- **La hierba de San Juan es similar al placebo en el tratamiento del TDAH.**

Pequeño ensayo aleatorizado, en el que 54 niños de entre 6 y 17 años fueron aleatorizados a hierba de San Juan (*hypericum perforatum*) 300 mg vs. placebo 3 veces al día durante 8 semanas.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el número de pacientes que cumplían criterios de mejoría, las puntuaciones en déficit atencionales o las puntuaciones en hiperactividad.

Referencia: [JAMA 2008 Jun 11;299\(22\):2633](#).

- **No existe evidencia suficiente que avale el uso de terapia familiar.**

Revisión sistemática de 2 ensayos aleatorizados de terapia familiar conductual para niños con TDAH. 1 ensayo no encontró diferencias entre la terapia familiar y el tratamiento estándar, el otro encontró un ligero beneficio a favor de la terapia familiar conductual en comparación con medicación placebo.

Referencia: [Cochrane Library 2005 Issue 2:CD005042](#).

- **No existe suficiente evidencia a favor de tratamientos homeopáticos en niños con TDAH.**

Revisión sistemática de 4 ensayos aleatorizados o cuasi-aleatorizados evaluando homeopatía en 168 niños con TDAH. No se encontró un efecto significativo del tratamiento homeopático en síntomas globales, síntomas atencionales, hiperactividad o impulsividad, o medidas relacionadas (como ansiedad).

Referencia: [Cochrane Library 2007 Issue 4:CD005648](#).

- **No existe evidencia suficiente para apoyar el uso de la acupuntura como tratamiento en el TDAH en niños y adolescentes.**

Revisión sistemática selecciona los ensayos controlados aleatorios y cuasi-aleatorios que comparaban la acupuntura con un placebo o acupuntura simulada o el tratamiento convencional. Sin embargo, ningún estudio cumplió con los criterios de inclusión para esta revisión.

Referencia: Li S, Yu B, Zhou D, He C, Kang L, Wang X, Jiang S, Chen X. Acupuncture for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD007839. DOI: 10.1002/14651858.CD007839.pub2.

- **No existe evidencia suficiente que avale la Terapia de meditación.**

Revisión sistemática incluye 83 participantes en cuatro estudios. Dos estudios utilizaron la meditación con mantra, y los otros dos utilizaron yoga, en comparación con los fármacos, técnicas de relajación, ejercicios no-específicos y control de tratamiento estándar.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos.

Referencia: Krisanaprakornkit T, Ngamjarus C, Witoonchart C, Piyavhatkul N. Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD006507. DOI: 10.1002/14651858.CD006507.pub2.