

11241

57

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

BENEFICIO DE LA TERAPIA COMBINADA (METILFENIDATOY PSICOTERAPIA DE JUEGO) EN NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERQUINESIS

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD:

PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DR. SERGIO SANCHEZ QUINTANA

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

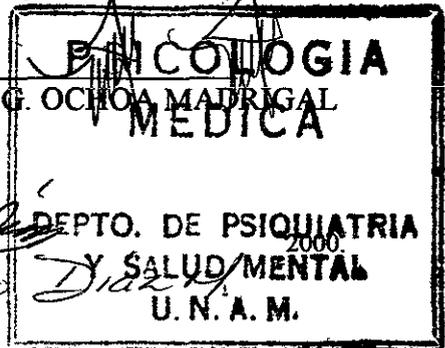
ASESOR TEORICO: DRA. SILVIA ORTIS LEON

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. MARTA G. OCHOA MADRIGAL

No. B o.

México D.F.

*Alexandra Díaz*  
Dn. Alejandro Díaz  
2000



276453



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	9
Hipótesis	10
Objetivo general	10
Objetivo específico	10
Material y método	11
Resultados	12
Discusión	15
Conclusiones	17
Bibliografía	21

## BENEFICIO DE LA TERAPIA COMBINADA (METILFENIDATO Y PSICOTERAPIA DE JUEGO) EN NIÑOS HIPERQUINETICOS.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de trastorno de déficit de atención con hiperquinesis (TDAH) ha captado el interés tanto de los investigadores como de los clínicos en las tres últimas décadas. El TDAH es por hoy, uno de los mas estudiados en psiquiatría infantil y posiblemente él más controversial. Por ejemplo, entre 1957 y 1960, 31 artículos fueron publicados sobre hiperactividad en niños y entre 1977 y 1980 ésta cifra figuró entre las siete mil publicaciones. El marcado incremento de la información hace difícil una comprensión total de todos los aspectos de éste síndrome (1).

El TDAH, suele ocurrir en un 4 a 8% en niños en edad escolar y se caracteriza por hiperactividad, impulsividad, déficit de atención, distractibilidad.

Los niños hiperactivos tienen un lapso de atención corto, así como dificultades en la inhibición de impulsos, manifestado por un comportamiento impulsivo y problemas en el área cognitiva.

Sus interacciones sociales no son conforme a las normas esperadas, por lo que entra en conflicto con los adultos y son poco populares con sus compañeros. Presentan bajo rendimiento escolar y pueden presentar problemas de aprendizaje así como trastornos de conducta.

Este trastorno se presenta 10 veces más frecuente en niños que en las niñas, remitiendo en un 15% en la adolescencia, persistiendo en la vida adulta en un 10-60% (2).

La mayoría de los adultos compensan su problema de atención con un número variado de estrategias, como reducir distractivos auditivos y visuales, así como el uso frecuente de pausas breves de trabajo.

El manejo del TDAH continua siendo controversial, ya que el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato ha ayudado a mejorar el déficit de atención e hiperactividad en un 70% de los pacientes con dicho trastorno. Es bien sabido que existen otros problemas en éstos niños, como el control de impulsividad, dificultad de manejo de límites, conflicto con las figuras de autoridad, problemas para canalizar la creatividad, baja autoestima y dificultad en la relación interpersonal entre otros, lo que difícilmente es evaluado y manejado. Por tal razón han surgido múltiples estudios que intentan complementar el beneficio de la terapia farmacológica con una amplia gama de apoyo psicoterapéutico tratando de encontrar el manejo más apropiado para el TDAH.

## ANTECEDENTES

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es uno de los temas que más llama la atención en psiquiatría debido a la amplia repercusión social que éste padecimiento representa. Para algunos autores, éste trastorno viene a representar una de las entidades clínicas más frecuentes de la infancia, llegando a reportar una prevalencia de un 50% de la consulta externa en clínicas de consulta externa infantiles. Diversas investigaciones han demostrado que el THDA es común y posiblemente el más frecuente en la infancia (2,3).

Catwell (2) señala que la prevalencia del THDA depende de varios factores como son el tipo de población estudiada, el método de investigación y los criterios diagnósticos empleados(4,5,6).

Según los criterios de la tradición del DSM se menciona el 5-10% de la población en general y del 1 a 2% según la tradición de la clasificación internacional de enfermedades, trastornos mentales y del

La mayoría de los adultos compensan su problema de atención con un número variado de estrategias, como reducir distractivos auditivos y visuales, así como el uso frecuente de pausas breves de trabajo.

El manejo del TDAH continua siendo controversial, ya que el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato ha ayudado a mejorar el déficit de atención e hiperactividad en un 70% de los pacientes con dicho trastorno. Es bien sabido que existen otros problemas en éstos niños, como el control de impulsividad, dificultad de manejo de límites, conflicto con las figuras de autoridad, problemas para canalizar la creatividad, baja autoestima y dificultad en la relación interpersonal entre otros, lo que difícilmente es evaluado y manejado. Por tal razón han surgido múltiples estudios que intentan complementar el beneficio de la terapia farmacológica con una amplia gama de apoyo psicoterapéutico tratando de encontrar el manejo más apropiado para el TDAH.

## ANTECEDENTES

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es uno de los temas que más llama la atención en psiquiatría debido a la amplia repercusión social que éste padecimiento representa. Para algunos autores, éste trastorno viene a representar una de las entidades clínicas más frecuentes de la infancia, llegando a reportar una prevalencia de un 50% de la consulta externa en clínicas de consulta externa infantiles. Diversas investigaciones han demostrado que el THDA es común y posiblemente el más frecuente en la infancia (2,3).

Catwell (2) señala que la prevalencia del THDA depende de varios factores como son el tipo de población estudiada, el método de investigación y los criterios diagnósticos empleados(4,5,6).

Según los criterios de la tradición del DSM se menciona el 5-10% de la población en general y del 1 a 2% según la tradición de la clasificación internacional de enfermedades, trastornos mentales y del

comportamiento . Aunque ambas tradiciones comparten las características más generales, sus comportamiento presentan TDAH. Aunque ambas tradiciones comparten características clínicas generales, sus diferencias se presentan en relación con la severidad del trastorno, así como la combinación de datos clínicos en el DSM clasificándolos en tipos y subtipos , lo que puede explicar una prevalencia mayor. (7,8). Debido a esto se refiere en la literatura un amplio rango de prevalencia que van del 3.2% al 20% de la población general . También se reporta diferente prevalencia según edad y sexo, con un predominio de los niños sobre las niñas en proporción de 2.5: 1 y un rango de edad de 6 a 9 años como de mayor riesgo(3).

El THDA presenta una comorbilidad principalmente con trastornos afectivos mayores, trastornos de conducta y el surgimiento de hasta un 20% de personalidad antisocial de los niños diagnosticados. (2,4,9,10,11,12).

El cuadro clínico está compuesto por inquietud, déficit de atención, impulsividad, deficiente aprendizaje escolar y trastorno de la conducta, traduciéndose en un gran problema para el niño en su proceso natural de adaptación y al mismo tiempo un grave problema familiar para integrar al niño socialmente, pudiendo llegar a manifestarse en el futuro como un problema de conducta antisocial (4,7,8,9).

El déficit de atención dificulta al niño el comprender indicaciones o advertencias establecidas, así también como gran dificultad para concluir tareas que requieren mantener la atención sostenida. Esta situación se complica más, cuando el niño está sometido a múltiples estímulos externos ya que tiene dificultad para discriminar la variedad de estímulos, perdiendo fácilmente el foco de atención principal. Samberg (3) hace una recopilación de las principales teorías asociadas con la causa del déficit de atención. Estas mencionan desde un defecto en el control de ejecución cognitiva, defectos

en la autorregulación relacionados con organización de información, hasta una sencilla falta de motivación de las tareas realizadas (3).

Otro dato clínico de los niños con THDA y, generalmente, el que más los caracteriza es la hiperquinesis. Ésta se entiende como la presencia de un nivel inapropiado de actividad (reportándose en 57% de los niños y 42% de las niñas) por lo que el niño con éste trastorno tiene dificultad para permanecer quieto en un solo lugar (en 49% de los niños y 24% de las niñas) (4).

Manifiestan altos niveles de actividad que tiende a persistir la mayor parte del día, en la casa, en el salón de clases e incluso se manifiesta mientras duermen en comparación con los niños controles normales(7).El tercer dato que caracteriza éste trastorno es la impulsividad que aparece en éstos niños como actos en los que no prevén las consecuencias, desconociendo el posible peligro o la relación entre la causa y el efecto. Debido a ésta falta de previsión y deficiente control de impulso, estos niños frecuentemente tienden a retar a realizar actividades que generalmente otros niños no pueden hacer, exponiéndose frecuentemente a situaciones peligrosas.

El THDA es muy complejo, reconociéndose actualmente que el manejo de éste trastorno requiere una intervención multifactorial, combinando métodos psicosociales y farmacológicos, lo que ofrece mejores resultados en el manejo de éste trastorno. El plan de tratamiento farmacológico combinado con terapia psicológica y control del medio ambiente es lo más conveniente para los pacientes con THDA (10,11).

El Metilfenidato se ha convertido en el medicamento más usado, en la actualidad, para el manejo de THDA. Ha demostrado un efecto benéfico en un 50 a 80% en niños con trastorno de déficit de atención y mejoría clínica en un 75% sobre la hiperactividad (7). Así, diferentes estudios demuestran la eficacia del uso de Metilfenidato en el tratamiento de los síntomas del THDA (3,4,5,12,13,14 15,16,17,18,19,20,21,22).

El metilfenidato es un psicoestimulante, de acción en sistema nervioso central, actuando en la liberación o inhibición de recaptura de catecolaminas. Los niveles plasmáticos máximos se alcanzan en una hora y sus efectos persisten de 3 a 6 horas. Se metaboliza por hidroxilación a ácido ritalinico seguida de excreción renal. Los efectos secundarios más comunes son nerviosismo e insomnio que mejora con reducción de la dosis o ingesta por la mañana. La dosis habitual es de 5 mg 2 veces al día, incrementándose la dosis según necesidad y tolerancia individual. La posología máxima rara vez supera los 60mg/día. (18,19,20,21,22)

Algunos autores han demostrado que el apoyo comprensivo directo e individualizado a los niños con THDA (esto incluye farmacoterapia con psicoestimulantes, terapia grupal y terapia familia), mejora su comportamiento social y su rendimiento escolar. Los niños que recibieron éste tratamiento estaban mejor ajustados, tuvieron mejoría académica y en su comportamiento (3,4,7,25,26). Dentro de los programas que han sido utilizados, se encuentran programas para entrenamientos de padres y maestros, diseñados para establecer un ambiente estructural predecible, con una experiencia de adecuado manejo por el niño, lo cual facilita su maduración (25,26).

Bekerly (21) describió un programa de entrenamiento para grupo de padres; con 12 sesiones proveía a los padres de las estrategias para el manejo del comportamiento, haciendo énfasis en particular en los problemas del niño hiperquinético, se les asignaban tareas y reforzamiento conductual de acuerdo a sus esfuerzos y sus experiencias. Resultados no sistematizados fueron reportados, sin embargo los padres encontraron muy útil entender la problemática de sus hijos, logrando mayor eficacia en la resolución de éstos problemas. La satisfacción de los padres en éste programa fue una variable importante, pero en estudios futuros se requiere una documentación inmediata y un seguimiento a largo plazo de sus efectos. (26,27).

R.S. Slavson (28) creó una teoría y técnica de psicoterapia de grupo para aplicarse a niños con edades de 5 a 13 años, con 7 u 8 integrantes del mismo sexo, buscando un equilibrio en las interacciones. Slavson intenta crear un ambiente permisivo para balancear las presiones restrictivas e inhibitorias que frecuentemente presentan los niños. Los principales mecanismos terapéuticos incluyen una atmósfera permisiva, la neutralidad del terapeuta (que acepta y no castiga), la aceptación grupal, la posibilidad de expresar libremente sus impulsos. La actividad del grupo –afirma Slavson proporciona descarga espontánea a los impulsos, alivia la tensión, reduce la ansiedad, libera bloqueos y genera restricciones yóicas a través de la interacción grupal (28)

Aunque el manejo de la psicoterapia grupal y la terapia farmacológica han demostrado mejoría de manera independiente, no se reportan con claridad el beneficio de ambas técnicas, de tal forma que existe la posibilidad de que una combinación de tratamientos pueda ser de mayor eficacia y reportar una mejoría. Así, aunque no hay reporte del beneficio de la terapia farmacológica y de la psicoterapia grupal en conjunto, los autores aconsejan que el tratamiento integral puede beneficiar más ampliamente al paciente. Estos niños presentan baja autoestima asociado por poca aceptación y rechazo social y familiar, dificultad con la figura de autoridad, llamadas de atención frecuentes control y canalización inadecuada de impulsos asociados con presiones restrictivas inhibiendo la creatividad y espontaneidad del niño

Por tal razón, el uso de psicoterapia de tipo no directiva como la de Slavson puede beneficiar a éstos niños, ya que permite la libre expresión, facilita el control de hiperactividad y adecuada canalización de impulsos, evitando intervenciones restrictivas a las que están acostumbradas éstos niños por lo que se espera disminución de la ansiedad, facilitar la creatividad, mejoría de la autoestima y socialización

Por tal motivo, en nuestro estudio se tratará de medir si realmente éstos niños que reciben la terapia combinada, presentan una mejoría clínica.

Los instrumentos con que medimos los cambios de conducta y coeficientes intelectuales son el cuestionario Conners para padres y el WISC-R. Estas escalas están validadas y han sido utilizadas en múltiples estudios en niños con THDA. Los instrumentos cuentan con las siguientes características:

El índice WISC-R fue creado para medición del C.I. en población de edades entre 6 años 0 meses hasta 16 años 0 meses, para ambos sexos, en donde la inteligencia es entendida como la capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar al mundo que lo circunda. El instrumento intenta medir el C.I. a partir del Area Verbal, y del Area de Ejecución, identificándolas como los dos principales modos por medio de los cuales se expresan las habilidades del ser humano

Para cada una de las subescalas, excepto para retención de dígitos y claves, los coeficientes de correlación se obtuvieron por el procedimiento de las mitades (Split-Half), con las correlaciones apropiadas para la totalidad de las subescalas, por medio de la fórmula de Spearman – Brown. Los resultados revelan que los C.I. de las escalas Verbal, de ejecución y total, tiene alta confiabilidad a través de todos los rangos de edad; los coeficientes promedio vienen siendo de .94, .90 y .96

La confiabilidad para cada subescala individual es enteramente satisfactoria con un coeficiente promedio comprendido entre .77 y .86 para las subescalas verbales y de .70 a .85 para la subescala de ejecución (29,30,31).

Se realizaron estudios especiales para determinar la relación entre el WISC-R y tres instrumentos psicométricos de inteligencia, de aplicación individual: el Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) y el Stanford – Binet Intelligence Scale . EL Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) encontrándose alta correlación estadísticamente significativa(32,33).

El índice Conners es empleado con mayor frecuencia para detección de psicopatología infantil incluyendo problemas de conducta en especial el THDA. Se ha utilizado en cientos de estudios, en varios países y en cientos de miles de niños. Las subescalas son económicas, comprensibles, confiables y válidas.

Este índice está constituido por un cuestionario autoaplicable para los padres de los niños. El cuestionario está formado por 93 reactivos que se relacionan con los síntomas más comunes de psicopatología calificándose en 4 categorías: Nunca; A veces; Con frecuencia; Siempre.

La validez del instrumento descansa en el peso de la evidencia por un lado a partir de un amplio número de estudios empleando diferentes metodologías (34). Este instrumento discriminó adecuadamente a grupos escolares con THDA, trastornos específicos de aprendizaje y grupo control. En el análisis realizado sobre 745 niños con cuestionarios completos, con edad promedio de 9.26 años, los resultados apoyan la consistencia de las 8 subescalas propuestas por Conners, aunque en 3 de las subescalas el Alfa de Cronbach fue menor de 0.70. Se considera que esto se debe al reducido número de reactivos. Cuatro de las 8 subescalas se reprodujeron casi idénticamente lo que apoya la validez de las mismas (34,35).

La estabilidad de los trastornos en niños ha sido estudiada usando la presente escala. La propiedad psicométrica de la presente escala aparece como adecuada, demostrada por una buena consistencia interna, una validez alta en la prueba Test-retest. Ha mostrado una alta a moderada estabilidad prueba – re prueba a un año de intervalo (34,35,36).

Slavson creó una teoría y técnica de psicoterapia de grupo para aplicar en niños de 5 a 13 años en la que considera al grupo terapéutico como un agregado de individuos que se tratan al mismo tiempo en donde el grupo es simplemente un medio para la actuación individual y para proporcionar una experiencia que ayude a modificar sentimientos y actitudes. En éste grupo se intenta crear un ambiente permisivo para balancear las presiones restrictivas e inhibitorias de experiencias pasadas;

Sustenta, que un medio de éstas características, remueve la ansiedad producida por el superyó y alivia al niño para actuar sus impulsos infantiles. Como el superyó temprano se origina en el miedo al castigo, al rechazo o al abandono, restricciones y prohibiciones colocando al terapeuta por parte del niño con quienes tuvo conflictos en el pasado. Para balancear esto se intenta construir un superyó en el grupo con identificaciones positivas favoreciendo el desarrollo de la estructura yoica. El propósito de la terapia grupal es dar satisfacciones sustitutivas mediante la actuación libre de impulsos, oportunidad para sublimar actividades, experiencias gratificantes y amor incondicional por parte del adulto. El grupo proporciona descarga espontánea de los impulsos, alivia la tensión y reduce la ansiedad, libera bloqueos y genera restricciones yoicas a través de la interacción.

En el presente estudio se utilizará como referencia teórica la práctica especializada de juego de Slavson, que es una de las más utilizadas en el tratamiento de niños con problemas de conducta, intentando brindar una atmósfera adecuada para ayudar a modificar sentimientos y actitudes hostiles, descubrir aspectos creativos, además por medio del grupo se pueda remover la ansiedad y aliviar al niño para actuar sus impulsos infantiles, permitiendo con esto el desarrollo de una estructura yoica. Además, basados en los estudios más recientes sobre este síndrome, se brindarán sesiones informativas en forma mensual a todos los padres que participen en este programa.

## JUSTIFICACION

El THDA es un padecimiento que necesita ser tratado para prevenir problemas de conducta en un futuro, aunque el uso de Metilfenidato ha demostrado beneficio en la conducta y mejoría de la atención, se ha visto que el tratamiento farmacológico aunado un apoyo psicoterapéutico mejora el déficit de atención y el comportamiento que en aquellos que solamente tomaron el tratamiento farmacológico.

Sustenta, que un medio de éstas características, remueve la ansiedad producida por el superyó y alivia al niño para actuar sus impulsos infantiles. Como el superyó temprano se origina en el miedo al castigo, al rechazo o al abandono, restricciones y prohibiciones colocando al terapeuta por parte del niño con quienes tuvo conflictos en el pasado. Para balancear esto se intenta construir un superyó en el grupo con identificaciones positivas favoreciendo el desarrollo de la estructura yoica. El propósito de la terapia grupal es dar satisfacciones sustitutivas mediante la actuación libre de impulsos, oportunidad para sublimar actividades, experiencias gratificantes y amor incondicional por parte del adulto. El grupo proporciona descarga espontánea de los impulsos, alivia la tensión y reduce la ansiedad, libera bloqueos y genera restricciones yoicas a través de la interacción.

En el presente estudio se utilizará como referencia teórica la práctica especializada de juego de Slavson, que es una de las más utilizadas en el tratamiento de niños con problemas de conducta, intentando brindar una atmósfera adecuada para ayudar a modificar sentimientos y actitudes hostiles, descubrir aspectos creativos, además por medio del grupo se pueda remover la ansiedad y aliviar al niño para actuar sus impulsos infantiles, permitiendo con esto el desarrollo de una estructura yoica. Además, basados en los estudios más recientes sobre este síndrome, se brindarán sesiones informativas en forma mensual a todos los padres que participen en este programa.

## JUSTIFICACION

El THDA es un padecimiento que necesita ser tratado para prevenir problemas de conducta en un futuro, aunque el uso de Metilfenidato ha demostrado beneficio en la conducta y mejoría de la atención, se ha visto que el tratamiento farmacológico aunado un apoyo psicoterapéutico mejora el déficit de atención y el comportamiento que en aquellos que solamente tomaron el tratamiento farmacológico.

Con la formación de un grupo terapéutico para niños hiperactivos, se pretende mejorar su problemática a través de terapia grupal de juego con el marco teórico de Slavson. Se espera además, con éste estudio aportar nuevas formas de manejo para éstos niños y sus padres, logrando así mejorar el nivel académico de los primeros, evitar el abandono escolar, mejorar la adaptación escolar, evitando con esto problemas sociales a futuro, y gastos económicos a la familia y a la institución.

#### HIPOTESIS.

La combinación de terapia con Metilfenidato aunado a la psicoterapia de grupo es mejor que el tratamiento con Metilfenidato únicamente en el manejo de THDA

#### OBJETIVO GENERAL.

Comprobar que la combinación de Metilfenidato y la psicoterapia grupal es mejor que el uso del Metilfenidato solo en el tratamiento del THDA.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- \* Evaluación del Area Adaptativa antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado a Metilfenidato.
- \* Evaluación del Area Cognitiva antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado al Metilfenidato.
- Evaluación del Area cognitiva y adaptativa antes y después del tratamiento con metilfenidato únicamente.

Con la formación de un grupo terapéutico para niños hiperactivos, se pretende mejorar su problemática a través de terapia grupal de juego con el marco teórico de Slavson. Se espera además, con éste estudio aportar nuevas formas de manejo para éstos niños y sus padres, logrando así mejorar el nivel académico de los primeros, evitar el abandono escolar, mejorar la adaptación escolar, evitando con esto problemas sociales a futuro, y gastos económicos a la familia y a la institución.

#### **HIPOTESIS.**

La combinación de terapia con Metilfenidato aunado a la psicoterapia de grupo es mejor que el tratamiento con Metilfenidato únicamente en el manejo de THDA

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Comprobar que la combinación de Metilfenidato y la psicoterapia grupal es mejor que el uso del Metilfenidato solo en el tratamiento del THDA.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- \* Evaluación del Area Adaptativa antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado a Metilfenidato.
- \* Evaluación del Area Cognitiva antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado al Metilfenidato.
- Evaluación del Area cognitiva y adaptativa antes y después del tratamiento con metilfenidato únicamente.

Con la formación de un grupo terapéutico para niños hiperactivos, se pretende mejorar su problemática a través de terapia grupal de juego con el marco teórico de Slavson. Se espera además, con éste estudio aportar nuevas formas de manejo para éstos niños y sus padres, logrando así mejorar el nivel académico de los primeros, evitar el abandono escolar, mejorar la adaptación escolar, evitando con esto problemas sociales a futuro, y gastos económicos a la familia y a la institución.

#### **HIPOTESIS.**

La combinación de terapia con Metilfenidato aunado a la psicoterapia de grupo es mejor que el tratamiento con Metilfenidato únicamente en el manejo de THDA

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Comprobar que la combinación de Metilfenidato y la psicoterapia grupal es mejor que el uso del Metilfenidato solo en el tratamiento del THDA.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- \* Evaluación del Area Adaptativa antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado a Metilfenidato.
- \* Evaluación del Area Cognitiva antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado al Metilfenidato.
- Evaluación del Area cognitiva y adaptativa antes y después del tratamiento con metilfenidato únicamente.

Con la formación de un grupo terapéutico para niños hiperactivos, se pretende mejorar su problemática a través de terapia grupal de juego con el marco teórico de Slavson. Se espera además, con éste estudio aportar nuevas formas de manejo para éstos niños y sus padres, logrando así mejorar el nivel académico de los primeros, evitar el abandono escolar, mejorar la adaptación escolar, evitando con esto problemas sociales a futuro, y gastos económicos a la familia y a la institución.

#### HIPOTESIS.

La combinación de terapia con Metilfenidato aunado a la psicoterapia de grupo es mejor que el tratamiento con Metilfenidato únicamente en el manejo de THDA

#### OBJETIVO GENERAL.

Comprobar que la combinación de Metilfenidato y la psicoterapia grupal es mejor que el uso del Metilfenidato solo en el tratamiento del THDA.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- \* Evaluación del Area Adaptativa antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado a Metilfenidato.
- \* Evaluación del Area Cognitiva antes y después del tratamiento psicoterapéutico aunado al Metilfenidato.
- Evaluación del Area cognitiva y adaptativa antes y después del tratamiento con metilfenidato únicamente.

## MATERIAL Y METODOS

### DISEÑO.

El presente estudio se realizó en el CMN "20 de Noviembre", del ISSSTE, prospectivo, con fecha de inicio el 1° de Septiembre de 1998 al 30 de Septiembre de 1999, longitudinal, con recolección y análisis de datos en 3 etapas siendo estos al inicio, a los 3 meses y al final del mismo. Respecto al conocimiento de la información será de tipo abierto y en cuanto al control de las variables será experimental.

El desarrollo experimental que se pretende con éste estudio consiste en seleccionar un grupo de máximo 10 niños, mínimo 5, que acudan a consulta externa del servicio de Paidopsiquiatría en el CMN 20 de Noviembre a quienes se les diagnostique trastorno de déficit de atención con hiperquinesis según entrevista clínica y criterios del DSM-IV. Se solicitó la autorización por escrito de los padres para la participación de su hijo en el grupo. Se les pidió inmediatamente que respondan el cuestionario de Conners para obtener la primera valoración. Al mismo tiempo el niño fue evaluado con el índice Wisc-R. Posteriormente a la primera valoración se inició tratamiento farmacológico con metilfenidato a dosis de 5-10mg/día, el cual se mantuvo durante todo el estudio. Al mes de haberse iniciado el tratamiento farmacológico referido se realizará la segunda evaluación aplicando nuevamente el instrumento Conners para padres. Después de dicha evaluación se llevaron a cabo las sesiones de psicoterapia de juego con una duración de hora y media cada sesión, una vez por semana en donde participan únicamente los niños. Durante la terapia de juego se continuó administrando el tratamiento con metilfenidato.

Mensualmente se citaron a todos los padres de los niños seleccionados para el grupo terapéutico, para sesiones informativas.

Al finalizar las 20 sesiones de terapia grupal en niños que están recibiendo metilfenidato, se aplicará el instrumento Conners para padres y Wisc-R para niños.

## RESULTADOS

De los 8 niños incluidos, uno abandonó el estudio por dificultad de los padres para cumplir con las normas del estudio. De los 7 niños que participaron en el estudio, los valores obtenidos en el coeficiente intelectual (C.I.) en las dos valoraciones (al inicio y al finalizar el estudio) con el instrumento WISC-R fueron comparados utilizando el análisis de varianza (ANOVA) observándose un descenso en el área verbal del C.I. con una diferencia de 2 puntos sin mostrar significancia estadística ( $p > 0.50$ ). En el área de ejecución del C.I. los resultados mostraron un incremento del puntaje en 3.42 pts. sin tener significancia estadística ( $p > .42$ ). En comparación con los resultados totales, se observó un incremento mínimo de 0.85 pts sin mostrar significancia estadística ( $p > .70$ ). En la tabla 1 se muestran las diferencias y significancias estadísticas en el área verbal, ejecutiva y total del C.I.

Los resultados obtenidos en las mediciones clínicas con el instrumento Conners para padres en trastornos de conducta y otros datos clínicos entre la primera valoración (sin ningún tratamiento), segunda valoración (tratamiento con fármaco únicamente) y tercera valoración (tratamiento combinado de fármaco y psicoterapia grupal) se utilizó la prueba de comparaciones múltiples para cada una de las subescalas en donde observamos que la subescala A que corresponde a trastorno de conducta, un aumento del puntaje en la segunda valoración (dif. 3 pts con  $p > 0.64$ ) y una disminución en la tercera valoración (dif. 6.96 pts con  $p > 0.29$ ); en la subescala B que corresponde a ansiedad, se encontró un aumento en la segunda valoración (dif. 1.53 pts con  $p > 0.49$ ) y una disminución de puntaje en la tercera valoración (dif. 1.53 pts con  $p > 0.27$ ); la subescala C que corresponde a desorganización e inquietud, presentó un aumento (dif. 1.39 pts) y una disminución

Al finalizar las 20 sesiones de terapia grupal en niños que están recibiendo metilfenidato, se aplicará el instrumento Conners para padres y Wisc-R para niños.

## RESULTADOS

De los 8 niños incluidos, uno abandonó el estudio por dificultad de los padres para cumplir con las normas del estudio. De los 7 niños que participaron en el estudio, los valores obtenidos en el coeficiente intelectual (C.I.) en las dos valoraciones (al inicio y al finalizar el estudio) con el instrumento WISC-R fueron comparados utilizando el análisis de varianza (ANOVA) observándose un descenso en el área verbal del C.I. con una diferencia de 2 puntos sin mostrar significancia estadística ( $p > 0.50$ ). En el área de ejecución del C.I. los resultados mostraron un incremento del puntaje en 3.42 pts. sin tener significancia estadística ( $p > .42$ ). En comparación con los resultados totales, se observó un incremento mínimo de 0.85 pts sin mostrar significancia estadística ( $p > .70$ ). En la tabla 1 se muestran las diferencias y significancias estadísticas en el área verbal, ejecutiva y total del C.I.

Los resultados obtenidos en las mediciones clínicas con el instrumento Conners para padres en trastornos de conducta y otros datos clínicos entre la primera valoración (sin ningún tratamiento), segunda valoración (tratamiento con fármaco únicamente) y tercera valoración (tratamiento combinado de fármaco y psicoterapia grupal) se utilizó la prueba de comparaciones múltiples para cada una de las subescalas en donde observamos que la subescala A que corresponde a trastorno de conducta, un aumento del puntaje en la segunda valoración (dif. 3 pts con  $p > 0.64$ ) y una disminución en la tercera valoración (dif. 6.96 pts con  $p > 0.29$ ); en la subescala B que corresponde a ansiedad, se encontró un aumento en la segunda valoración (dif. 1.53 pts con  $p > 0.49$ ) y una disminución de puntaje en la tercera valoración (dif. 1.53 pts con  $p > 0.27$ ); la subescala C que corresponde a desorganización e inquietud, presentó un aumento (dif. 1.39 pts) y una disminución

de puntaje en la tercera valoración (dif. 3.96 pts con  $p$  0.095); la subescala D que corresponde a problemas de aprendizaje, mostró una disminución en la segunda valoración (1pts con  $p$  0.38) y la tercera valoración una disminución de puntaje (dif. .53 pts con  $p$  0.70); la subescala E que corresponde a síntomas psicósomáticos, mostró un aumento en la segunda valoración (dif. 2 pts con  $p$  0.38) y un incremento en la tercera valoración (dif. .14 pts con una  $p$  0.94); la subescala F que corresponde a obsesividad-compulsividad no mostró cambio en las 3 valoraciones ( $p$  1); la subescala G que corresponde a conducta antisocial, presentó un aumento (dif.1.66 pts con  $p$  0.47 )y una disminución de puntaje (dif. 1.68 pts con una  $p$  0.084); la subescala H que corresponde a hiperactividad, presentó una disminución en la segunda valoración (dif 1.56 pts con  $p$  0.79) y una disminución de puntaje en la tercera valoración (dif. 2.39 pts con una  $p$  0.31).

En la tabla 2 se resumen los resultados encontrados de las diferentes comparaciones de las valoraciones y subescalas.

Tabla 1.  
Resultados de la evaluación del instrumento WISC-R

Wisc	Media	D.E.	N	Dif.	t	df	P
Verbal inicial	113.714	9.793	7	2	0.705	6	0.507
Verbal final	111.714	9.9283					
Ejecutivo Inicial	110.571	16.571	7	3.428	0.854	6	0.425
Ejecutivo final	114	13.316					
Total Inicial	113.142	14.276	7	0.857	0.393	6	0.707
Total Final	114	11.075					

Tabla 2  
Resultados del las subescalas del instrumento Conners

Eval.	A			B			C		
	mean	<2>	p <3>	mean	<2>	p <3>	mean	<2>	p <3>
1°eval.	60	0.642454	0.551353	20	0.497007	0.664355	24.57143	0.7653294	0.1629914
2°eval.	63		0.294693	2157142		0.271511	25.28572		0.9579805
3°eval.	56.1428			19			21.14286		

A.- trastorno de conducta B.- ansiedad C.-desorganización e inquietud

Eval.	D			E			F		
	mean	<2>	p <3>	mean	<2>	p <3>	mean	<2>	p <3>
1°eval.	10.7142	0.381520	0.216268	9.857142	0.381520	0.415762	4.571429	1	1
2°eval.	9.71428		0.705141	11.85714		0.949615	4.571429	1	1
3°eval.	9.28571			11.71428			4.571429		

D.- problemas de aprendizaje E.-Síntomas psicossomáticos F.- obsesividad-compulsividad

Eval.	G			H		
	mean	<2>	p <3>	mean	<2>	p <3>
1°eval.	8.85	0.47	0.28	36.14	0.79	0.20
2°eval.	9.42		0.08	35.57		0.31
3°eval.	8.00			33.28		

G.- conducta antisocial H.-hiperactividad

## DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en el presente estudio observamos una disminución no significativa en los puntajes del área verbal del C.I., mientras que el área ejecutiva y C.I. total mostraron un incremento (gráfica 1). En la literatura, se ha reportado que los niños con THDA obtuvieron calificaciones menores en C.I. total, C.I. verbal y C.I. de ejecución en comparación con niños sin éste trastorno(37). En el mismo estudio, los niños con TDAH presentaron calificaciones más bajas en el C.I. de ejecución en comparación del grupo control. Nosotros consideramos que el ligero incremento en el área ejecutiva y final en nuestro estudio no son significativos, y no representan una mejoría en las funciones cognitivas, sino es reflejo de una mejoría en la atención de los niños, que facilita el cumplimiento de las tareas establecidas, posiblemente por efecto del metilfenidato. El uso de estimulantes en el TDAH se remonta desde hace 60 años en donde los efectos benéficos sobre la atención e hiperactividad son bien establecidos (15,16,17,38).

Los resultados de la subescala Connors en la segunda valoración, que corresponde al uso de metilfenidato sobre los niños con TDAH, proporcionaron un beneficio en las subescalas de problemas de aprendizaje y de hiperactividad (subescalas D y H). Los efectos del metilfenidato sobre el aprendizaje e hiperactividad son bien conocido en la literatura (14,15,16,18,20,21); sin embargo, el beneficio del metilfenidato sobre la cognición, problemas de conducta y conducta social es controversial(38). Así, en nuestro estudio el uso del metilfenidato mostró un deterioro en las subescalas correspondiente a trastornos de conducta, ansiedad, desorganización e inquietud y conducta antisocial.

Con el uso de la terapia combinada (metilfenidato y psicoterapia grupal) se observó una mejoría en todas las subescalas, en comparación con el metilfenidato (gráfica 2), el cual, no proporcionó ningún beneficio en las subescalas A,B,C,G. La terapia combinada proporcionó menor beneficios en la áreas donde el metilfenidato si mostró mejoría (subescalas D y H); y no modificó los valores sobre síntomas de obsesividad-compulsividad (subescala F). Un hallazgo no esperado fue el incremento no significativo del puntaje sobre síntomas psicósomáticos (subescala E) . No encontramos una explicación satisfactoria para ello, por lo que éste resultado posiblemente será motivo de análisis en próximas investigaciones..

Los resultados en éste estudio solo presentaron tendencia a la mejoría, lo cual muy posiblemente está asociado con la duración de la psicoterapia grupal (de 6 meses en el presente estudio), por lo que deberá tomarse en cuenta éste factor en terapias a futuro para obtener mejores resultados.

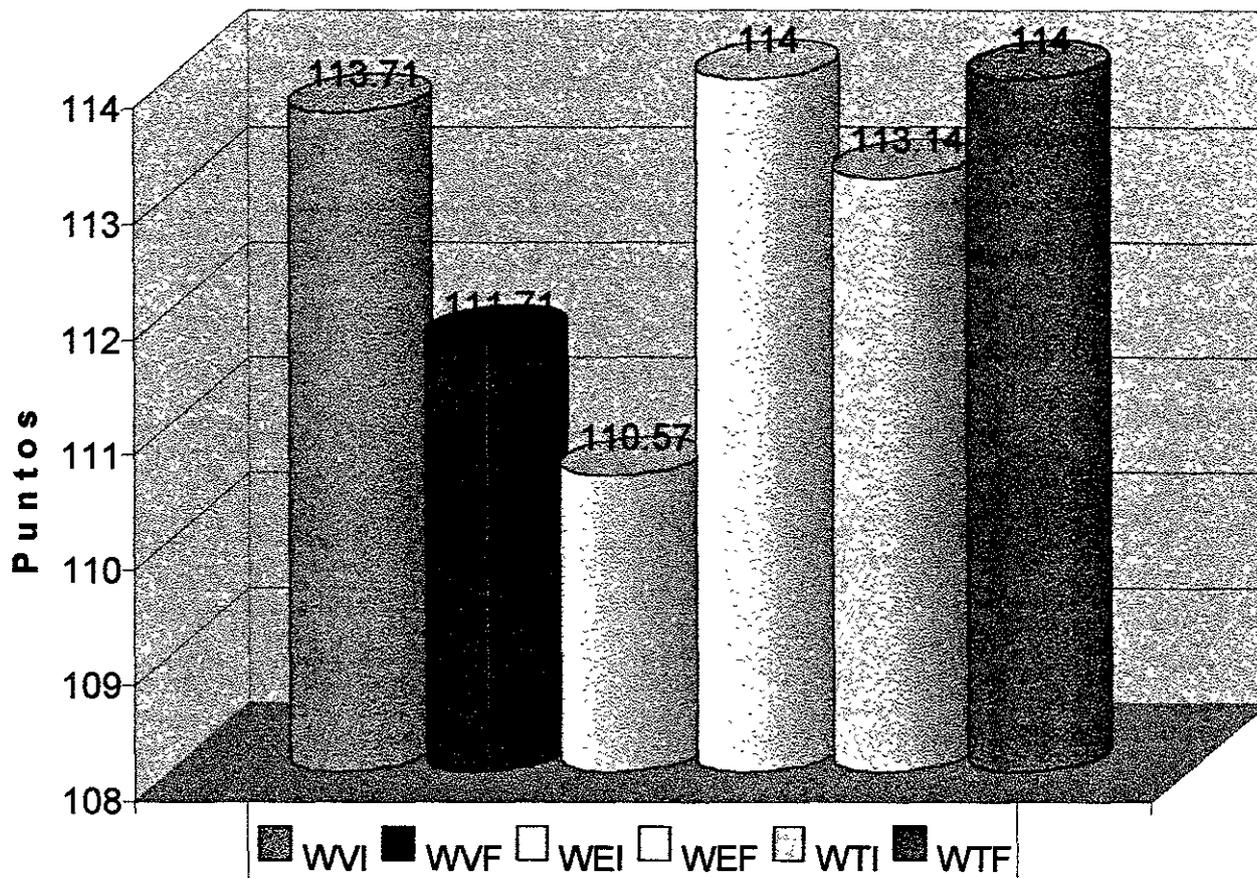
Con esto podemos afirmar que la terapia combinada proporciona mayor beneficio en el tratamiento del TDAH. En contra de lo que se pudiera pensar, la terapia no directiva en niños con problemas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad puede proporcionar beneficios en el control de síntomas al crear un ambiente más permisivo y expresivo, contrario a la frecuente educación restrictiva con que cuentan los niños con TDAH. La terapia no directiva puede ser otra opción para el manejo integral de éste trastorno.

## CONCLUSIONES

1. Existen dificultades metodológicas en la medición y realización de estudios con psicoterapia, ya que las muestras tienden a ser pequeñas y siguen indicaciones metodológicas estrictas. Esto se dificulta más cuando los participantes presentan trastornos de conducta como en el TDAH.
2. Encontramos dificultad para utilizar grupo control en el presente estudio, ya que las características clínicas del TDAH en términos de tratamiento exigen la utilización temprana de los fármacos como primera elección para control de los síntomas. Así mismo, es difícil no proporcionar ningún tipo de apoyo psicoterapéutico en el manejo de TDAH, lo que puede sesgar los resultados.
3. El uso de terapia combinada (metilfenidato y psicoterapia grupal) proporcionó mayor beneficio en todas las subescalas, en comparación con el uso de metilfenidato únicamente.
4. La terapia combinada proporcionó beneficio en las subescalas en donde el metilfenidato no proporcionó ningún beneficio e incluso se observó deterioro.
5. El metilfenidato no tiene ningún efecto benéfico sobre la cognición, ansiedad, desorganización e inquietud, obsesividad-compulsividad y conducta antisocial en el TDAH. En cambio, la terapia combinada proporcionó mayor beneficio en todas las áreas. Se observó que el metilfenidato mejoró los síntomas de déficit de atención, problemas de aprendizaje e hiperquinesis. La terapia combinada mejoró ligeramente al metilfenidato en los síntomas de problemas de aprendizaje e hiperquinesis.
6. Un hallazgo inesperado en el presente estudio, es el incremento en la subescala de síntomas psicósomáticos. No encontramos una explicación clara para esto, lo que seguramente será motivo de análisis en próximos estudios.

7. La duración de la psicoterapia es un factor que puede influir en el beneficio del tratamiento de TDAH, por lo que debe tomarse en cuenta para próximos estudios.
8. La información y orientación familiar es un elemento indispensable en el tratamiento integral del TDAH, ya que frecuentemente hay una importante disfunción familiar que dificulta el progreso terapéutico.
9. Los niños con TDAH presentan problemas propios de una educación restrictiva. No obstante todas las dificultades que implica éste tipo de terapias en niños con TDAH, puede servir como otra alternativa para su manejo.

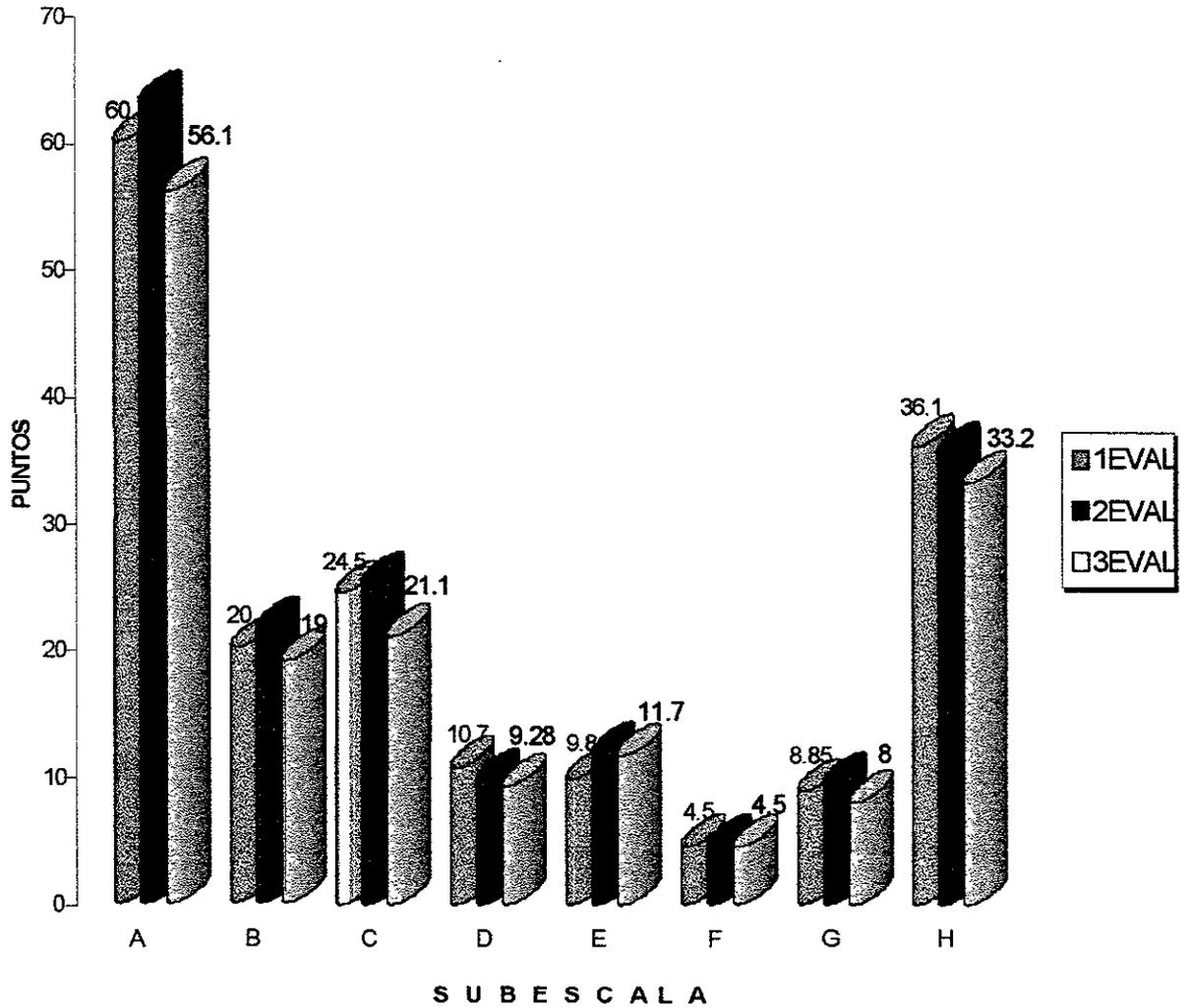
## RESULTADOS DE SUBESCALAS WISC INICIAL Y FINAL



WVI:WISC VERBAL INICIAL	WEI:WISC EJECUTIVO INICIAL	WTI:WISC TOTAL INICIAL
WVF:WISC VERBAL FINAL	WEF:WISC EJECUTIVO FINAL	WTF:WISC TOTAL FINAL

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### RESULTADO DE LAS SUBESCALAS CONNERS PARA PADRES



A= trastorno de conducta B= ansiedad C= desorganización e inquietud D= problemas de aprendizaje  
E= Síntomas psicósomáticos F= obsesividad-compulsividad G= conducta antisocial H= hiperactivida

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Melvin Lewis, M B (1991), Child and Adolesc Psychiatry (eds) Wiliams & Wilkins. Abikoff 10: 171 - 216.
- 2.- Cadwell P. Dennis: Attention Deficit Disorder. A reviw the past 10 years. J. Am Acad. Child. Adolesc Psychiatry 1996; 35;8:978-987.
- 3.-Seija Samberg: Hiperkinetic or atention deficit disord. British Journal of psychiatry 1996; 169:10-17,1996.
- 4.- Laurence L Greenhil, MB: Atención deficit hiperkinetic disord, Text book of child adolescent psychiatry, 1º edición 1996; Ed American Psichiatty press: p 261-275.
- 5.- Kempe C.H., Silver H.K., O'Brien D. Et al : Current Pediatrics Diagnosis & Treatment 1987 9th ed. Norwalk, C.T: Appleton & Large 213-16.
- 6.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). 2º edicion edit. Masson 1995.
- 7.-J.M. Swansoon, J A Sergeant, E Taylor, E J S Sonuga, P S Jensen, D P Catwell: Attention-deficit hyperactivity disorder and hiperkinetic disorder. Lancet 1998; 351:429-432.
- 8.- Gail Trip, Siu L. Luk, Elizabeth A. Schaughency, Rajiv Singh: DSM-IV and ICD-10: A comparasion of the correlates of ADHD and hiperkinetic disorder. Journal academic childadolesc. Psyquiatry 1999 38 (2):156-164.
- 9.- Biederman J. Newcorn J. Sprinch, S.: Comorbility of attention hiperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. AMJ Psychiatry 1987; 148:564-577.

- 10.- Biederman Joshep, Foraone Sthephen, Mick eric, et al : Child Behavior Checklist Findings Further Support Comobility Between ADHDD and Mayor Depression reffered Samle. J. Am Acad. Adolesc. Psichiatty 1996; 35; 6: 1223 - 1226.
- 11.- Perriu S. Last G.C. : Relationship between ADHD and anxiety in boys. Results from a family study. J. Am Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:8:988-996.
- 12.- Josep M Rey, Ph D., F.R.A.N.Z.C.P., Allen Morris-Yates, BAMichelle Singh, Gavin Andrews, F.R.A.N.C.P, and W Stewart: Continues between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. Am J Psychiatry 1995; 152 (6): 895-900.
- 13.-Taylor E. Chadwik O. : Hiperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. J. Am. Child Adolesc Psychiatry 1996; 35;9 00:1213-1226.
- 14.-Multimodal treatment for atention deficit hiperactivity disorder; Am J Psychiatry 1995 Jun;152(6): 895-900).
- 15.- Spencer T, Bieddeman J, Wilens T, Harding M, O'donnell D: Pharmacotherrapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. Journal Am academic child adolesc psychiatry 1996 35(4):409-32.
- 16.-Weiss G., Minde K., Werry J.S : Studies of hiperactivity child, a five year follow up. Arch Gean Psychiatry 1971; 24;99: 409-414.
- 17.- Kraye J:M: Safer D. Eathart J. : Follow-up survey results of medications used to treat hiperactive schoool children. J.Sch. Healt 1979;49:317-321.
- 18.- Adams MS: Management of attention deficit disorders. J Natl Med Assoc 1983; 75:187189.
- 19.-Safer DJ, Zito JM: Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 90's Pediatrics 1996; 98:1084-8.
- 20.- Guía farmacológica en psiquiatría, Barry Guze, Ed Wolfe publishing, 3º. Ed., 1996:235-37.

- 21.- Barkley R:A : A review of stimulant drug research with hiperactive children. J. Child Psychol Psychiatry 1977; 18:137-165
- 22.- Pelham W:E., Bendre M:E., Cadwell J. et al: Methilphenidate and stimulant treatment of hiperactive children, A therapy study Metilphenidate probes in a within subjetive design. J. Appl Behavior Annals 1980;13:221-236.
- 23.-Revisiones bibliográficas para el médico general. Programa Nacional de Atención y Desarrollo para el Médico general. Academia nacional de medicina 1997, vol 2, Num1 35-40.
- 24.- AMA Concil on Drug : AMA Drug Evaluation, 6th ed , American Medical Association, Chicago (II).1986; 82-90.
- 25.- Glow R. A Glow P.H., Rump E.E. The stability of child behavior disorders: a one year test-retest study of Adelaide version of the Conners teacher and parent Rating. Journal of abnormal child psychology. 1982;121-27.
- 26.- Dulcan M:K: Attention deficit disorder : Evaluation and treatment. Pediatrics Ann 1985; 14, 383-400.
- 27.- Satterfield J.H., Satterfield B.L., Schell A.E. (1987 ), Therapeutic interventions to prevent delinquency in hiperactive boys. J . Am. Acad. Adolescent Psychiatry, 1997; 144, 204-215.
- 28- Glasserman, MR Sirlin; psicoterapia de grupo en niños. Buenos aires: Ed Nueva visión, 2ª, ed. 1984,16-22
- 29.- Wechsler,D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children. New York: psychological corporation, 1949; 10-20.
- 30.- Wechsler,D. WISC – R – ESPAÑOL: Escala de Inteligencia Revisada para el nivel Escolar. Ed. Manual Moderno, S.A. México D.F , 1981; 1-52.
- 31.- Terman, L.M., Merrill, M.A. Stanford : Binet Intelligence Scale: Manual for the third revision, Form L – M. Boston: Houghton Mifflin, 1973; 33-35.