



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION REGION NORTE
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y
COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
REHABILITACION**

PRESENTA:

DRA. KORINTHIA GORETI GALLARDO MARISCAL



MEXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD
“VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.**

**UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION REGION NORTE.
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.**

**“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN
HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Korinthia Goreti Gallardo Mariscal
Medico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina de
Rehabilitación

ASESORES DE LA TESIS:

Dra. Maria Elena Mazadiego González
Medico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación Región Norte

Dr. Adolfo Hernández Gómez
Medico Especialista en Comunicación Humana
Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación Región Norte

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA DE ALTA ESPECIALIDAD
“VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.**

**UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION REGION NORTE.
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”.**

**“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN
HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.**

APROBACION DE TESIS

Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez

Profesor titular del curso de la especialidad en Medicina de Rehabilitación
Director Medico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte

Dra. Maria Elena Mazadiego González

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte

PENSAMIENTOS

Sea cual fuere tu natural inclinación, síguela:

*No te apartes del camino que te marque tu talento
y tendrás éxito: si te empeñas en ser otra cosa, irás
al fracaso.*

Zuien tiene ideas es fuerte.

Zuien tiene ideales es invencible.

Al observar a un niño siento gran admiración,

No tanto por lo que este niño es hoy,

Como por lo que puede llegar a ser.

Bienaventurado el que da sin recordar

Y recibe sin olvidar.

DEDICATORIA

A mis padres: Tila y Felipe.

Por su amor y apoyo incondicional en toda mi vida,

A ustedes me debo y por ustedes estoy. Los amo.

Gracias por ser los mejores, me siento muy orgullosa de ser su hija.

Que Dios los Bendiga.

Misión Cumplida.

A Gabriel

Por ser mi compañero, por iluminar mi vida, por dar fortaleza y felicidad a mi existir, por compartir nuestras vidas, por creer en mí, por tu comprensión y apoyo en todo momento, porque a pesar de las adversidades continuamos viviendo nuestro gran amor.

A mis hermanos: Roy Fernando y Ronnie Felipe.

Hombres extraordinarios con los que cuento incondicionalmente.

Por creer y confiar en mí y por ese cariño que siempre me han dado.

Los quiero con todo mi corazón.

A Emilio:

Inocencia y energía infinita juntas.

Por tu ternura y amor que llena nuestro corazón con la mayor de las Bendiciones.

TQMM.

A mis abuelitos:

Martina, Rafael t, Inés t y Antonio t:

Por todas sus bendiciones, consejos y amor.

Porque son mi mayor fuente de valor e inspiración para seguir adelante.

A MI GRAN FAMILIA:

Por su amor y apoyo incondicional constante a pesar de la distancia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme llegar a este momento en mi vida, por todas las Bendiciones que día con día he recibido y sobre todo por las personas que me hacen sentir su presencia tan cerca de mí.

A Raíme:

Por ser otro hermano para mí, por tu nobleza y tu gran corazón, por estar apoyándome en todo momento de mi vida. Te quiero mucho miijo.

Al Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez:

Por la entrega profesional que con inteligencia y entusiasmo ha dirigido nuestra unidad y por sus acertadas sugerencias para lograr esta anhelo.

A la Dra. Ma. Elena Mazadíego González:

Por sus consejos, enseñanzas, apoyo, paciencia y amistad durante estos tres años de mi formación como especialista.

Al Dr. Adolfo Hernández Gómez:

Por su tiempo, apoyo y esfuerzo en la realización de este trabajo de investigación pero sobre todo por la amistad que me ha brindado.

A Lic. En Psicología: Socorro Barragán Pazos y a la ETO Elvía Escalante Collazo.

Por su dedicación y esfuerzo para contribuir en la realización de este proyecto, sinceramente con todo mi afecto.

A mis amigos:

Cirenia, Melba, Martha, Lily, Ale, Maricruz, Zereth, Susy, Marcela, Héctor, Denisse, Alejandro, Karina, PepeToño, Yecho, Hermelinda y Ana Fernanda, por todo su apoyo, su tiempo, su cariño y su sincera amistad.

A todos los médicos y personal:

Por compartir su experiencia, tiempo, consejos pero sobre todo Amistad, para lograr la meta y hacer esta etapa de mi vida inolvidable, especialmente a: Dra. Sapiens, Dra. Montes, Dra. Maldonado, Dra. Rocío Hernández, Dra. Gloria Hernández, Dra. Eva Pérez, Dra. Angélica García, Dra. Clara Varela, Dra. Lupita Hernández, Dra. Marisela Andrade, Dr. David Escobar, Dra. Carolina Escamilla, Dra. Rosalba Mosco y Dra. Alejandra Torres.

A los terapeutas físicos, ocupacionales, enfermeras, personal administrativo y de biblioteca.

A mis compañeros de Residencia:

R3: Elizabeth, Ángel, Axel y Ana. **R2:** Yazmín, Nelly, Janeth, Dulce, Irina, Ricardo y Julio.

R1: Juan Manuel, Iván, Paola, Irazu, Abril, Ana Luisa, Yanely y Ericka.

Por todos los momentos compartidos. El camino es difícil pero no imposible, ánimo y adelante.

A todos los pacientes que hicieron posible este gran sueño.

INDICE

- I. Introducción
- II. Resumen
- III. Justificación
- IV. Planteamiento del problema
- V. Pregunta de investigación
- VI. Antecedentes científicos
- VII. Objetivos
- VIII. Hipótesis
- IX. Metodología
- X. Resultados
- XI. Discusión
- XII. Conclusiones
- XIII. Bibliografía
- XIV. Anexos

INTRODUCCION.

En la población pediátrica, entre otras alteraciones intelectuales, existe el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se observa con una frecuencia de 4 a 12% en la edad escolar. Predomina en niños con una relación de 3:1. A esta patología y se suelen agregar alteraciones del aprendizaje como las deficiencias en la lectoescritura tipo disgrafías, discalculias y paralexias principalmente.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es heterogéneo y coexiste con alteraciones del lenguaje y la comunicación presentando deficiente interacción al mantener una conversación y dislalias múltiples.

Conocer las anormalidades que acompañan a este padecimiento nos da un panorama amplio acerca de las implicaciones que afectan en el niño, su desarrollo y rol social.

Clínicamente un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presenta hiperquinesia, atención deficiente, impulsividad, dificultades de interacción personal y social, rendimiento escolar bajo, deficiente imagen personal y problemas de comportamiento, torpeza en los movimientos, y tienen menor rendimiento en el trabajo de grupo. Estos pacientes requieren de un tratamiento amplio, que incluya la terapia cognitivo-conductual, ocupacional, de lenguaje, apoyo en el aprendizaje y asesoramiento familiar.

En Medicina de Rehabilitación se realizan programas de tratamiento específico en forma integral para el paciente y estos son valorados a través de evaluaciones clínicas de funcionalidad y calidad de vida con el fin de medir los resultados del manejo y de terapias recibidas, el funcionamiento personal, su nivel de autonomía que se refleja en su calidad de vida.

RESUMEN

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”. Mazadiego GME, Hernández GA, Gallardo MKG.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presenta alteraciones del lenguaje y aprendizaje, afecta el rol social y calidad de vida en los pacientes pediátricos. Sí se interviene con manejo multidisciplinario de Medicina de Rehabilitación, Comunicación Humana y familia lograremos la integración sociofamiliar y mejorar su desarrollo psicomotor.

OBJETIVO. Comparar la calidad de vida en niños de 5 a 9 años con Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad manejados con interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana versus Comunicación Humana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se formaron 2 grupos: Experimental y Control. La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico de casos consecutivos con asignación aleatoria de los grupos. Ambos grupos recibieron plática informativa acerca del padecimiento y manejo integral, valoración psicológica con la escala de inteligencia para el nivel escolar Wichsler WISC-R: edad mental, cociente de inteligencia y edad escolar, contestaron cuestionario de calidad de vida antes y después del tratamiento, recibieron 10 sesiones de terapia del lenguaje. El grupo experimental recibió además 10 sesiones de terapia ocupacional.

RESULTADOS. La calidad de vida comparada inicial y final intragrupo fue estadísticamente significativa valorada con la prueba U de Mann Whitney obteniendo valor de $p=0.024$ para grupo experimental y $p=0.008$ en grupo control. Al análisis intergrupo con mejoría en 100% del grupo experimental en cambio un 57.14% en grupo control, con valor de $p=0.035$ mediante la prueba de Wilcoxon. Las alteraciones del lenguaje fueron las dislalias, siendo más frecuentes: por sustitución 57.14%, distorsión 28.57% y omisión 14.28%. En el aprendizaje las disgrafías por sustitución 57.14% y omisión 14.28%, discalculia 28.57% y paralexias 25.57%. Con la prueba psicológica Wichsler WISC-R en el total de la muestra observamos: coeficiente intelectual normal en 12 pacientes (85.71%), límite y bajo en 1 paciente cada uno (7.14%). Edad mental normal en 12 pacientes (85.71%), límite y baja en 1 cada una (7.14%). Edad escolar normal 1 (7.14%), límite 11 (78.57%) y baja 1 (7.14%).

CONCLUSIONES. La interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana mejora la calidad de vida, coordinación motora gruesa, fina, atención cognitiva, conducta y rol social. Los pacientes presentaron coeficiente intelectual y edad mental normal, acorde a la edad cronológica.

La mayoría presenta alteraciones del lenguaje y/o aprendizaje, siendo las más frecuentes dislalias y disgrafías por sustitución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A pesar de que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una de las patologías que se presenta más frecuentemente en la consulta de Comunicación Humana, estos pacientes son enviados a dicho servicio por las alteraciones del lenguaje y aprendizaje asociadas, por lo que reciben atención y tratamiento sin la intervención de los especialistas en Medicina de Rehabilitación.

Las alteraciones del lenguaje y aprendizaje asociadas a esta patología son complejas y deben ser enfocadas en forma multidisciplinaria, ya que ocasiona problemas significativos del lenguaje, aprendizaje y comportamiento. Por esta razón, los niños son percibidos como niños difíciles o que tienen problemas de conducta, mala educación e incluso una dinámica familiar disfuncional. Si se inicia un programa de tratamiento con interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana que incluya terapia del lenguaje, ocupacional y psicología, lograremos mejorar la calidad de vida, al incidir en su psicomotricidad, coordinación visomotora y disminuir su déficit de atención para obtener un mayor rendimiento escolar, interacción social y fomentar la participación familiar.

Es importante conocer que tipo de alteraciones del lenguaje y aprendizaje se presentan en los pacientes pediátricos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, identificar como influyen en su calidad de vida, realizar una valoración psicológica para determinar si el coeficiente intelectual, la edad mental y la edad escolar se encuentran alterados debido a la disfunción del sistema nervioso central presente en estos pacientes.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales. La aparición del concepto como tal, se encuentra en la filosofía de la Medicina de Rehabilitación cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida del discapacitado. Además es uno de los instrumentos más importantes para medir el impacto de los programas de Rehabilitación en padecimientos crónicos progresivos.

El concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, el análisis de los resultados de los tratamientos y servicios humanos, la dirección y guía en la previsión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población en general y a las personas con discapacidad.

La OMS valora la calidad de vida mediante una serie de componentes de tipo general (salud, dolor, energía, sueño, descanso, actividad sexual), de tipo psicológico (afectos positivos y negativos, funciones sensoriales, pensamiento, aprendizaje, concentración, memoria, autoestima, imagen corporal), mediante factores relacionados con el nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de fármacos, comunicación, capacidad laboral o escolar), factores de tipo social (intimidad, amistades, afecto, ayudas sociales, actividad como dador y receptor) y factores ambientales (seguridad física, entorno familiar, satisfacción laboral, recursos económicos, calidad y acceso a los apoyos sociales y sanitarios, oportunidad para adquirir información nueva, entorno ambiental, transporte).

Cuando se relacionan todos estos componentes con el niño o adolescente con enfermedad crónica la mayoría de ellos están alterados.

Recientemente se ha propuesto una definición del término calidad de vida en niños, que se aplica a todos los grupos pediátricos: “La calidad de vida en pacientes pediátricos es multidimensional. Incluye la función física, social y emocional del niño y de su familia, y este debe ser sensible a los cambios que ocurren en su desarrollo normal.”¹⁸

La Rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad.

Existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y se clasifican en genéricos y específicos, los primeros se emplean para comparar las diferentes poblaciones y enfermedades, mientras que los segundos se basan en las características de un solo padecimiento. Los instrumentos de evaluación funcional y de calidad de vida aun no se han diseñado; para nuestros pacientes y adoptamos los instrumentos de otros países que ya han sido validados.¹

Los candidatos a recibir rehabilitación social son aquellas personas que presentan cualquier tipo de discapacidad (física, mental o social) y que tiene reducidas sus posibilidades de integración social y profesional en cualquier sentido y no solo al persistir problemas como el laboral o escolar, cuando se requiere de algún requerimiento especial.²

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) describe una alteración para focalizar la atención y para autorregular la conducta y se manifiesta antes de los 7 años de vida en el niño.^{3,4}

En el manual diagnóstico (DSM-IV-TR) de la *American Psychiatric Association* (APA) se reconocen tres subtipos de TDAH:

- *Con predominio de déficit (falta) de atención.* (Código CIE-10: F98.8)
- *Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad.* (Código CIE-10: F90.0)
- *Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez.* (Código CIE-10: F90.0)

Los criterios normalizados DSM-IV-TR fijan estándares clínicos para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas y a su grado de intensidad.^{4,5,8}

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es heterogéneo y con frecuencia coexiste con otros trastornos que pueden pasar desapercibidos como los de la comunicación y el lenguaje.^{7,8}

La comunicación responde a una necesidad del hombre para dar a conocer sus experiencias, sentimientos, emociones y de esta manera convertirse en un ser social, no aislado. Comunicar no es solo transmitir palabras sin una razón aparente, es dedicar una parte del tiempo para compartir momentos e instantes. Cuando el niño con dificultades en el lenguaje crece, aumenta la dificultad del lenguaje como así también la conciencia de la propia limitación.

El trastorno específico del desarrollo del lenguaje es como una alteración que ocurre desde el momento en que el niño empieza a decir sus primeras palabras. A los tres años de edad no han podido desarrollar su lenguaje de una manera funcional para el intercambio comunicativo con los demás y se afecta su aprendizaje y sus relaciones sociales, esto puede estar relacionado con otro tipo de alteración neurológica, motora o retardo mental.^{7,8}

Causas y factores de riesgo.

Se trata de un trastorno neurológico en el que se han propuesto causas de origen genético (heredado, no adquirido), no se descarta la influencia de factores que actuarían durante la gestación, el parto o el desarrollo infantil. Se sospecha especialmente de toxinas ambientales y algunos colorantes empleados por la industria alimentaria. La exposición prolongada a agentes tóxicos puede inducir síntomas que mimeticen a los atribuidos a un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.⁹

Estos niños se caracterizan por la hiperactividad física, atención deficiente, impulsividad, dificultades en la interacción personal y social, rendimiento escolar bajo, deficiente imagen personal y problemas de comportamiento.

La afección puede asociarse a torpeza en los movimientos, trastornos en el aprendizaje (dislexia, disgrafía o discalculia), con menor rendimiento en el trabajo de grupo.^{9, 11,12,13}

En la fisiopatología, los estudios de neuroimagen indican una disfunción frontoestriatal ligada a las dificultades para el control inhibitorio, así como alteraciones en la corteza temporal posterior, parietal inferior y han demostrado

cambios en el funcionamiento de la glucosa en las áreas de la corteza prefrontal y el estriado.^{6,7,8,16}

Las evidencias sustentan una disfunción de los circuitos frotto-estriatales dopaminérgicos y noradrenérgicos lo cual origina déficit ejecutivos en las funciones cognitivas, siendo este el neurotransmisor más comúnmente implicado en la fisiopatología.^{9,11,12,14}

También se pueden presentar: retraso psicomotor alteración en la evolución neurológica sin alteración en el movimiento y la postura. El retraso psicomotor puede ser global o afectar una de las 4 áreas (personal, social, adaptativa, lenguaje y motricidad).¹⁹

Tratamiento

El cuidado del niño hiperactivo debe involucrar tanto a los padres como a los médicos y profesores. Entre todos podrán detectar la anomalía y cuidarle adecuadamente. El tratamiento con terapia conductual ha sido de más éxito.

Terapia ocupacional.

Con el objetivo de dirigir la participación del niño en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas o funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud. Con la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas se logra incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la

adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.¹⁰

Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden también beneficiarse si quienes los atienden se fijan en su progreso, adaptando el entorno del aula, del hogar, para satisfacer sus necesidades y utilizando reforzadores positivos. Siempre que sea lo adecuado, los padres pueden trabajar con el distrito escolar para preparar un programa de educación individual.¹⁰

Las dificultades tempranas de aprendizaje hacen referencia de manera específica a aquellas que se dan en el periodo comprendido desde el nacimiento y los 6 años de edad y que limitan las posibilidades de alcanzar destrezas y los conocimientos propios de la edad infantil. Se correlacionan con dificultades ligadas a la cognición, a los procesos de atención, la percepción y la memoria, a las habilidades lingüísticas de carácter comprensivo y expresivo, al procesamiento visoespacial.¹¹

Hay distintas clasificaciones de las alteraciones del lenguaje y se analizan las características de este en los diferentes trastornos motores de origen central, del espectro alteraciones del aprendizaje, retraso mental y trastornos por déficit de atención y comportamiento.¹²

La detección de signos disfuncionales en el desarrollo de la conducta y la socialización, relacionados con un inadecuado autocontrol, pueden proveer de claves precoces sobre el desarrollo futuro de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.¹³

Pronostico

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención es una condición crónica y duradera, en la que la mitad de los niños con este problema continuarán teniendo síntomas incómodos de falta de atención o impulsividad como adultos. Sin embargo, los adultos son usualmente más capaces de controlar su comportamiento y de disimular sus dificultades.⁹

Las estadísticas muestran que existe un aumento de la incidencia de delincuencia juvenil entre individuos que padecieron esta patología cuando eran niños. Por lo tanto, no se deben escatimar esfuerzos para controlar los síntomas y enfocar la energía del niño hacia caminos constructivos y educativos.^{9,11,12,13}

CONSIDERACIONES SOBRE EL WISCHLER-R.

ESCALA DE INTELIGENCIA REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR.

(WISCHLER- R – Español).

Los instrumentos psicometricos de inteligencia son recursos psicológicos; en la práctica, la realización de tareas y preguntas estandarizadas para evaluar el potencial de un individuo de acuerdo con su conducta efectiva en cuestión, brindan la oportunidad de designar a este como inteligente. Todas las escalas de inteligencia la consideran por la evaluación de las habilidades mentales del sujeto o de sus capacidades intelectuales en general.

La edad mental es, primero un recurso aritmético para calificar las subescalas en términos de años y meses y, segundo, un método para igualar y comparar las puntuaciones del instrumento de tal manera que cuando la puntuación obtenida del niño promedio sea trasformada en una anotación numérica en años y meses, esta sea igual a la edad cronológica.

La puntuación así obtenida es la edad mental (EM), se espera que un niño promedio de 6 años obtendrá una edad mental de 6, un niño promedio de 10 años la edad mental sea 10, y así sucesivamente. Una edad mental es un nivel definible de rendimiento en un instrumento psicometrico de inteligencia si no fuera mas allá de los objetivos para los cuales fue elaborado, el concepto EM podría ser un método fácilmente aceptado y práctico para la definición de los niveles de ejecución en una escala. Pero sucede que generalmente implica o asume mucho más.

A cada persona examinada se le asigna un coeficiente intelectual a su edad, representa su clasificación relativa de inteligencia. Este coeficiente intelectual, como todos los obtenidos de manera similar es por desviación, dado que indica el grado mediante el cual el sujeto se desvía por arriba o por abajo del rendimiento promedio de los individuos del grupo de su misma edad. El coeficiente intelectual de 100 en el WISC es equivalente a la puntuación total promedio para cada edad y la desviación estándar equivale a 15 puntos de coeficiente intelectual. En términos de límites percentilares, al primer percentil superior corresponde un coeficiente intelectual de 135 o mayor y al último percentil inferior corresponde un coeficiente intelectual de 65 o menor. 50 % de los niños de cada edad obtendrán un coeficiente intelectual de 90 o 110. El término de edad de escala o edad escolar se sugiere para designar estas edades asociadas a puntuaciones.

ORGANIZACIÓN DE LA ESCALA.

El **WISC-R**, calcula el **CI** a partir de 5 subescalas Verbales y 5 de Ejecución, que se mencionan enseguida: (el número asignado a cada una de ellas corresponde al orden de aplicación)

Verbal

1. Información
3. Semejanzas
5. Aritmética
7. Vocabulario
9. Comprensión

Ejecución

2. Figuras incompletas
4. Ordenación de dibujos
6. Diseño con cubos
8. Composición de objetos
10. Claves (o laberintos)

CLASIFICACION DE INTELIGENCIA:

CI	CLASIFICACION
130 y por encima	Muy superior
120-129	Superior
110-119	Arriba del normal (Brillante)
90-109	Normal
80-89	Abajo del normal (Torpe)
70-79	Limítrofe
69 y hacia abajo	Deficiencia mental

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Comparar la calidad de vida en niños de 5 a 9 años con Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad manejados con interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana VS. Comunicación Humana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar las características de la calidad de vida que presentan los niños con TDAH de 5 a 9 años y sus familias.
- Identificar el tipo de alteración del lenguaje y/o aprendizaje en niños con TDAH de 5 a 9 años.
- Identificar la edad mental, cociente de inteligencia y edad escolar con la escala de inteligencia para el nivel escolar Wischler WISC-R- Español.

HIPOTESIS

El manejo con interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana mejora la calidad de vida en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

JUSTIFICACION.

Un equipo multidisciplinario de médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana, interacción con psicólogos y padres de familia demuestra los mayores beneficios en el tratamiento de los niños con trastorno con déficit de atención e hiperactividad al disminuir los síntomas clínicos, mejorar la atención, el desarrollo psicomotor, rol social y calidad de vida.

Se ha observado que en nuestra unidad el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las patologías más frecuentes en Comunicación Humana, enviados a dicho servicio por las alteraciones del lenguaje y aprendizaje que presentan, recibiendo valoración y tratamiento sin la intervención del medico en Rehabilitación.

El niño recibe tratamiento incompleto ya que se excluye la terapia ocupacional, piedra angular en este tipo de alteraciones, esta demostrado que logra modificar su conducta, mejorar coordinación motora gruesa, fina y el adiestramiento adecuado en las actividades de la vida diaria.

Por lo anterior, surge este trabajo de investigación en el que se propone un manejo integral que incluya: terapias del lenguaje, ocupacional, psicológica, cognitiva, conductual y familiar; se de información y orientación a la familia acerca de esta enfermedad para comprensión que ayude a superar las limitaciones que presentan, disminuir la tensión emocional que hace difícil la convivencia familiar, abordar las ocupaciones y roles que desempeñan para construir con ello un adecuado desempeño social, emocional y educativo en estos pacientes.

METODOLOGIA.

Sitio de estudio: El presente estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, perteneciente a la Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” en el periodo comprendido del 1º de diciembre del 2006 al 31 de julio del 2007, iniciando con la selección del tema, revisión e investigación bibliográfica. En mayo del 2007 fue aceptado por el comité local de investigación 3403 y se capturaron pacientes del 1º de junio al 31 de julio del 2007.

Población de estudio: Se incluyeron pacientes femeninos y masculinos con diagnóstico de trastorno de hiperactividad con déficit de atención, los pacientes fueron enviados de la consulta externa de Comunicación Humana de la UMFRRN.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio cuasiexperimental, analítico, comparativo, longitudinal, prospectivo, observacional.

Se capturaron pacientes mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, derivados por el médico especialista de Comunicación Humana con hoja de envío para ingresar a protocolo de investigación (Anexo 3), se verificó que cumplan con los **criterios de inclusión:** Pacientes del género masculino y femenino, edad comprendida de 5-9 años, con diagnóstico establecido de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tiempo de evolución de 6 meses o más, ser derechohabientes del IMSS, autorización, participación y firma de consentimiento informado por escrito. (Anexo 1).

Se consideraron **criterios de exclusión:** Pacientes que presentaron alteración neurológica o psiquiátrica asociada. **Criterios de eliminación:** pacientes abandonaron el estudio, que no realizaron el programa domiciliario, que presenten complicaciones de cualquier tipo.

Se entrevisto a los padres y pacientes, para explicar el objetivo del estudio. Posteriormente acudieron con la investigadora previa cita, se realizo la captación de los datos generales del paciente en formato de captación (Anexo 2). Se elabora historia clínica pediátrica dirigida enfatizando escolaridad, signos clínicos de inatención, impulsividad, hiperactividad, dislexia y disgrafía (Anexo 4). Se les aplico cuestionario de calidad de vida (Anexo 5). Se envían a cita con psicología para valoración con el WISC-R-Español que determina cociente de inteligencia, edad mental y edad escolar.

Tamaño de muestra: Se estimo y agrupo a los pacientes por un muestreo por conveniencia no probabilístico de casos consecutivos. Durante el periodo comprendido del 1º de junio al 31º de julio del 2007.

Descripción del estudio: De los pacientes derivados se formaron dos grupos: experimental y control. En ambos grupos se elaboro historia clínica pediátrica con valoración dirigida a signos clínicos de inatención, impulsividad, hiperactividad, dislexia y disgrafía, se aplico cuestionario de calidad de vida al inicio y al final de las sesiones de tratamiento, recibieron valoración por psicología y se les otorgo platica informativa acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad sobre causa, evolución, sintomatología clínica, pronostico y tratamiento específico haciendo

énfasis en la importancia de la participación familiar para el manejo de estos pacientes y los beneficios de tener un programa de manejo rehabilitatorio integral multidisciplinario.

El grupo experimental recibió 10 sesiones de terapia del lenguaje indicados por el medico especialista en Comunicación Humana con ejercicios de punto y modo de articulación, orofaciales, masoterapia, estimulación perceptual múltiple, esquema corporal, relaciones espaciales y vocabulario por campos semánticos, 10 sesiones

de terapia ocupacional indicados por la investigadora: coordinación visomotriz con discriminación figura-fondo, relaciones espaciales arriba-abajo, derecha-izquierda, adelante-atrás, manejo de esquema corporal y función, de la atención, coordinación motora gruesa, fina y la conducta con actividades lúdicas con rompecabezas y memoramas, canto y baile, juegos de pelota.

El grupo control recibió 10 sesiones de terapia del lenguaje indicados por el médico especialista en Comunicación Humana con ejercicios de punto y modo de articulación, orofaciales, masoterapia, estimulación perceptual múltiple, esquema corporal, relaciones espaciales y vocabulario por campos semánticos.

Después de cada sesión de tratamiento se orientó en ambos grupos sobre las actividades complementarias que deben continuar en su domicilio mínimo 2 veces más durante el día y 3 veces más el día que no acudieron a terapia, preguntándose al inicio de cada terapia si realizaron o no el programa domiciliario.

La sabana de datos realizó por medio de Software para Windows "SPSS" dentro de una hoja de cálculo.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante estadística descriptiva con determinación de porcentajes, promedios y rangos, se utilizó estadística inferencial para determinar los cambios entre el inicio y final del tratamiento mediante la prueba U de Mann Whitney para cada grupo y se compararon los resultados entre los 2 grupos con la prueba de Wilcoxon, con un nivel de confianza del 95% y alfa del 0.05.

Se trabajó acorde a los principios éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no hubo riesgo al realizar el estudio y se aumentaron los beneficios con los resultados obtenidos.

MEDICION DE LAS VARIABLES.

1. Variables independientes:

- Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad de 5 a 9 años.
- Medicina de Rehabilitación.
- Comunicación Humana.

2. Variables dependientes:

- Calidad de vida en el paciente con TDAH.
- Coeficiente intelectual, edad mental y edad escolar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variables independientes:

a). TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

Definición conceptual: Es un problema de falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o alguna combinación de éstos.

b). COMUNICACIÓN HUMANA.

Definición conceptual: Fenómeno inherente a la relación grupal de los seres vivos por medio del cual éstos obtienen información acerca de su entorno y de otros entornos y son capaces de compartirla haciendo partícipes a otros de esa información. La comunicación es de suma importancia para la supervivencia de especies gregarias, pues la información que ésta extrae de su medio ambiente y su facultad de transmitir mensajes serán claves para sacar ventaja del modo de vida gregario

c). MEDICINA DE REHABILITACION.

Definición conceptual: Rama de la medicina que se encarga del manejo multidisciplinario e interdisciplinario de la salud y el funcionamiento de una persona, tratar las estructuras y funciones corporales con deficiencia (estrategia de tratamiento), superar las deficiencias de las funciones corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación (estrategia de rehabilitación). Prevenir nuevos síntomas y discapacidades (estrategia de prevención).

Variables Dependientes:

CALIDAD DE VIDA.

Definición conceptual: el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento y/o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción.

Definición operacional: Cuestionario de 12 preguntas con respuesta afirmativa o negativa con puntuaciones afirmativas que clasifica: mala 0-4 puntos, regular 5-8 y buena 9-12.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica, nominal.

COEFICIENTE INTELECTUAL

Definición conceptual. Todas las escalas de inteligencia la consideran por la evaluación de las habilidades mentales del sujeto o de sus capacidades intelectuales en general. Este coeficiente intelectual, indica el grado mediante el cual el sujeto se desvía por arriba o por abajo del rendimiento promedio de los individuos del grupo de su misma edad.

Definición operacional: clasificación de inteligencia: 130 y por encima Muy superior; 120-129 Superior; 110-119 Arriba del normal (Brillante); 90-109 Normal; 80-89 Abajo del normal (Torpe); 70-79 Limítrofe; 69 y hacia abajo Deficiencia mental

Tipo de variable: cualitativa, nominal.

EDAD MENTAL.

Definición conceptual: La edad mental es un recurso aritmético para calificar las subescalas en términos de años y meses y un método para igualar y comparar las puntuaciones tal manera que cuando la puntuación obtenida del niño promedio sea trasformada en una anotación numérica en años y meses, esta sea igual a la edad cronológica.

Definición operacional: WISC-R-Español que determina edad mental.

Tipo de variable: cualitativa, nominal

EDAD ESCOLAR.

Definición conceptual: Todas las escalas la consideran por la evaluación de las habilidades del sujeto o de sus capacidades intelectuales en general, designa estas edades asociadas a puntuaciones.

Definición operacional: WISC-R-Español que determina edad escolar.

Tipo de variable: cualitativa, nominal

RESULTADOS.

En el presente estudio se captaron 14 pacientes, los cuales fueron divididos en 2 grupos de 7 pacientes cada uno y distribuidos de la siguiente manera: Grupo experimental con 4 pacientes de 5 años y 3 pacientes de 6 años, rango de 5-6 y media de 5.42 años; Grupo control con 2 pacientes de 5 años, 1 paciente de 6 años, 1 de 7, 2 de 8 y 1 de 9, con rango de 5-9 años y media de 6.85. Grafica 1.

La distribución por genero presento: 5 masculinos (71.42%) y 2 femeninos (28.57%) para cada grupo. Grafica 2.

En relación al cuestionario de calidad de vida inicial en el grupo experimental fue de 1 paciente con mala (14.28%), 2 con regular (28.57%) y 4 con buena (57.14%). La cual se modifico al final, los 7 pacientes con buena (100%), con valor de $p=0.024$, estadísticamente significativo. Grafica 3.

En el grupo control la calidad de vida inicial fue de: 3 pacientes con mala (42.85%), 2 regular (28.57%) y 2 buena (28.57%) la cual al final se modifica con 0 pacientes con mala, 3 con regular (42.85%) y 4 con buena (57.14%), con valor de $p=0.008$, estadísticamente significativo. Grafica 4.

La valoración intragrupo al inicio y final se realizo con la prueba estadística U de Mann Whitney.

El grupo experimental presento mejoría en el 100% de su calidad de vida comparado con grupo control con 57.14%, obteniéndose un valor de $p=0.035$, estadísticamente significativo. Se obtiene el valor de p con la prueba estadística de Wilcoxon.

En el total de la muestra el coeficiente intelectual fue normal en 12 pacientes (85.71%), límite en 1 (7.14%) y bajo en 1 (7.14%). La edad mental normal en 12 pacientes (85.71%), límite y baja en 1 para cada uno (7.14%). La edad escolar fue en 1 paciente normal (7.14%), 11 límite (78.57%) y 1 baja (7.14%). Grafica 5

Las alteraciones del lenguaje y aprendizaje se presentaron de la siguiente manera: dislalias por omisión 14.28%, sustitución 64.28% y por distorsión 21.42%; disgrafías por omisión 21.42% y por sustitución 64.28%; discalculia y paralexias 35.71% cada una del total de la muestra. Distribuidos en la siguiente tabla:

Tabla 1 Alteraciones del lenguaje y aprendizaje en el TDAH.

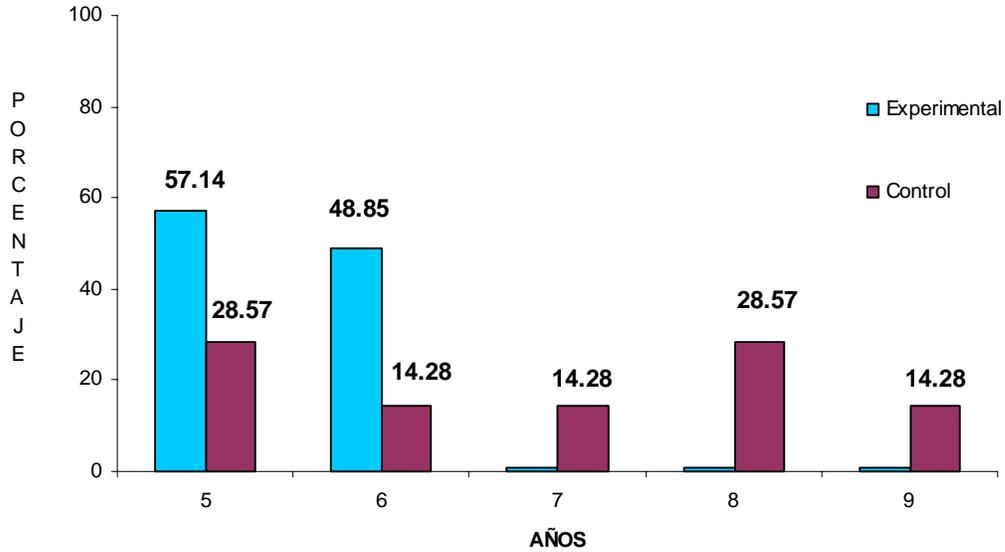
Alteración	Experimental	Control	Total
LENGUAJE			
* Dislalias:			
- Distorsión	2	1	3
-Sustitución	4	5	9
- Omisión	1	1	2
APRENDIZAJE			
* Disgrafías:			
- Omisión	1	2	3
- Sustitución	5	4	9
* Discalculia	2	3	5
* Paralexias	2	3	5

Fuente: HCD-GMK/07

Algunos pacientes presentaron 2 o mas alteraciones de las ya mencionadas.

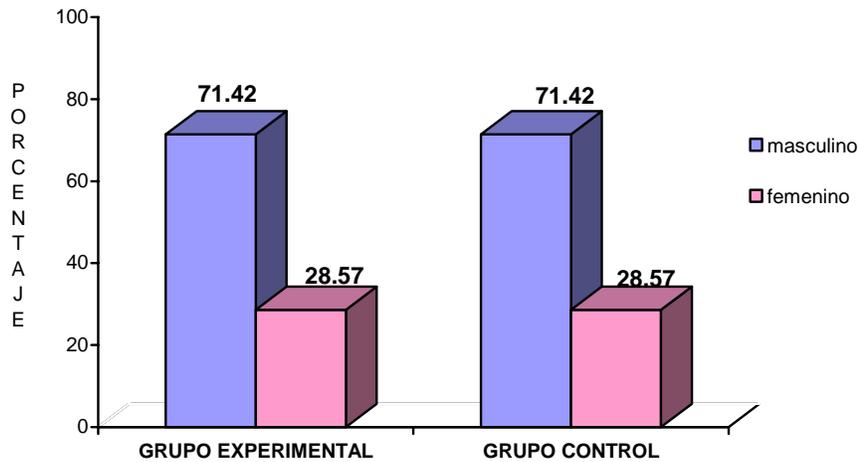
“INTERACCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

Grafica 1. Distribución por edad en grupo experimental y grupo control.



Fuente: HCD-GMK/07

Gráfica 2. Distribución por género

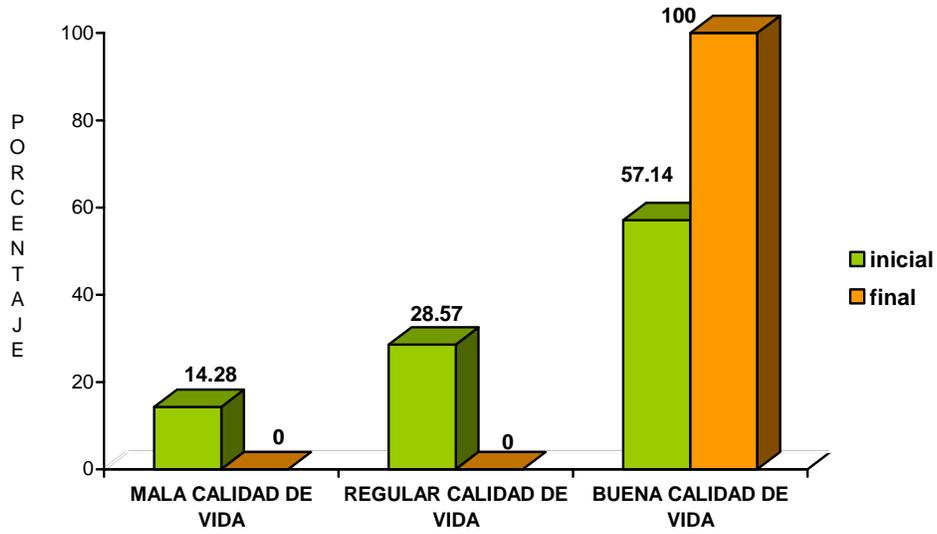


Fuente: HCD-GMK/07

“INTERACCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

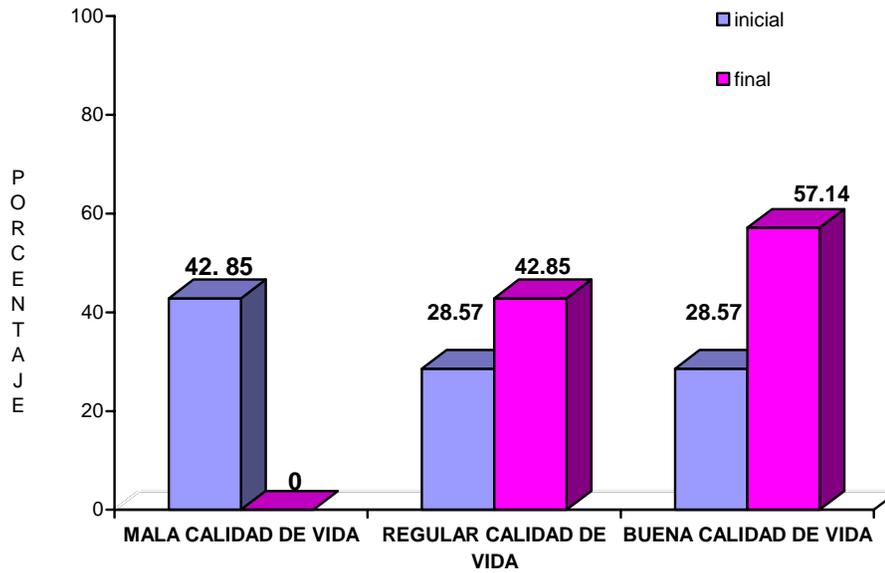
Grafica 3. Calidad de vida al inicio y final en Grupo Experimental.

Valor de p =0.024



Fuente: HCD-GMK/07

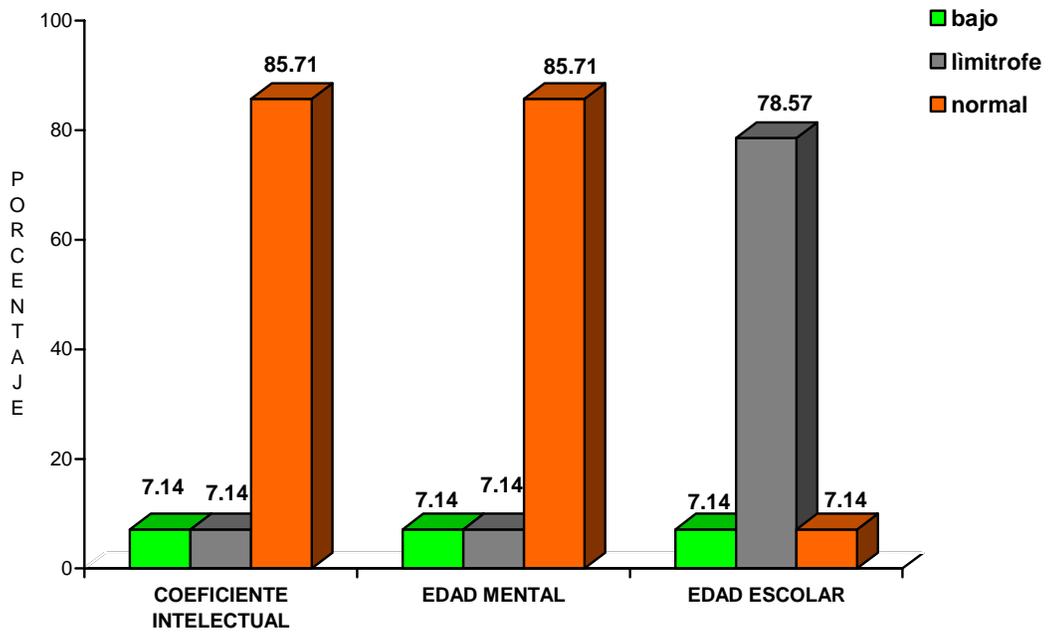
Grafica 4. Calidad de vida al inicio y final en Grupo Control.
Valor de p =0.008



Fuente: HCD-GMK/07

“INTERACCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

Grafica 5. Prueba de WISC R: Coeficiente intelectual, edad mental y edad escolar global.



Fuente: HCD-GMK/07

DISCUSION

En el presente trabajo se encontró que la calidad de vida de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejoró en un 100% de los pacientes al interactuar en su tratamiento con Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana (grupo experimental), en cambio fue de un 57.14% en aquellos pacientes en los que participo el servicio de Comunicación Humana (grupo control), estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura por Beltrán, Mulas y Eiriz.^(12,13,14)

El manejo interdisciplinario en el ámbito medico, social, educativo y familiar mejora la calidad de vida del paciente y su familia, resultados que concuerdan con los hallazgos del presente estudio.^(12,13 y 14)

En los resultados también encontramos que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es heterogéneo y con frecuencia coexiste con otras alteraciones, como trastornos del lenguaje y el aprendizaje, similares a estudio publicado por Idiazabal.⁽⁷⁾ Se corrobora la heterogeneidad semiológica de las alteraciones del lenguaje y aprendizaje. Según lo comentado en la literatura reportada por Lopera.⁽⁸⁾

Hasta la fecha este es el primer estudio realizado en nuestra unidad que identifica el tipo de alteraciones del lenguaje y aprendizaje asociadas en los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Encontramos que las más frecuentes de las alteraciones del lenguaje son las dislalias por sustitución así como del aprendizaje que son disgrafías por sustitución, estos resultados coinciden con lo publicado por Carboni y Mulas.^(12, 16)

La forma mas adecuada de manejar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es con un enfoque biopsicosocial que tome en cuenta los distintos contextos: familiar, escolar y social en los que interactúa el niño. Se deben realizar intervenciones en el hogar y la escuela con criterios individualizados según se requiera. Informar a familiares y al propio niño, para que se eliminen los mitos y las atribuciones negativas al trastorno que afecta la economía familiar en múltiples terapias.

CONCLUSIONES

La interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana en los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), mejora la calidad de vida, coordinación motora gruesa, fina, atención cognitiva, conducta y rol social.

El manejo interdisciplinario, oportuno, continuo, eficiente y de calidad aumenta la posibilidad de que se alcance el máximo desarrollo potencial logrando mejorar la calidad de vida.

Se identifico que los pacientes tienen un coeficiente intelectual y edad mental normal, acorde a la edad cronológica.

La mayoría presentan datos de inmadurez neurológica pero sin deterioro mental que limite la participación en sus actividades de la vida diaria y su integración biosicosocial.

Se encontró que presentan algún tipo de alteración del lenguaje y/o aprendizaje, siendo las más frecuentes dislalias y disgrafías por sustitución.

SUGERENCIAS

Se sugiere que la interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana sea permanente en el tratamiento de los pacientes con TDAH y alteraciones del lenguaje y aprendizaje asociadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Montes C. M. L: Calidad de vida. Rev. Méx. Med. Fís. Rehab. 2006; 18:5-6.
 2. Devesa G. I: ¿Y que con la rehabilitación social?. Rev. Méx. Med. Fís. Rehab. 2005; 17:98.
 3. Lopera F., Gildardo M., y col. Relaciones entre el trastorno específico del desarrollo del lenguaje y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Boletín electrónico No. 6 del APDA, Diciembre del 2004.
 4. De la Peña F: Nuevas perspectivas clínicas en el trastorno por déficit de atención, Inst. Méx. Psiquiatría, 1998;9:40-41.
 6. De la Peña F.: El trastorno por déficit de atención, con hiperactividad (TDAH). Rev. Fac Med UNAM 2000;43;6 : 243-244.
 7. Idiazabal A., Guerrero D., y col. Procesamiento del lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Neurol 2006;42; S029.
 8. Lopera F., Gildardo M., y col. Relaciones entre el trastorno específico del desarrollo del lenguaje y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Boletín electrónico No. 6 del APDA, Dic. 2004.
 9. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000; 105(5). 1158-1170.
 10. Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents by Russell A. Barkley, Ph.D. New York: The Guilford Press, 1995.
-
1. Milla R. M.G. Atención temprana de las dificultades de aprendizaje. Rev. Neurol 2006; 42:S153

12. Mulas D. y col. El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. Rev. Neurol 2006; Vol.42: S103
13. Eiris P., Gómez L. M. y col. Aspectos relacionados con el desarrollo de la conducta y la socialización con mención a sus nexos con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Neurol 2006, Vol. 42: S063
14. Beltrán R. Neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Hospital ABC. 2006;2: 23-37.
15. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disaorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000
16. Carboni R. A., Del Río G. D. y col. Bases neurobiológicas de las dificultades de aprendizaje. Rev. Neurol. 2006 Vol. 42 (Supl 2):S171-S175.
17. Valencia G. Detección de alteraciones en el desarrollo psicomotor y aplicación de un programa de rehabilitación en pacientes pediátricos portadores de inmunodeficiencia primaria. Tesis UNAM-IMSS. 2005
18. Calidad de vida del cuidador del niño asmático. Gaceta Medica v.120 n.2 México mar.abr.2004
19. Swaiman, KG. Neurología Pediátrica. Principios y prácticas. 2da edición, editorial Mosby-Doyma. Capitulo 27 Vol 1; Madrid, España. 1996: 481-500
20. Wechsler D. Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar. Editorial El Manual Moderno. 1981

21. Campbell, OA. Trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. Bol Clin Hosp Infant Edo
Son 2000, 17:49-67

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a _____ de _____ del 2007.

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente yo _____ autorizó libre y voluntariamente a mi hijo (a) a participar en el protocolo de investigación titulado **“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”**. El cual se realizara a derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. El objetivo de este estudio es: Comparar la calidad de vida en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) manejados con interacción de Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana y con solo Comunicación Humana, valorar el desarrollo psicomotor, déficit de atención, la edad mental, el cociente de inteligencia y la edad escolar que presentan los pacientes e informar acerca del manejo integral de estos pacientes a sus familiares con la finalidad de lograr mejorar su calidad de vida.

Se me ha explicado que para realizar el estudio se realizaran pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados, consistirán en que se realice una historia clínica, valoración con las pruebas correspondientes por psicología y un tratamiento a base de programa de terapia del lenguaje y terapia ocupacional con el fin de mejorar su lenguaje, déficit de atención, hiperactividad y coordinación motriz.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de la presente investigación en el momento que lo desee. En el caso de que decidiera retirar a mi hijo (a), la atención que como paciente recibo en esta institución no se vera afectada. La investigadora me ha dado seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que obtenga del estudio.

Familiar responsable. Nombre y firma: _____.

Nombre del investigador: Dra. Korinthia Goretí Gallardo Mariscal. Firma: _____.

**“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN
HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.**

ANEXO 2

FORMATO DE CAPTACIÓN

Fecha: _____

No. Progresivo: _____

Nombre: _____

Afiliación: _____

UMF: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Diagnóstico de envío: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____

Nombre del padre o madre: _____

DRA. KORINTHIA GORETI GALLARDO MARISCAL.

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE REHABILITACION.

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

ANEXO 3

ENVÍO PARA INGRESAR A PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Realizado por:

DRA. KORINTHIA GORETI GALLARDO MARISCAL.

Médico residente de tercer año de la especialidad de medicina de rehabilitación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación región norte.

Nombre: _____

Afiliación: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Teléfono: _____

Favor de depositar esta hoja en el buzón del consultorio no.4, ahí esperar a ser atendidos, horario: matutino 8:00 -13:00hrs, vespertino 15:00-18:00 hrs. de lunes a viernes.

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

ANEXO 4

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

FECHA:_____

PACIENTE:_____ . EDAD:_____

AFILIACION:_____ . SEXO:_____

DIAGNOSTICO:_____

NOMBRE DE LA MADRE O PADRE:_____

UMF:_____ . DIRECCION:_____

TELEFONO:_____ .

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

MADRE: EDAD:_____ OCUPACION:_____

ESCOLARIDAD:_____ ESTADO CIVIL:_____

TOXICOMANIAS:_____ ESTADO DE SALUD:_____

PADRE: EDAD:_____ OCUPACION:_____

ESCOLARIDAD:_____ ESTADO CIVIL:_____

TOXICOMANIAS:_____ ESTADO DE SALUD:_____

HERMANOS (A) (S): EDAD:_____ ESCOLARIDAD:_____

ESTADO DE SALUD:_____ .

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

CASA-HABITACION:_____

HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS:_____

ANTECEDENTES PERINATALES:

PRODUCTO DE GESTA:_____ EMBARAZO PLANEADO:_____ DESEADO:_____

CONTROL MEDICO:_____

COMPLICACIONES:_____ TRATAMIENTO MEDICO:_____

OBTENIDO POR:_____ APGAR:_____ TERMINO:_____

PESO:_____ TALLA:_____ .

COMPLICACIONES DURANTE EL NACIMIENTO:_____

ESQUEMA DE VACUNACION:_____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

HOSPITALIZACIONES, QUIRURGICOS, ANESTESICOS, ALERGICOS, TRAUMATICOS, TRASFUSIONALES:_____

DX: _____

EDAD: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR:

CONTROL CUELLO: _____ RODAMIENTOS: _____ SEDESTACION: _____

ARRASTRE: _____ GATEO: _____ BIPEDESTACION: _____

MARCHA: _____ SONRISA SOCIAL: _____ BALBUCEOS: _____

MONOSILABOS: _____ BISILABOS: _____

PADECIMIENTO ACTUAL:

PRESENTA ALTERACIONES DEL LENGUAJE: SI / NO

DE QUE TIPO?

PRESENTA ALTERACIONES DEL APRENDIZAJE: SI / NO

PACIENTE DEL SEXO _____ DE _____ DE EDAD, EL (LA) CUAL INGRESA
A ESTA UNIDAD DE REHABILITACION PARA VALORACION.

EXPLORACION FISICA:

ANTROPOMETRIA:

PESO: _____ TALLA: _____ PC: _____

APARATO RESPIRATORIO

APARATO CARDIOVASCULAR

APARATO GENITOURINARIO

APARATO DIGESTIVO

APARATO LOCOCOMOTOR

DIAGNOSTICO: _____

PLAN.

DRA. KORINTHIA GORETI GALLARDO MARISCAL.

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA DE REHABILITACION.

“INTERACCION DE MEDICINA DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DE 5 A 9 AÑOS”.

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (AQLA) EN EL PACIENTE CON TRASTORNO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para determinar las limitaciones de actividades y su calidad de vida del niño con TDAH y su familia se utiliza el siguiente cuestionario de preguntas:

1. ¿Ha recibido información previa acerca del problema de su hijo?

SI _____ NO _____

2. ¿Conoce usted de que manera va a ayudar a su hijo?

SI _____ NO _____

3. ¿Considera importante la participación de la familia en el tratamiento del paciente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

SI _____ NO _____

4. ¿Ha recibido apoyo de su familia en este problema de su hijo?

SI _____ NO _____

5. ¿El trastorno por déficit de atención con hiperactividad de su hijo ha afectado el trabajo o las labores domésticas de usted?

SI _____ NO _____

6. ¿Algún familiar padece este mismo problema que su hijo?

SI _____ NO _____

Sobre la función emocional se utilizaron las preguntas:

7. ¿Se ha sentido impotente cuando le informan que su hijo no tiene adecuado aprovechamiento escolar?

SI _____ NO _____

8. ¿Su hijo ha sido aislado o rechazado en su entorno social por este problema?

SI _____ NO _____

9. ¿Su hijo tiene problemas para relacionarse con otras personas?

SI _____ NO _____

10. ¿Le molesta acerca de cómo desempeña su hijo las actividades normales diarias?

SI _____ NO _____

11. ¿Usted sobreprotege a su hijo?

SI _____ NO _____

12. ¿Considera que el tratamiento que ha recibido su hijo le ha ayudado a mejorar?

SI _____ NO _____

Se explica en forma detallada cómo contestar el cuestionario, considerando las dos opciones de respuesta que contiene cada pregunta. Este cuestionario se aplicara al inicio y al final de la valoración.

DRA. KORINTHIA GORETI GALLARDO MARISCAL.

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA DE REHABILITACION.