



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ” DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE**

**“EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE DEL
LENGUAJE EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERQUINESIA EN EDAD DE 4 A 8 AÑOS, TRATADOS CON
CARBAMAZEPINA O METILFENIDATO”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

PRESENTA

DRA. LILIA RAMÍREZ RAMÍREZ



MÉXICO DF, 2015



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”, DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE**

**“EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIA EN EDAD DE 4 A 8 AÑOS, TRATADOS
CON CARBAMAZEPINA O METILFENIDATO”**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NÚMERO DE REGISTRO R-2014-34011-1

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Director Médico en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal, IMSS

DRA. HERMELINDA HERNÁNDEZ AMARO

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal, IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”, DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE**

**“EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIA EN EDAD DE 4 A 8 AÑOS, TRATADOS
CON CARBAMAZEPINA O METILFENIDATO”**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NÚMERO DE REGISTRO R-2014-34011-1

PRESENTA

DRA. LILIA RAMÍREZ RAMÍREZ

Médico residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur

TUTOR E INVESTIGADOR RESPONSABLE

DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Director Médico en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal, IMSS

ASESOR

DRA. HERMELINDA HERNÁNDEZ AMARO

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal, IMSS

DEDICATORIA.

A MIS PADRES: Por inculcarme el amor a mi prójimo,
el respeto a mis hermanos y sobre todo:
el valor a la vida.

A MI PEQUEÑA HIJA LILI: Quien con el amor incondicional de un hijo
ha sido mi pilar en las buenas y en las malas.
Quien me alienta para continuar y le da
Sentido a mi vida.

A MI NIÑO JOSHUA: Quien con su presencia, ha llenando de alegría
mi corazón. Bendito seas.

A ROBERTO REA: Agradeciéndote siempre el
apoyo, ser amigo y compañero
de vida cuando lo necesité.

A LA DRA. GEORGINA HERNÁNDEZ: Porque la amistad no solo se
da de palabra sino con
hechos.
Gracias por ser mi amiga.

AGRADECIMIENTOS

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y A TODO EL PERSONAL QUE LO CONFORMA DENTRO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS, QUIENES NOS RECIBEN SIEMPRE CON TODA LA DISPOSICIÓN PARA LA ENSEÑANZA.

A TODO EL PERSONAL QUE INTEGRA LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SUR. Ya que todos y cada uno de ellos participa en nuestra formación.

AL SERVICIO DE COMUNICACIÓN HUMANA UMFRRS: En especial al Dr. Adolfo Hernández G., al personal de terapia del lenguaje por su gran labor de equipo.

AL PERSONAL DE PSICOLOGÍA UMFRRS. Agradeciendo a las Licenciadas en Psicología por el empeño y su invaluable apoyo, amplia experiencia e inagotable paciencia en el tratamiento de los pacientes.

ÍNDICE:

	Pág.
TÍTULO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
HIPÓTESIS	3
ANTECEDENTES	4
MATERIAL Y MÉTODOS	11
TIPO DE ESTUDIO	12
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	14
FÓRMULA PARA DETERMINACIÓN DE MUESTRA	15
RECOPIACIÓN DE DATOS	16
CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
RESULTADOS	18
ANEXOS	
CONCLUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	20

TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIA EN EDAD DE 4 A 8 AÑOS, TRATADOS CON CARBAMAZEPINA O METILFENIDADO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿LA EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS DE EDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIA ES MEJOR CON CARBAMAZEPINA O CON METILFENIDATO?

HIPÓTESIS:

LOS PACIENTES DE 4 A 8 AÑOS DE EDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERQUINESIA PRESENTAN UNA MEJOR EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE CUANDO SON TRATADOS CON CARBAMAZEPINA O CON METILFENIDATO.

ANTECEDENTES.

El síndrome orgánico cerebral es uno de los desórdenes de conducta a los que se enfrenta el Paidopsiquiatra y del cual su diagnóstico es basado principalmente en la signología del paciente y que requiere además un minucioso examen neurológico, ya que dicha patología no siempre se encuentra acompañada de un claro cuadro clínico constante, debido a que se puede encontrar una variada gama de desórdenes asociados como son alteraciones en el aprendizaje, cuadros de agresividad, depresión, angustia o alteraciones de la conciencia en forma parcial o total.

Este síndrome orgánico cerebral es también conocido como Síndrome de disfunción cerebral mínima el cual se caracteriza por hiperactividad, alteraciones en la coordinación motora así como deficiencia para lograr atención; todo este cuadro lleva a su vez al paciente que lo adolece de repercusiones para la comprensión de su persona, de su entorno la adaptación adecuada a su medio ambiente familiar, escolar y social.

Se considera que del 1 al 5% de los niños tiene cuadros de hiperactividad pero aproximadamente el 4% se ha calculado que cursan con déficit de atención e hiperactividad.

Aunque la cantidad se considere mínima, las repercusiones, la evolución y el impacto familiar son grandes. Los niños que cursan con cuadros de déficit de atención e hiperactividad son generadores de problemática familiar, escolar y social; son un reto para el médico Psiquiatra, Psicólogos, maestros y para sus padres ya que su control suele ser difícil y a largo plazo.

Por esta razón, dentro del servicio de Comunicación Humana la población infantil con alteraciones del aprendizaje y/o con alteraciones del lenguaje son un grupo importante a seguir, ya que para su integración a su medio es necesaria la intervención multidisciplinaria para lograr romper retos y lograr metas.

Para que un individuo logre un adecuado aprendizaje de las disciplinas necesarias para su vida es indispensable **la atención** para la comprensión, por esta razón se han integrado al tratamiento del niño con esta patología una serie de fármacos con la intención de mejorar su conducta controlando las alteraciones

con las que cursan ya que sin este valioso apoyo terapéutico sería muy complicado lograr avances dentro de los objetivos en las diferentes disciplinas.

Por tal motivo, dentro del presente estudio se pretende analizar la evolución del paciente con déficit de atención e hiperactividad en busca de corroborar que dichos fármacos cumplen con el objetivo para lo que se prescriben, tomando en cuenta lo difícil del control y el mantenimiento de los óptimos resultados que se esperan obtener. Siendo el lenguaje una herramienta de valoración para observar dicha evolución.

SINÓNIMOS.

El síndrome de disfunción cerebral mínima también es llamado Reacción hipercinética de la infancia, Síndrome hiperquinético, Síndrome del niño hiperactivo, Lesión cerebral mínima, Disfunción cerebral mínima y Disfunción cerebral menor.

Comprende fundamentalmente un trastorno de conducta que genera cambios desfavorables tanto en el ambiente familiar como el escolar.

PREVALENCIA

Se estima una incidencia en E.U. de 4% de los niños en edad escolar son hiperquinéticos, pero es probable que 1 a 5% de los niños en edad escolar primaria exhiban un Síndrome de hiperactividad que merecen un diagnóstico puro. (1)(3).

Existe una proporción mayor en niños que en niñas con relación de 10 a 1, siendo más común en niños primogénitos (2).

ETIOPATOGENIA.

Se considera que el 70 a 80% de los casos se deben a factores paranatales, mismos que afectan al producto durante el parto y pueden producir alteraciones en la estructura cerebral.

Del 10 al 15% se consideran como causantes los factores prenatales y el resto a otros factores que afectan en los primeros meses de vida después del nacimiento.

Otros autores atribuyen este trastorno a causas de tipo genético (2) y hereditarios(5).

Dentro de los factores prenatales se encuentran padecimientos infecciosos que se presentan durante los primeros meses de vida tales como sarampión, rubeola, encefalitis, meningitis; otras causas son traumatismos craneanos, neoplasias cerebrales, anoxias accidentales, etc.

Dentro de los factores paranatales se encuentran padecimientos de la madre que causan anoxia in útero como aspiración de monóxido de carbono, tabaquismo, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, cuadros infecciosos de la madre durante el embarazo. Hemorragias cerebrales del producto causados por toxemia, disturbios metabólicos, etc. (1) (5)

Dentro de las hipótesis los autores proponen que la principal disfunción se localiza en la corteza cerebral y que ésta pierde o disminuye su capacidad de inhibir otras estructuras no corticales al no regularse de manera conveniente el funcionamiento de estos centros, ocurre una desinhibición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas. Laufer, Denhoff y Solomons adoptaron una explicación apoyados en trabajos de Watson Denny-Brown, sosteniendo que debido a la deficiencia de la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve bombardeada por ellos produciendo un exceso de respuesta mal integradas. (1)

DIAGNÓSTICO

Para su diagnóstico debe realizarse una historia clínica completa encaminada a obtener información que nos permita realizar diagnóstico presuncional, así como una exploración física y neurológica. Los estudios de laboratorio y gabinete deben incluirse dentro de la historia, abarcando estudios encefalográficos, aplicación de pruebas psicológicas y psicopedagógicas.

Dentro de las pruebas psicológicas existentes, se encuentran la valoración de facultades específicas y las más utilizada es el Test visomotor de Bender. Pruebas para establecer cociente intelectual se utiliza el Test de matrices progresivas de Raven, El Test de Goodenough y el Weschler Intelligence Scale for Children WISC.

El Test de Bender se aplica a niños que no han asistido a la escuela. Los Test de Marianne Frostig (Test de desarrollo de la percepción visual) es visual) es importante para diagnosticar dificultad del aprendizaje. (1)

El DSM-IV y DSM-III-R conceptualizan para el diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad, con síntomas que incluyen inatención, impulsividad y conducta hiperactiva, ellos proponen 3 subtipos con diferentes grados de cada uno de los síntomas cardinales. (1) (2)

CUADRO CLÍNICO.

La principal sintomatología de esta patología es el Déficit de Atención con hiperactividad que incluyen:

Hiperactividad:

Hiperactividad verbal, hiperactividad con destructividad, trastornos del sueño y agresividad.

Inatención:

Hiperactividad sensorial y distracción.

Irritabilidad:

Conducta impredecible, baja tolerancia a la frustración.

Impulsividad:

Conducta antisocial, enuresis, encopresis, temeridad: se incluye desobediencia patológica, deficiente medición del peligro.

Incoordinación muscular (dispraxia):

Incluye torpeza corporal, disfagia, ineptitud deportiva, disartria, dislalia.

Disforia:

Anhedonia (incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros); **ansiedad, deficiente autoestima.**

Trastornos del aprendizaje:

Problemas visomotores, dislexia, disociación, inversión del campo visual, perseveración, memoria deficiente, pobreza de la imagen corporal.

TRATAMIENTO

El tratamiento está encaminado al manejo en forma multidisciplinaria, tanto como con Psicoterapia, como con Psicofarmacología ya que ésta constituye una parte importante en el manejo, reduciendo la hiperactividad, la inatención y la agresividad, a su vez dando una vía para la actuación de las demás disciplinas que intervienen para su mejor aprovechamiento.

El tratamiento psicológico debe estar orientado a informar a los padres acerca de la patología con un lenguaje sencillo así como prepararlos para el manejo del paciente. Es importante la aceptación por parte de ellos lo referente al diagnóstico y pronóstico para el aprovechamiento de terapias prescritas.

El tratamiento pedagógico está incluido dentro de programas específicos para problemas como paligrafía, disgrafía, dislexia, discalculia las cuales se instruyen en lugares escolares diseñadas para cumplir estos programas, que representan importantes obstáculos para el aprovechamiento escolar. La importante de informar a los padres en una escuela especializada en la enseñanza de la corrección de las deficiencias y la regulación de conductas anómalas para la superación de las mismas y el empleo de dos o tres años para ello.

Debemos enfatizar que el tratamiento farmacológico ***no es un método curativo, sino un recurso que se ofrece al paciente para una mejor adaptación a su medio así como para brindar la oportunidad de mejorar conductas y funciones.***

Así el psiquiatra debe tomar en cuenta para iniciar el uso de fármacos las indicaciones, dosis precisas, datos clínicos del paciente, con una evaluación individual de cada uno de los datos clínicos, justificando el empleo del fármaco a usarse. (1) (6)

Entre los medicamentos utilizados en el tratamiento del niño hiperquinético con déficit de atención se encuentran: Medicamentos antidepresivos tricíclicos como la Imipramina, Desipramina, Amitriptilina, Comipramina.

Inhibidores de la Aminooxidasa: como Moclobenide, Clorgilina Pargilina, Otros: como Floxetine, Venlafaxine, Bupropion.

Antipsicóticos como Clorpromazina, Tioridazina, Mesoridazina, Perfenazina, Haloperidol.

Medicamentos antidepresivos como Clonidina Guanfacina.

Drogas estabilizadoras como el Litio. Drogas ansiolíticas como Hidroxicina, Meprobamate.

Anticonvulsivantes como Difenilhidantoína, Primidona y Carbamazepina con buenos resultados.

Actualmente los Estimulantes son muy utilizados en el Déficit de atención e hiperactividad como son anfetaminas, Pemoline y Metilfenidato. El *Metilfenidato* es un derivado piperidínico relacionado estructuralmente con la antedamina y es un estimulante leve del SNC, parte sus propiedades farmacológicas con la anfetamina quien estimula a nivel cortical y el sistema activador reticular. Tiene un efecto paradójico en niños con Déficit de atención e hiperquinesia ya que

a dosis terapéuticas disminuye la hiperactividad, eleva la autoconfianza y la capacidad de concentración. En recientes investigaciones se ha evaluado su acción mediante Tomografía con Emisión de Positrones revelando su efecto sobre los agentes agonistas-antagonistas de la dopamina quienes son regulados predominantemente en ganglios basales, corteza frontal y temporal.

Encontrando que el medicamento induce cambios variables en el metabolismo cerebral a nivel cortical frontal y temporal así como de ganglios basales así como en la región de cerebelo, siendo éste un regulador de la coordinación y que juega un importante rol en las funciones cognitivas. Por lo que su efecto benéfico es por la activación y regulación del circuito cerebelo-tálamo-frontal. (7) (8)

Efectos colaterales se encuentra inquietud, mareos, temblor, tensión, irritabilidad, debilidad, insomnio, euforia, ansiedad, confusión, delirio, alucinaciones paranoides. Así como tolerancia y dependencia al fármaco.

Las dosis utilizadas en estudios realizados a niños y adolescentes es de 0.3 a 1.0 mg/kg peso/día. Alcanza concentraciones pico en plasma alrededor de 2 hrs. Su vida media es de 1 a 2 hrs.y las concentraciones en el encéfalo exceden a las del plasma. La dosificación inicial recomendada para los niños con Déficit de atención e hiperquinesia es de 5mg dos veces al día. Puede aumentarse en forma gradual en un período de semanas hasta un máximo de 60 mg por día. (9) (10)

Carbamazepina es un agente antiepiléptico, es utilizado en padecimientos epilépticos, así como para reducir alteraciones en pacientes maniaco-depresivos. Tiene una acción sobre los canales de Na⁺ produciendo una inhibición diferencial de las descargas de alta frecuencia en focos epilépticos y alrededor de ellos con una interrupción mínima del tránsito neuronal normal. Actúa como un antagonista en los receptores de adenosina, efecto que puede ser importante en la acción antidepressiva. (11)

La concentración plasmática es observada de 4 a 8 hrs después de la ingestión del fármaco.

Toxicidad: La intoxicación aguda puede causar estupor y coma, hiperirritabilidad, convulsiones, depresión respiratoria. En la terapia prolongada puede causar somnolencia, vértigo, ataxia, diplopía y visión borrosa, así como náusea, vómitos, toxicidad hematológica grave (anemia aplásica, agranulocitosis) así como reacciones de hipersensibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente estudio se efectuó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur en el Servicio de Consulta externa de Comunicación Humana a partir del mes de Julio a Diciembre de 1997.

Se incluyeron niños con diagnóstico de Déficit de atención e hiperquinesia en edades entre 4 a 8 años y que se encuentran en terapia del lenguaje, tratados con Metilfenidato reuniendo un grupo de 4 niños y un grupo de 6 niños tratados con Carbamazepina.

Los recursos humanos con los que se contó son los Médicos de Comunicación humana, el médico residente del tercer año de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, así como personal de terapia del lenguaje, y del servicio de Psicología de la Unidad para la aplicación de los Test visomotriz de Bender y Gelstat.

Los recursos materiales son aquellos con los que cuenta la Unidad de Medicina Física y rehabilitación Región Sur como son sus instalaciones, aulas, consultorios médicos y Psicología, y papelería propia para realizar estudios Psicológicos, historiales clínicos y los utilizados para terapia del lenguaje y Psicoterapia.

Para el rango de medicamentos se administró Carbamazepina a dosis de 100mg cada 12 hrs.

El metilfenidato se administró a dosis de 5 mg dividido en 2 tomas al día.

Las variables dependientes se midieron en 2 ocasiones al inicio y a los dos meses de su ingreso a la terapia dentro de la Unidad.

La medición operacional de las variables impulsividad se tomó en cuenta las características de las mismas tomándose como positivas la aparición de desobediencia patológica, deficiente medición del peligro, perseverancia.

Se valoró como lapsos de atención cortos a menores de 10 minutos y como aceptables más de 10 minutos.

Para la valoración del lenguaje se observó las fallas o alteraciones en el lenguaje, si se encontró corrección de las mismas o la persistencia, así como el resultado de las pruebas psicológicas que nos marcaron retraso en el lenguaje, retraso en el desarrollo psicomotor, personal social, motora gruesa y fina.

Para la recopilación de datos de manejó hoja de base de datos y concentrado.

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, longitudinal, observacional.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente: Escalar, Determinística.

Carbamazepina.

Metilfenidato.

Variable dependiente: Nominales, Aleatorias.

Impulsividad.

Lapsos de atención.

Lenguaje.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de Inclusión:

- **Se incluirán niños con Diagnóstico de Déficit de atención e Hiperquinesia.**
- **Edad entre 4 a 8 años.**
- **Sexo: masculino y femenino.**
- **En tratamiento de terapia del lenguaje en el servicio de Comunicación Humana de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur.**
- **Niños en control con Carbamazepina o con Metilfenidato.**

Criterios de Exclusión:

- **Se excluyeron los niños que presentaban patología asociada como crisis convulsivas.**
- **Niños que se encontraban en tratamiento con 2 o más medicamentos.**
- **Niños que abandonaron el tratamiento.**

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.

$$n = \frac{n^2 q^2}{d^2 (n - 1) + z^2 q^2}$$

RECOPIACIÓN DE DATOS.

Se recabaron los principales datos de la Historia clínica de los pacientes captados en tratamiento dentro del servicio de Comunicación Humana de la UMFRRS, que cuenten con diagnóstico de Déficit de atención e hiperquinesia.

Los datos deben incluir nombre, edad, sexo, antecedentes perinatales, antecedentes patológicos, desarrollo psicomotor, exploración física, evaluación del lenguaje en la primera consulta, conducta inicial en su primer entrevista, medicamentos con los que es tratado.

Se realizó un cuestionario al padre que acompaña al paciente en las terapias, para obtener datos de la evolución del lenguaje y conducta que ha presentado el paciente durante la terapia del lenguaje y conducta que ha presentado el paciente durante la terapia del lenguaje así como de Psicoterapia, teniendo en cuenta el medicamento prescrito.

Se recopiló así mismo las evaluaciones subsecuentes del Médico en Comunicación Humana.

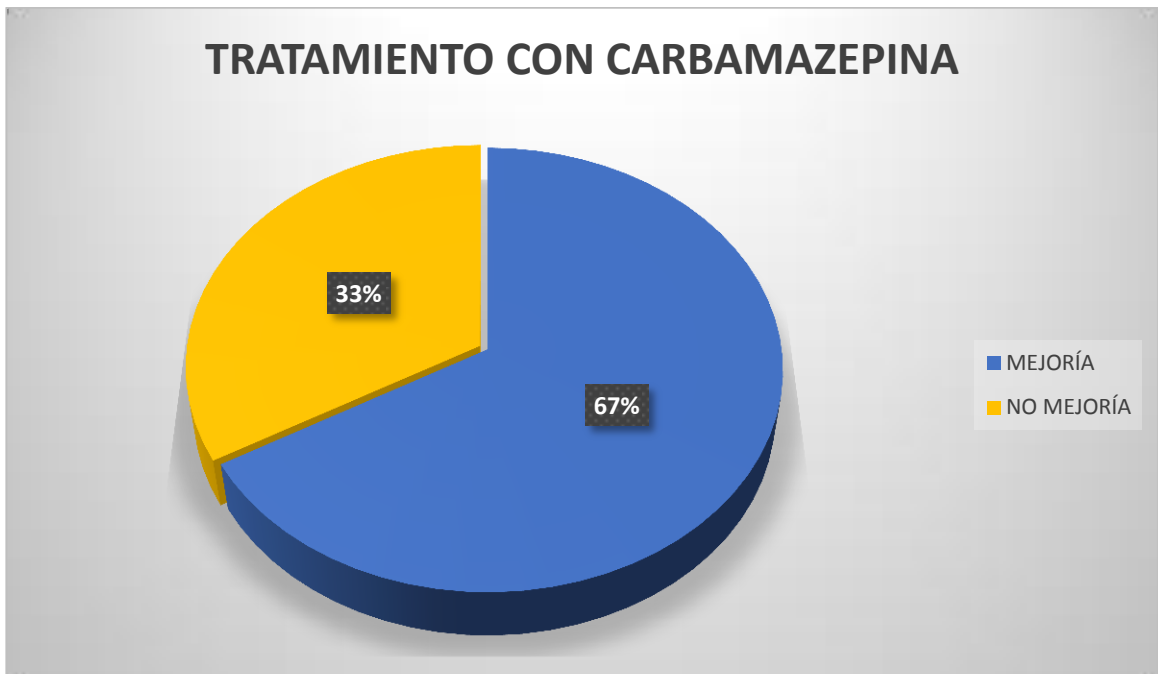
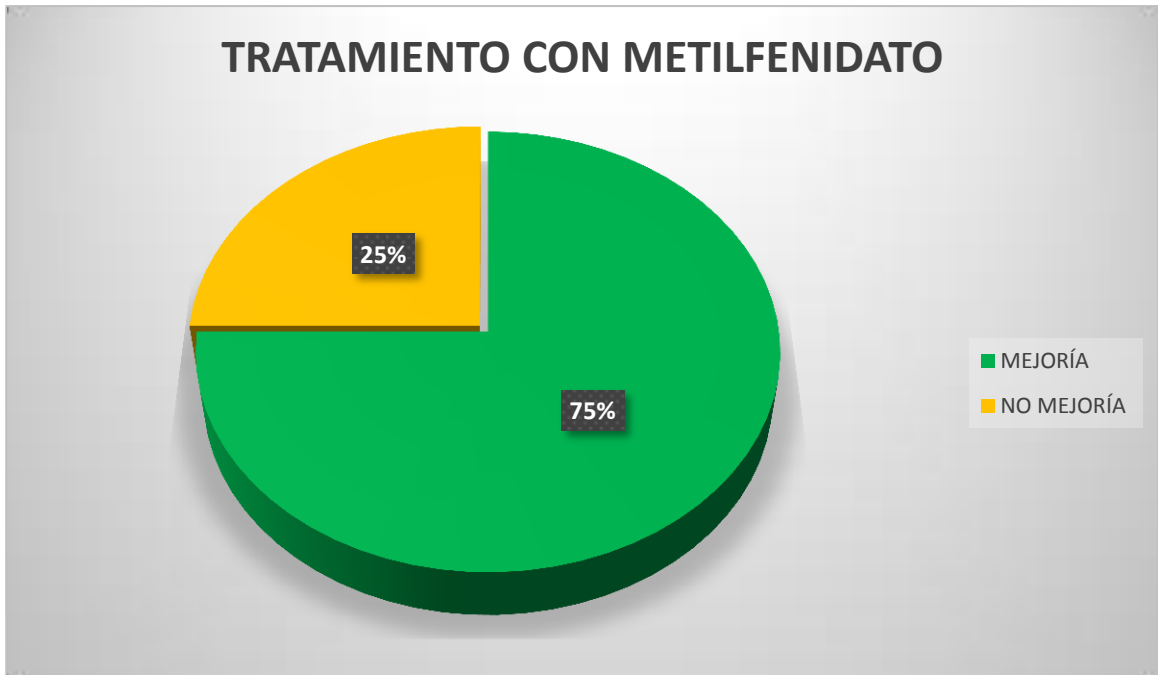
CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio tomó en cuenta las recomendaciones contenidas en la Declaración de Helsinki, modificación de Tokio 1975, que se requiere, sin perjudicar la integridad y salud del paciente.

Así mismo se tomó en consideración la normativa legal que rige la Investigación Nacional y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A N E X O S.

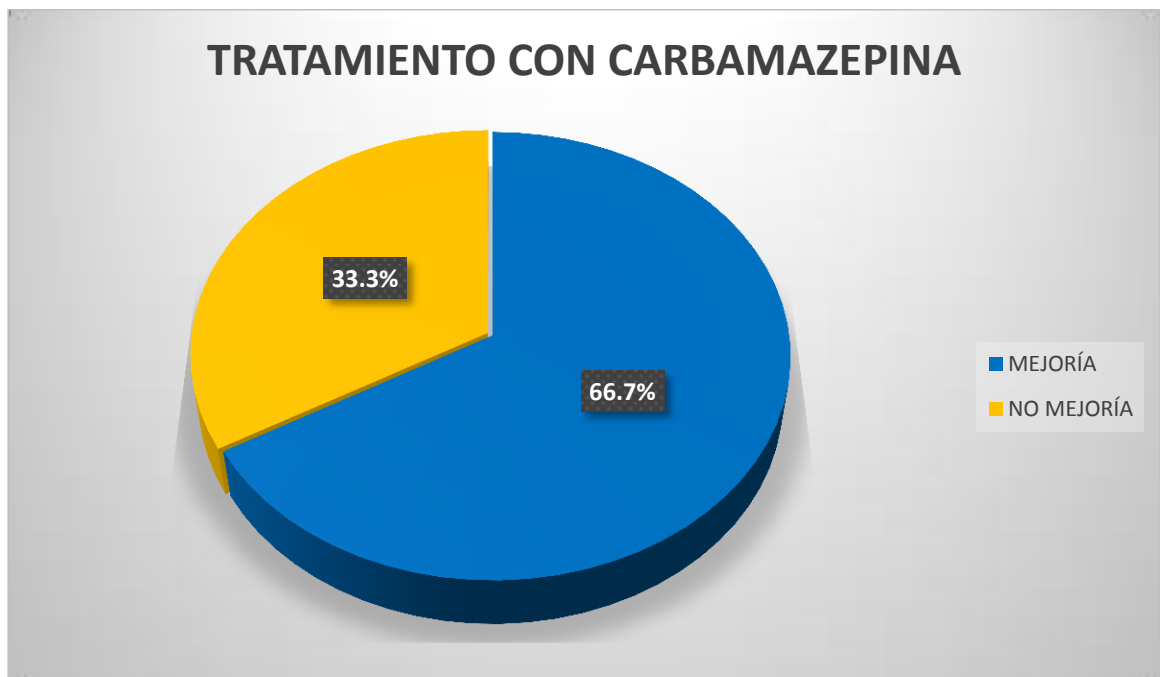
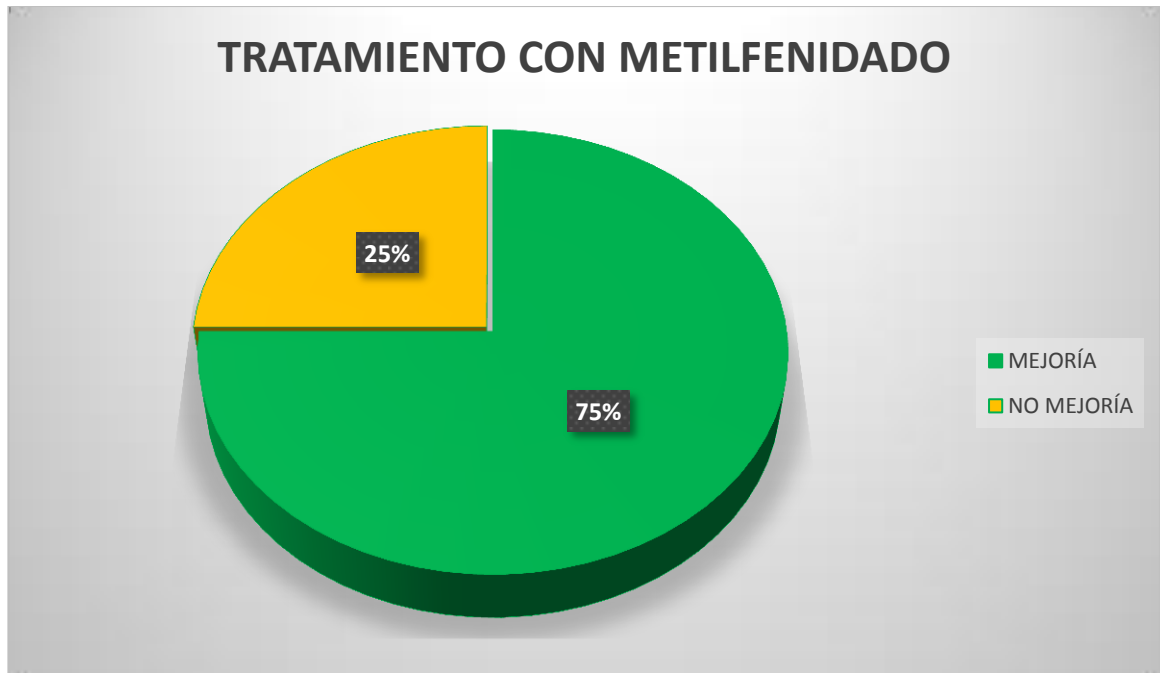
**DÉFICIT DE ATENCIÓN:
CONDUCTA GLOBAL**



GRÁFICA 1

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA

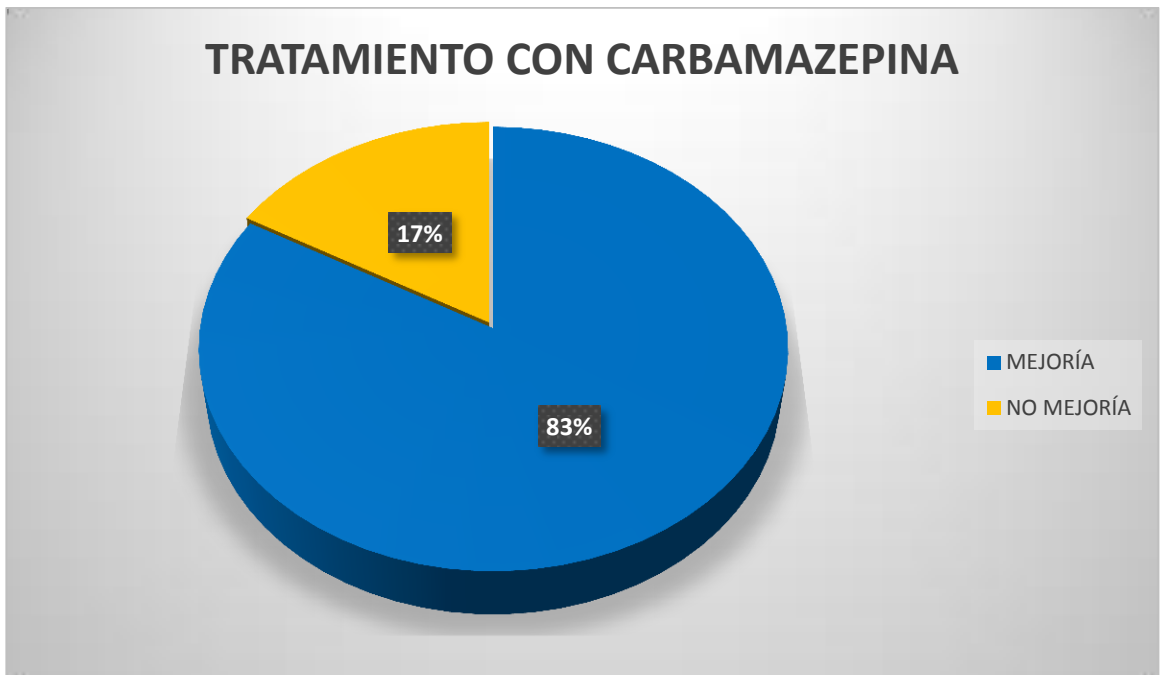
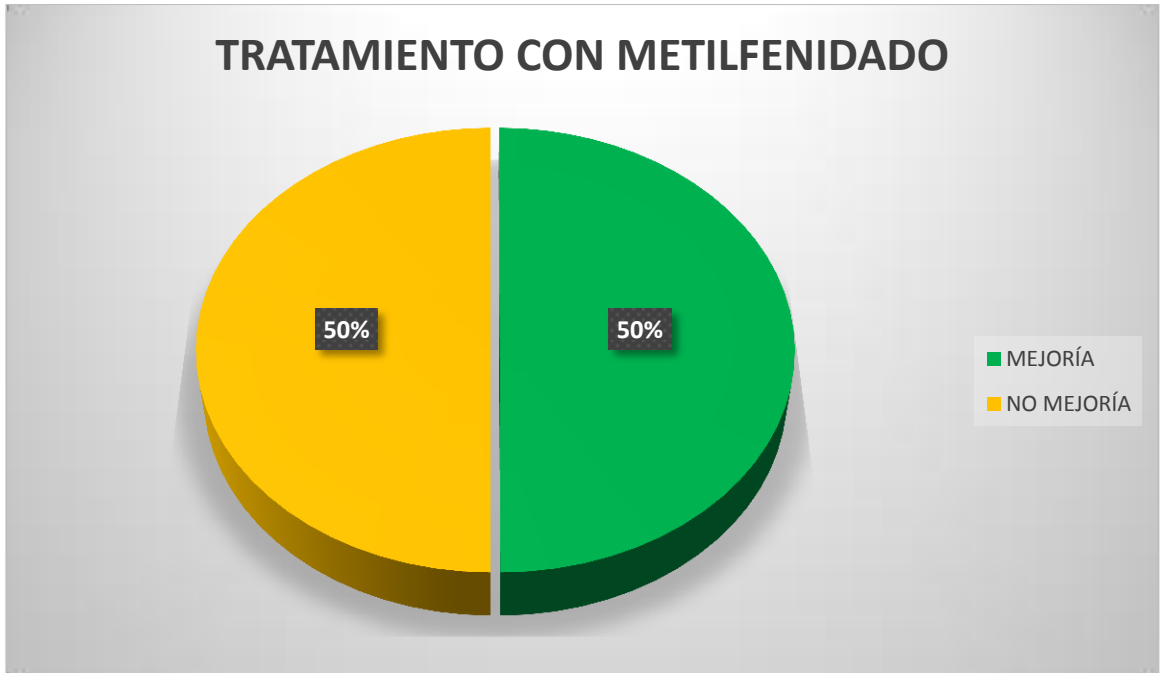
**DÉFICIT DE ATENCIÓN:
LAPSOS DE ATENCIÓN.**



GRÁFICA 2.

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA

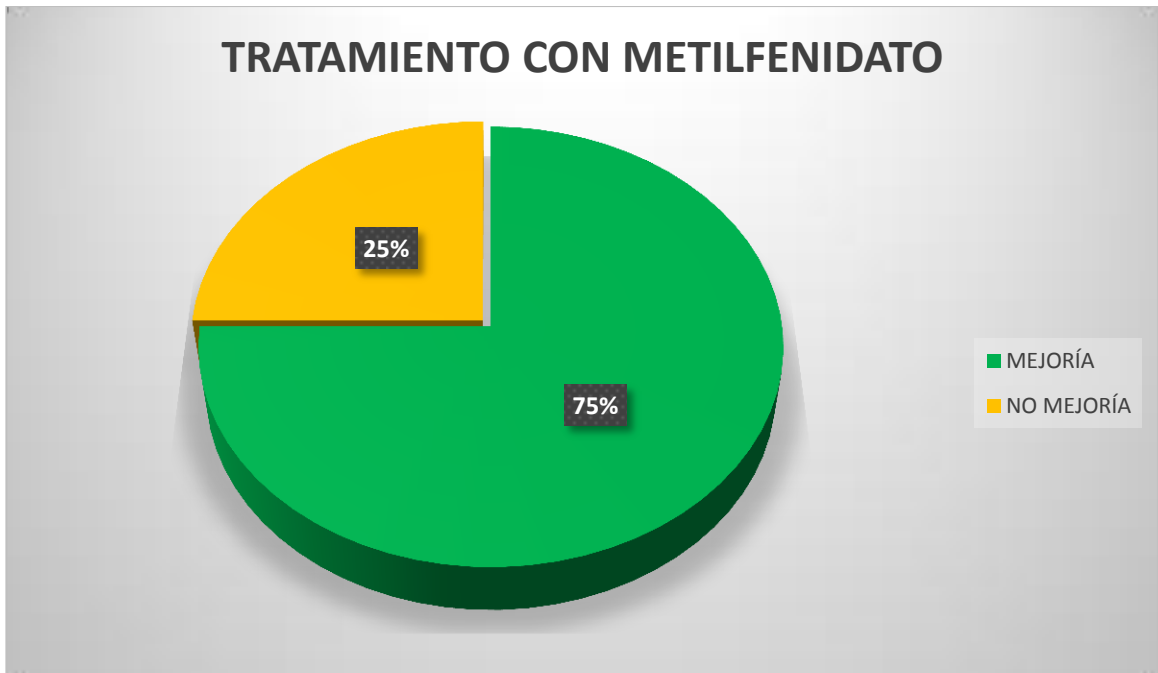
**DÉFICIT DE ATENCIÓN:
AGRESIVIDAD.**



GRÁFICA 3.

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA

**DÉFICIT DE ATENCIÓN:
IMPULSIVIDAD.**



GRÁFICA 4.

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA.

DÉFICIT DE ATENCIÓN: EVALUACIÓN DEL LENGUAJE



GRÁFICA 5.

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA

**TABLA 1. DÉFICIT DE ATENCIÓN
CARACTERÍSTICAS MUESTRALES.**

TRATAMIENTO	n	EDAD	SEXO	NIVEL SOCIOECONÓMICO
METILFENIDATO	4	4 - 8 años.	MASCULINO 3 FEMENINO 1	BAJO 3 MEDIO 1
CARBAMAZEPINA	6	4 – 8 años.	MASCULINO 6	BAJO 6

SERVICIO: COMUNICACIÓN HUMANA UMFRS.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos dentro de la GR, tomando en cuenta impulsividad, lapsos de atención, agresividad y lenguaje se encontró:

Para el grupo tratado con Carbamazepina una mejoría del 66.7% y no mejoría en 33.3%

Para el grupo tratado con Metilfenidato una mejoría en un 75% y no mejoría en 25%

Realizándose Prueba exacta de Fisher el resultado es:

$p = \text{no significativo}$

Se acepta H_0 porque $p \leq \infty$ es decir $\geq p = 0.05$

El resultado en lapsos de atención se encontró:

Para el grupo tratado con Carbamazepina una mejoría del 66.7% y no mejoría del 33.3%

Para el grupo tratado con Metilfenidato una mejoría del 75% y no mejoría en un 25%

Realizándose Prueba exacta de Fisher el resultado es:

$p = 1.0$ No significativo

Se acepta H_0 porque $p \leq \infty$ es decir $\geq p = 0.05$

Para el rubro de agresividad se encontraron los siguientes resultados:

Para el grupo tratado con Carbamazepina una mejoría del 83.3% y no mejoría del 16.7%

Realizándose Prueba exacta de Fisher el resultado es:

$p = 1.0$ No significativo

Se acepta H_0 porque $p \leq \infty$ es decir $\geq p = 0.05$

Para el rubro de impulsividad se encontraron los siguientes resultados:

Para el grupo tratado con Carbamazepina una mejoría del 75% y no mejoría 25%.

Para el grupo tratado con Metilfenidato una mejoría del 100%

Realizándose Prueba exacta de Fisher el resultado es:

$p=0.4$ No significativo

Se acepta H_0 porque $p \leq \infty$ es decir $\geq p = 0.05$

En los resultados de la evolución del lenguaje se encontró:

Para el grupo tratado con Carbamazepina una mejoría del 66.7% y no mejoría 33.3%

Para el grupo tratado con Metilfenidato una mejoría del 75% y no mejoría del 25%

Realizándose Prueba exacta de Fisher el resultado es:

$p=1.0$ No significativo

Se acepta H_0 porque $p \leq \infty$ es decir $\geq p = 0.05$

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos dentro del presente trabajo muestran que no existe diferencia significativa entre los valores obtenidos del grupo tratado con Carbamazepina con respecto al grupo tratado con Metilfenidato con una $p=0.5$ entre ambos grupos.

Estos resultados los podemos interpretar como la mejoría para los niños tratados con ambos medicamentos sin que exista una diferencia significativa entre usar uno u otro medicamento tomando en cuenta el medicamento de elección y los factores clínicos del paciente para su prescripción.

Cabe recalcar que se encontró una mejoría clínica para los niños tratados con Metilfenidato en los lapsos de atención y una mejoría clínica en la disminución de la agresividad en niños tratados con Carbamazepina. Dichas diferencias observadas pueden ser producto de las variaciones propias de la muestra y las debidas al azar.

Sin embargo inferimos que la aplicación de medicamentos para ambos grupos de pacientes con Déficit de Atención e hiperquinesia son de utilidad para la mejoría en las disciplinas a las que se someta al paciente.

Otros hallazgos obtenidos son aquellos que corresponden a los antecedentes que refiere la bibliografía para dicha patología como son el encontrar que el 60% de los niños fue producto de la primera gesta, el 30% de la segunda gesta y el 10% de la quinta gesta.

Así mismo observamos que el 90% de los niños tienen como riesgo neonatal prematuridad y bajo peso al nacimiento, el 40% de ellos cursaron con sufrimiento fetal agudo y el 20% con sufrimiento fetal crónico, el 10% fue postmaduro, lo que se apega a las causas más comunes del síndrome en estudio y por lo cual es necesario insistir en el control prenatal adecuado, disminuir los riesgos de parto prematuro y parto prolongado.

El desarrollo psicomotor se refirió como normal en un 100% de los casos y cabe mencionar que el 90% de los niños provienen de un nivel socioeconómico bajo, lo que nos puede orientar a pesar probablemente las alteraciones en el desarrollo psicomotor no hayan podido ser identificadas, ya que en un porcentaje alto de nuestra población encontramos poco control del niño durante el primer año de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1.- VELASCO F. El niño hiperquinético.

Edit. Trillas de México 2ª. Edic. 1984

2.- SOLOMON P. VERNON P. DSM-III-R, DSM-IV

Edit. Manual Moderno. 1ª. Edic. 1995.

3.- MORGAN A. HYND G. RICCIO C. HALL J.

Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses7 subtype differences J.Am, Acad. Child Adolesc. Psiquiatry, 35(3), 1996 325-333.

4.- SPITZER R. L, Diagnostic and statical manual of mental disorders.

Masson Italia Editori, 1983.

5.- BIEDERMAN J. MICK E, FARAONES V, Is season of birth a risk factgor for attention-deficit hiperactivity disorder? J.Am Acad. Child Adolesc. Psiquiaty. 35(11) 1996, 1470-1483.

6.- MILBERGER S, BIEDERMAN J. STEPHEN V. FARAONE P. CHEN L, JONES J, Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention déficit hipereactivity disorder in children? Am J. Psychiatry. 153(9).1996.1138-42.

7.- COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES AND COMMITTEE ON DRUGS. Medication for children with attentional disorders. Pediatrics 98(2), 1996. 301-4.

8.- FAROENE S, BIEDERMAN J, MENNIN D, GERSHON J, THUANG MT. A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: Psychiatric, neuropsychological, and psicosocial outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* 35(11), 1996. 1449-50.

9.- SPENCER T, BIEDERMAN J, WILENS T, HARDING M, O'DONNELL D, GRIFFIN S, Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 35(4), 1996. 409-32.

10.- VOLKOW N, WANG G J, FOWLER J S, LOGAN J, ANGRIST B, HITZERMANN R, LIEBERMAN J, PAPPAS N. effect of methylphenidate on regional brain glucose metabolism in humans relationship to dopamine D2 receptors. *Am. J. Psychiatry* 154(1). 1997. 50-55.

11.- CUEVA J E, OVERALL J, SAMLL AM, ARMENTEROS J L, PERRY R, CAMPBELL M, carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo controlled study. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 35 (9), 1996. 480-490.

12.- TAYLOR E, CHADWICK O, HEPTINSTALL E, DANCKAERTS M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 35(9) 1213-1226.

13.- WILENS T, BIEDERMAN J, ABRANTES A, SPENCER T J. A naturalistic assessment of Protrotylinefor attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 35 (11) 1996, 1485-90.