

11226  
2ej  
265



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE  
LA HIPERQUINESIA CON TERAPIA CONDUCTUAL  
CONTRA METILFENIDATO

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO  
UNIVERSITARIO COMO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. GUADALUPE NARVAEZ SANCHEZ

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 68  
TULPETLAC



1985

TESIS CON  
FALTA DE CREDITOS



## **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 está 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.

## I N D I C E

	Página	
I	INTRODUCCION	1
II	JUSTIFICACION	4
III	ANTECEDENTES	7
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V	OBJETIVOS	12
VI	HIPOTESIS	14
VII	VARIABLES	14 A
VIII	UNIDAD DE INVESTIGACION	15
IX	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	17
X	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	17
XI	RESULTADOS	21
XII	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	37
XIII	CONCLUSIONES	40
XIV	BIBLIOGRAFIA	43

## I.- INTRODUCCION

Los problemas conductuales en niños hiperquineticos son los síntomas principales que con bastante - frecuencia preocupan a los padres; y se originan en la complejidad de interacción entre el niño y las características del ambiente.

Diversos estudios indican que los preescolares y escolares manifiestan una amplia variedad de conductas que preocupan o desconciertan a los adultos, en particular a sus padres. Que una conducta de este - tipo reciba el epíteto de "problema" depende de su tipo, frecuencia, duración y gravedad, así como del umbral para "molestar" a la persona que así lo califica. En fecha reciente se han hecho diversos estudios para identificar la frecuencia de problemas - conductuales en niños de diversas poblaciones, utilizando técnicas estandarizadas. Casi todos estos - métodos se basan en informes de los padres sobre la conducta, en vez de en la observación directa del - niño. El método común ha consistido en elaborar una lista de síntomas en la que el entrevistador o la - madre marcan los síntomas que el niño manifiesta o el grado en que se presentan.

Por lo general los síntomas más frecuentes son:-

- 1).- Problemas de las actividades cotidianas.
- 2).- Conducta agresiva resistente (Negativismo, berrinches, respuestas agresivas a hermanos o compañeros).

- 3).- Conducta sobredependiente o de retraimiento - (Exigencia de atención, angustia por la separación, apego físico, temores, timidez).
- 4).- Hiperactividad o inquietud excesiva.
- 5).- hábitos indeseables (Chuparse los dedos, morderse las uñas, carraspear, jugar con los genitales y falta de participación).
- 6).- Incapacidad de seguir los procedimientos escolares.

Todos los investigadores han descubierto síntomas individuales muy comunes en estos niños y han debido basarse en su número total, su duración o algún criterio en cuanto a gravedad, con el fin de establecer un diagnóstico de "problemas de conducta". La mayoría han olvidado tomar en cuenta los patrones de respuesta de padres o maestro hacia el niño, y pocos han realizado observaciones directas.

En un estudio reciente en el condado Monroe, de Nueva York, resultó que los pediatras reconocían sólo lo entre una cuarta y una tercera parte de estos problemas.

Diversos estudios de consulta de supervisión de buena salud indican que muchos facultativos no buscan información sobre la conducta ni le prestan atención cuando sale a colación. En estudios más recientes sobre visitas de este tipo se encontró que en promedio, sólo 90 segundos del tiempo total del médico se dedican a la orientación para corregir problemas de conducta.

En cuanto a las familias con las que se tienen - trato directo, puede ayudarse a los padres a en- frentarse con éxito a las conductas problemáticas - por medio de enseñanza y técnicas breves de inter- vención, como es la modificación de la conducta, a- sí como al ponerlas en contacto con servicios comu- nitarios para el tratamiento de problemas más com- plexos. Además el médico puede ayudar a promover la "competencia", enseñando a los padres cómo interac- tuar con sus hijos en forma más afectuosas y estimu- lantes desde el punto de vista cognoscitivo.

## II.- JUSTIFICACION

El desarrollo tecnológico, social y económico de nuestra sociedad actual ha condicionado la presentación de nuevos desordenes en la esfera conductual - del ser humano, algunos de ellos tal vez totalmente desconocidos en épocas pasadas y otros con algún - grado de intencidad menor que los actualmente conocidos como alteraciones importantes de la conducta. Dado los factores anteriores se ha presentado un es tado patológico ya conocido anteriormente y manifes tado por algunos pacientes, el que actualmente ha - adquirido importancia creciente por la proporción - que ha alcanzado, la intencidad de sus síntomas y el número creciente de sus complicaciones que conse cuentemente deteriora la integridad del individuo - así como la de la sociedad de la que forma parte.

El paciente hiperquinético que hace algunos años se consideraba un paciente común; actualmente debido a factores sociales, culturales, económicos y ecológicos es más frecuente su presentación.

Debido a que la especie humana se encuentra en constante evolución en el "mundus vivendi" de nuestra sociedad actual, la estructura y sistema social han adoptado una configuración suigeneris muy distinta de hace algunos años. Entre muchas de las con secuencias de este padecimiento encontramos que una

de las que afectan directamente al individuo y a los que le rodean es un padecimiento catalogado por los Psicólogos como una sobreactivación que le permite vivir desadaptado del medio que le rodea y se les ha designado como hiperquinesia o síndrome hiperquinético.

En nuestra sociedad actual se han creado normas, reglas, leyes, obligaciones, Etc. El adecuado funcionamiento de los individuos y el equilibrio del grupo, sin embargo esto ha condicionado que el ser humano se vea sujeto a presiones externas que le imponen formas de conducta las que, la mayoría de las veces afectan no sólo a su propia persona sino también a quienes le rodean y en especial a los hijos desde muy temprana edad (historia de condicionamiento) (2) Esto generalmente se percibe como una agresión del medio externo del individuo. Estas modificaciones son mediadas por el SNC en respuesta a estímulos específicos. Son manifestaciones en forma de taquicardia, hipertensión arterial, sudoración, hipertonia muscular, Etc. (7). La importancia de esto estriba en que la frecuencia de presentación del síndrome de activación o su cronicidad va directamente relacionado con la esperanza de vida del ser humano y que este será menor mientras más frecuentemente sea la presentación de este síndrome. En ni--

Hos tambien el rendimiento escolar se verá afectado en forma importante. Necesariamente existen otras complicaciones inherentes a este padecimiento las cuales tienen repercusión alternando desde la dinámica familiar hasta el funcionamiento armónico de la compleja macroestructura social.

Por lo anteriormente dicho, podemos deducir que el problema de los niños con hiperquinesia es de tal magnitud que requiere de acciones inmediatas por parte del personal médico, abordando el problema en forma racional, ético y con todo el profesionalismo que se merece.

Considerando que la hiperquinesia es un trastorno de la conducta, se deduce que la forma más correcta de tratamiento debería ser modificando dicha conducta con un criterio racional y científico.

Por esto proponemos a la terapia conductual como el método idoneo para el manejo de este trastorno.

### III.- ANTECEDENTES

Desde el punto de vista histórico, los primeros reportes acerca de la hiperquinesia se remontan a 1879 con D.M. Boumville (1), quien describe una "inestabilidad" caracterizado por una movilidad física extrema en niños con deficiencia ligera. J. Demo en 1901 (1), la compara con una corsa pero con características mentales. Así mismo observa un desequilibrio afectivo, hiperactividad emocional, ambivalencia; En cuanto a la reacción disminución en la atención y en la inhibición, cambios constantes en los movimientos, con expresión verbal entrecortada y gesticulaciones. Posteriormente, H. Wallon y J. - Jacobson en 1925 (1) perfilan con claridad la "inestabilidad Psicomotriz", mencionando que estos niños superan con mucho cualquier prueba que exija un gasto de energía, mientras que fracasan en aquellos que exijan coordinación, precisión y rapidez en los movimientos, es decir todo aquello que requiera organización e inhibición; su humor oscila entre una alegría algo tirante y una depresión por aburrimiento.

S. Kiner 1940 (1), Clasifica la inestabilidad Psicomotora en dos grupos:

a).- Inestabilidades adquiridas que pueden ser consecuencia de factores orgánicos incompatibles con factores socioeconómicos y familiares.

b).- Inestabilidad constitucional (predisposición innata o hereditarias).

Lo anterior ha suscitado polémica; Sin embargo como lo menciona J. Chorus y Ajuriaguera el aspecto motor y el Psíquico, son dos caras de una misma personalidad a la que denominan "inestabilidad" (1).

Estos niños son reportados debido a un retraso escolar, pero tienen un nivel mental normal, destacan por su gran movilidad, todo lo tocan, son tercos pero no agresivos, son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente, pues su periodo de atención son muy breves.

El síndrome hiperquinético, es un termino empleado por los autores de habla inglesa, pero aún no aceptado por otras escuelas. La explicación de este síndrome, se presenta como una figura sintomática sobre un fondo de desorganización general, cuya patogenia se describe como unívoca.

Otra característica es la acetación de las escuelas norteamericanas de la etiología orgánica, las que adoptaron el equivalente de "lesión cerebral mínima", que se cambió en 1962 (1) por "difusión cerebral mínima" y que se caracteriza por:

1.- Trastornos en la conducta motora con hiperactividad e incordinación.

2.- Trastornos en la atención y perceptivos.

- 3.- Dificultad para el aprendizaje escolar.
- 4.- Trastornos en el control de impulsos.
- 5.- Alteraciones en las relaciones interpersonales.
- 6.- Trastornos afectivos (Debilidad, disforia, - agresividad, Etc.).

#### IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los medicamentos de elección uno de los más usados se encuentra el metilfenidato (Ritalín); Este es un ligero estimulante del SNC de efecto más prominente sobre las actividades "mentales" que sobre la motora (9) sin embargo grandes dosis producen signos de estimulación generalizada del sistema nervioso que puede llevar a convulsiones en el hombre y en animales de experimentación.

Su propiedad farmacológica (9) son esencialmente las mismas que las anfetaminas. La dosis de este medicamento en un adulto es de 10 Mgrs. dos veces al día, sin embargo la dosis recomendada para los niños hiperquinéticos es inicialmente de .25 Mgrs./Kgr./día llegando hasta 2 Mgr./Kgr./día.

Cabe mencionar que todos los farmacos usados en este padecimiento pueden ocasionar problemas graves en el crecimiento o desarrollo de estos niños; también se ha visto que los resultados obtenidos con estos tratamientos no ha sido del todo satisfactorio (8), esto nos hace pensar y sentir la necesidad de buscar e implantar nuevas técnicas y métodos más efectivos y con menos efectos colaterales en el manejo de pacientes con hiperquinesia.

Poca importancia se le ha concedido al campo de la Psicología conductual en nuestro medio ya sea --

por ignorancia o por resistencia a aceptar un cambio radical en una forma de pensamiento tan arraigado y generada por años de formación profesional, -- sin embargo, una actitud verdaderamente científica-- permitirá un cambio de conducta en el médico, y es to consecuentemente repercutirá en beneficio del pa oiente.

Generalmente todos los métodos de terapia conductual son desconocidos para la mayoría de los profesionistas motivo por el cual no se aplica la Psicoterapia conductual que podría ser más eficaz en el tratamiento de este padecimiento.

Durante el presente estudio se tratará de compro bar la eficacia de los métodos conductuales en el - manejo del síndrome hiperquinético. Considerando - que actualmente el esquema de manejo de estos pacien tes tiene muchas deficiencias y es poco práctico, se hace necesario proponer y ejecutar nuevas alternati vas que resuelvan radicalmente este problema que por su magnitud es de gran importancia en el campo de - la medicina moderna.

## V.- OBJETIVOS

### GENERALES:

Valorar si la terapia conductual es más eficaz - en el tratamiento de los niños hiperquinéticos comparado con el metilfenidato.

### ESPECIFICOS:

1.- Valorar la posibilidad de que el médico familiar, previo adiestramiento, maneje a sus pacientes con hiperquinesia por medio de la terapia conductual

2.- Establecer un plan de tratamiento económico y accesible a todo paciente, y practico para el médico familiar.

3.- Que el médico familiar cuente con un método-práctico y eficaz en el manejo del paciente hiperquinético en la consulta externa.

4.- Crear en el médico familiar una actitud consciente y realista de que el manejo de la hiperquinesia requiere de una actitud científica.

5.- Modificar la conducta del paciente con hiperquinesia.

6.- Disminuir el abuso de los medicamentos principalmente los antidepresivos.

7.- Manejar el nivel de salud del paciente hiperquinético integrandolo a un nivel social adecuado - y obtener un mejor rendimiento escolar.

8.- Disminuir los trastornos afectivos principales como la agresividad.

9.- Mejorar el trastorno de la conducta motora - como hiperactividad e incoordinación.

## VI.- HIPOTESIS

En los pacientes hiperquinéticos la terapia con conductual es significativamente más efectiva comparada con el Metilfenidato.

**VIII .- VARIABLES.**

- 1.- Independiente: El tratamiento
- 2.- Dependiente: Los cambios de conducta en el paciente.

## VIII UNIDAD DE INVESTIGACION

1.- Sujetos de investigación: Pacientes con diagnóstico clínico de hiperquinesia.

## 2.- CRITERIOS DE INCLUSION

A.- Pacientes de ambos sexos.

B.- Que tengan diagnóstico de hiperquinesia.

C.- Que tengan como mínimo uno de los siguientes sin síntomas.

1.- Hiperactividad.

2.- Trastorno en la atención y bajo rendimiento escolar

3.- Trastornos afectivos principalmente agresividad.

D.- Entre 3 y 10 años de edad sin importar nivel socioeconómico de los padres.

E.- Que la escolaridad de los padres sea como mínimo primaria completa.

F.- Que no tengan ningún otro síndrome que afecte al SNC.

G.- Que los padres estén de acuerdo en llevar a cabo el tratamiento indicado.

H.- Que sean derechohabientes del I.M.S.S.

**3.- CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Todos los pacientes que no cumplan con los de in  
clusión

4.- TIPO DE MUESTRA : Probabilística.

5.- TIPO DE MUESTRO: Al azar simple.

**6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

- A.- Veinte pacientes en total. ( tomados al azar)
- B.- Diez fueron manejados con terapia conductual.
- C.- Diez fueron manejados con Metilfenidato.

## IX.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio:

- 1.- Comparativo: (simultaneo por pareamiento).
- 2.- Experimental (intervencionista).
- 3.- Analítico.
- 4.- Longitudinal (Prospectivo).

## X.- TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

### 1.- Organización de la muestra:

- 1.1.- Se tomó la muestra de la consulta externa de pediatría con la colaboración de los médicos adscritos; solicitando el envío de pacientes con Dx de hiperquinésia.
- 1.2.- Estos pacientes fueron seleccionados al azar hasta completar veite.
- 1.3.- Los veite pacientes fueron divididos en dos grupos por azar quedando de diez cada grupo.
- 1.4.- De estos dos grupos a uno se le manejó con terapia conductual y al otro se le manejó con Metilfenidato.

### 2.- Descripción del método.

- 2.1.- Pacientes manejados con Metilfenidato
- a).- Se elaboró historia clínica en la primera entrevista.

- b).- Se les citó cada 15 días para orientación y control.
- c).- La dosis de Metilfenidato se ajustó - en cada paciente de acuerdo a su sensibilidad y grado de tolerancia.
- d).- Cada dosis de Metilfenidato se administró a razón de .25 Mgrs/Kgr/día a 1.5 Mgrs/Kgr/día Dependiendo de cada caso en especial.
- e).- Según la evolución y respuesta se ajustó la dosis a cada paciente.
- f).- se evaluó la evolución cada 15 días y al finalizar el estudio.

## 2.2.- PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL:

- a).- Se elaboró historia clínica en la primera entrevista.
- b).- Los diez pacientes recibieron orientación en forma grupal acerca del método.
- c).- El método utilizado consistió en reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y extinción
- d).- Se les citó una vez por semana durante los primeros dos meses y posteriormente cada 15 días.

- e).- Se orientó y adiestró a los padres -- en los metodos conductuales utiliza-- dos.
- f).- Se le reforzaba en cada consulta a los pos padres en forma social para que - continuaran los metodos conductuales.

### 2.3.- LIMITES:

- a).- Tiempo: seis meses de abril a septienbre de 1984
- b).- Espacio: Area de afluencia de la unidad de pediatria del HGZ 68 I.M.S.S.

### 2.4.- Forma de evaluación:

- a).- Se hizo una lista de los síntomas más frecuentes.
- b).- Se concentraron los síntomas por grado de intensidad en tablas comparativas.
- c).- Los resultados obtenidos fueron analizados en forma directa y objetiva.

**LISTA DE SINTOMAS QUE SE INVESTIGARON.**

- 1.- HIPERQUINESIA:** a).-Destructividad  
 b).-Hiperactividad verbal  
 c).-Trastorno del sueño  
 d).-Agresividad
- 2.- INATENCION:** a).-Distracción
- 3.- IMPULSIVIDAD:** a).-Conducta antisocial  
 b).-Enuresis  
 c).-Temeridad
- 4.- INCORDINACION MUSCULAR** a).-Torpeza corporal  
 b).- Ineptitud deportiva  
 c).- Disartria dielalia
- 5.- DESOBEDIENCIA PATOLOGICA** a).-Incomprensión de ordenes  
 b).-Repetición de la falta  
 c).-Incomprensión del castigo
- 6.- TRASTORNO DE APRENDIZAJE** a).-Bajo rendimiento escolar.

## XI.- RESULTADOS

Es importante mencionar que los resultados del presente estudio se desprende de la comparación de dos tablas de síntomas, una que contiene los referidos al iniciar el estudio y la otra que cuenta con los obtenidos al finalizar el presente estudio. Esto facilitará la comparación y evaluación de los cambios referidos durante la investigación.

Los resultados que consta de los síntomas más frecuentes referidos por los padres el inicio y al final del estudio, se encuentran reportados en seis cuadros, en los cuales los síntomas se reportan de acuerdo a la intensidad referida en un intervalo de leve, moderado, alto y muy alto, esquematizándose con 1, 2, 3 y 4 cruces respectivamente.

Se consideró como leve aquella en la que los síntomas referidos no lograban causar un desequilibrio en la homeostasis biopsicosocial, como moderada, aquella en la que sí causaba un desequilibrio leve pero que se lograba controlar, como alto, aquella en la que se causaba un desequilibrio más o menos importante y que lograba controlar en algunas ocasiones, como muy alto, aquella en que además de causar desequilibrio importante que no lograba controlar causaba desequilibrio al resto de la familia.

## CUADRO No. 1

## SINTOMAS REFERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO

## GRUPO 1: PACIENTES MANEJADOS CON METILFENIDATO

PACIENTES GRUPO 1	I	II	III	IV	V
1.- BVB (F)	++++	++++		++	+++
2.- HVE (F)	++++	+		++++	+++
3.- COM (M)	+++	++++	+++	++++	+
4.- DEJ (M)	+++	+++	++	+++	++
5.- MGE (M)	++++	++++	++	+++	++++
6.- JAC (M)	+++	++++	++	++++	+++
7.- MNM (M)	++++	+++	++	++++	+++
8.- AVJ (M)	++++	++++	+++	+++	+++
9.- MGB (M)	+++	++++		+++	+++
10.- LAJ (M)	++++	+++	++	++++	+++

I	Destructividad	+	Leve
II	Hiperactividad verbal	++	Moderado
III	Trastorno del sueño	+++	Alto
IV	Agresividad	++++	Muy alto
V	Distracción		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO No. 2

## SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO

## GRUPO 1: PACIENTES MANEJADOS CON METILFENIDATO

PACIENTES GRUPO 1	I	II	III	IV	V
1.- BVB (F)	+++	+++		++	++
2.- HVE (F)	++++	+		++++	+++
3.- COM (M)	++	++++	+	++++	
4.- DRJ (M)	+	+	+	++	
5.- MGE (M)	+++	++++	+	++	+++
6.- JAC (M)	+++	+++	+	++++	++
7.- MNM (M)	++++	+++	++	+++	+++
8.- AVJ (M)	++++	++++	++	+++	+++
9.- MGB (M)	+++	+++		+++	+++
10.-LAJ (M)	++++	+++	+	+++	+++

I	Destructividad	+	Leve
II	Hiperactividad verbal	++	Moderado
III	Trastorno del sueño	+++	Alto
IV	Agresividad	++++	Muy alto
V	Distracción		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO No. 3

## SINTOMAS REFERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO

## GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

PACIENTES GRUPO 2	I	II	III	IV	V
1.- BRP (M)	++++	+++		+++	+++
2.- DRM (M)	++++	++++		++++	++++
3.- MHC (M)	++++	++++	+++	++++	++++
4.- TAG (M)	+++	++++	+++	+++	+++
5.- HBE (M)	++++	+++		+++	+++
6.- BVD (M)	++++	++++	++	++++	++++
7.- MHC (M)	++++	+++	+++	+++	+++
8.- PYR (M)	++++	++++		+++	+++
9.- SPA (F)	+++	++++		++	+++
10.-OEA (F)	+++	++++	++	+++	++++

I	Destructividad	+	Leve
II	Hiperactividad verbal	++	Moderado
III	Trastorno del sueño	+++	Alto
IV	Agresividad	++++	Muy alto
V	Distracción		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO No. 4

## SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO

## GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

PACIENTES GRUPO 2	I	II	III	IV	V
1.- ERF (M)	+	+		+	++
2.- DRM (M)	+	+++		++	+
3.- MHC (M)	++	+++	+	++	++
4.- TAG (M)	+++	++++	+	+++	+++
5.- HEE (M)	++++	+++		++	++
6.- EVD (M)	+	+++		++	+
7.- MHC (M)	++	+++	+	+	+++
8.- PYR (M)	+	+++		+	+
9.- SPA (F)	+	+++		+	+
10.-OEM (F)	+	++	+	+	++

I	Destructividad	+	Leve
II	Hiperactividad verbal	++	Moderado
III	Trastorno del sueño	+++	Alto
IV	Agresividad	++++	Muy alto
V	Distracción		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

**CUADRO No. 5**

**SINTOMAS REFERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO**

**GRUPO 1: PACIENTES MANEJADOS CON METILFENIDATO**

PACIENTES GRUPO 1	VI	VII	VIII	IX	X
1.- EVB (F)			++	++++	+
2.- HVE (F)	++		++++		+++
3.- COM (M)				+++	
4.- DRJ (M)	+++	+++		+++	+++
5.- MGE (M)			++	+++	
6.- JAC (M)			+++		
7.- MNM (M)	++		+++	++++	
8.- AVJ (M)					
9.- MGB (M)			+++	++++	
10.-LAJ (M)			+++	+++	

VI	Conducta antisocial	+	Leve
VII	Enuresis	++	Moderado
VIII	Temeridad	+++	Alto
IX	Torpesa corporal	++++	Muy alto
X	Ineptitud deportiva.		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO No. 6

## SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO

## GRUPO 1; PACIENTES MANEJADOS CON METILFENIDATO

PACIENTES GRUPO 1	VI	VII	VIII	IX	X
1.- EVB (F)			++	+++	
2.- HVE (F)	++		++++		++
3.- COM (M)				++	
4.- DEJ (M)	++			+++	++
5.- MGE (M)			+	++	
6.- JAC (M)			+++		
7.- MNM (M)	++++	+++	++	+++	+++
8.- AVJ (M)	++++	++++	++	+++	+++
9.- MGB (M)	+++	+++		+++	+++
10.-LAJ (M)	++++	+++	+	+++	+++

VI	Conducta antisocial	+	Leve
VII	Enuresis	++	Moderado
VIII	Temeridad	+++	Alto
IX	Torpeza corporal	++++	Muy alto
X	Ineptitud deportiva		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO No. 7

## SINTOMAS REFERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO

## GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

PACIENTES GRUPO 2	VI	VII	VIII	IX	X
1.- ERP (M)				++++	
2.- DRM (M)		+	+++		
3.- MHC (M)			++++	++++	
4.- TAG (M)	++		+++		
5.- HEE (M)	++++		+++	+++	
6.- EVD (M)		+	+++	++++	
7.- MHC (M)				+++	++
8.- PYR (M)			+++	++++	
9.- SPA (F)			++	+++	
10.- OBM (F)			++++	+++	

VI	Conducta antisocial	+	Leve
VII	Enuresis	++	Moderado
VIII	Temeridad	+++	Alto
IX	Torpeza corporal	++++	Muy alto
X	Ineptitud deportiva		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

**CUADRO 8**  
**SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO**  
**GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL**

PACIENTES GRUPO 2	VI	VII	VIII	IX	X
1.- BRF (M)				+	
2.- DRM (M)			+++		
3.- MHC (M)			++++	++++	
4.- TAG (M)	++		+++		
5.- HBE (M)	+			+	
6.- EVD (M)			+	+	
7.- MHC (M)				+++	+
8.- PYR (M)			+	++	
9.- SPA (F)			+	+	
10.-OKM (F)			+++	+	

VI	Conducta antisocial	+	Leve
VII	Enuresis	++	Moderado
VIII	Temeridad	+++	Alto
IX	Torpeza corporal	++++	Muy alto
X	Ineptitud deportiva		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO 9

## SINTOMAS REFERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO

## GRUPO 1: PACIENTES MANEJADOS CON METILFENIDATO

PACIENTES GRUPO 1	XI	XII	XIII	XIV	XV
1.- BVB (F)	+	+++	++++	++++	+++
2.- HVE (F)	+++	+++	++++	+++	+++
3.- COM (M)		+++	+++	+++	
4.- DRJ (M)	+++	+++	+++	++	
5.- MGE (M)	++	+++	+++	++++	
6.- JAC (M)			++	+++	+++
7.- MNM (M)		+++	+++	+++	++++
8.- AVJ (M)		++++	+++	+++	++++
9.- MGB (M)		+++	++	+++	++++
10.-LAJ (M)	++	+++	+++	+++	++++

XI	Disartria dislalia	+	Leve
XII	Incomprensión de órdenes	++	Moderado
XIII	Repetición de la falta	+++	Alto
XIV	Incomprensión del castigo	++++	Muy alto
XV	Bajo rendimiento escolar		

FUENTE: Hoja de recolección de datos

## CUADRO 10

## SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO

## GRUPO 1: PACIENTES MANEJADOS CON METILPENIDATO

PACIENTES GRUPO 1	XI	XII	XIII	XIV	XV
1.- BVB (F)	+	+++	++++	++++	+++
2.- HVB (F)	+++	+++	++++	+++	++
3.- COM (M)		+++	++	++	
4.- DRJ (M)	++	+	+	+	
5.- MGE (M)	+	+++	+++	++++	
6.- JAC (M)			++	+++	++
7.- MNM (M)		+++	+++	+++	+++
8.- AVJ (M)		++++	+++	+++	+++
9.- MGB (M)		+++	++	+++	++++
10.-LAJ (M)	++	+++	+++	+++	++++

XI	Disartria dislalia	+	Leve
XII	Incomprensión de ordenes	++	Moderado
XIII	Repetición de la falta	+++	Alto
XIV	Incomprensión del castigo	++++	Muy alto
XV	Bajo rendimiento escolar.		

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## CUADRO 11

## SINTOMAS REPERIDOS AL INICIO DEL ESTUDIO

## GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

PACIENTES GRUPO 2	XI	XII	XIII	XIV	XV
1.- ERF (M)	++	++++	+	++	
2.- DRM (M)		++++		++	+++
3.- MHC (M)		+++	+++	+++	+++
4.- TAG (M)			+++		
5.- HBE (M)	++++	+++	+++	+++	++++
6.- EVD (M)	++	+++	+++	++++	++++
7.- MHC (M)		+++	+++	+++	
8.- PYR (M)		++	+++	+++	+++
9.- SPA (F)		+++	+++	+++	++
10.-OEM (F)		++	+++	+++	++++

XI	Disartria dislalia	+	Leve
XII	Incomprensión de ordenes	++	Moderado
XIII	Repetición de la falta	+++	Alto
XIV	Incomprensión del castigo	++++	Muy alto
XV	Bajo rendimiento escolar		

FUENTE: Hoja de recolección de datos

CUADRO 12  
 SINTOMAS REFERIDOS AL FINALIZAR EL ESTUDIO  
 GRUPO 2: PACIENTES MANEJADOS CON TERAPIA CONDUCTUAL

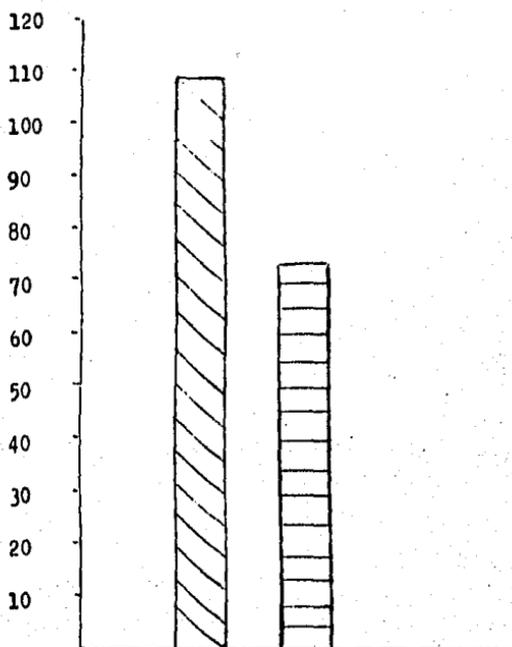
PACIENTES GRUPO 2	XI	XII	XIII	XIV	XV
1.- ERF (M)	+	+			
2.- DRM (M)		++		+	
3.- MHC (M)		++	++	++	+
4.- TAG (M)			+		
5.- HBE (M)	++	++	+++	++	++
6.- EVD (M)	+	+	++	+	+
7.- MHC (M)		+	+	+	
8.- PYR (M)		+	+	+	
9.- SPA (F)		+	+	+	
10.-OEA (F)		+	+	+	+

XI Disartria dislalia + Leve  
 XII Incomprensión de ordenes ++ Moderado  
 XIII Repetición de la falta +++ Alto  
 XIV Incomprensión del castigo ++++ Muy alto  
 XV Bajo rendimiento escolar

FUENTE: Hoja de recolección de datos

**GRAFICA No. 1**

Podemos observar la efectividad del tratamiento con Metilfenidato tomando en cuenta el No. de síntomas con los que ingresó el paciente, comparado con el No de síntomas a su egreso



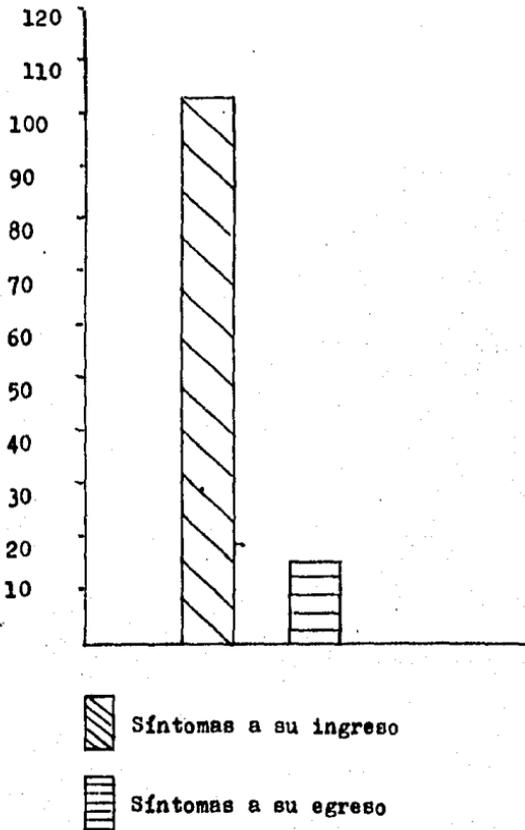
 Síntomas a su ingreso

 Síntomas a su egreso

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## GRAFICA No. 2

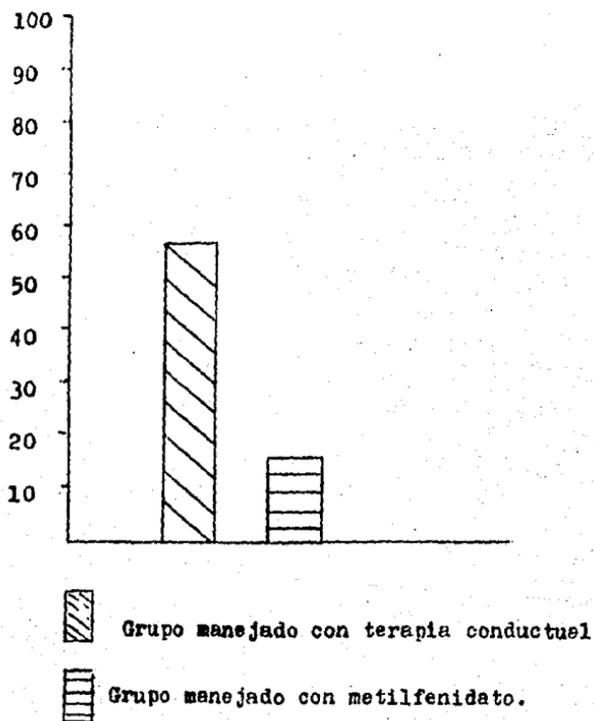
Podemos observar la efectividad del tratamiento con terapia conductual tomando en cuenta el No. de sin tomas con los que ingresó el paciente, comparado - con el No. de síntomas a su egreso.



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

## GRAFICA No.3

En cuanto a mejoría de la sintomatología inicial po demos observar que el porcentaje de respuestas favo rables fué mayor para el grupo manejado con terapia conductual (50.8% ) y menor para los manejados con metilfenidato ( 16.1% ).



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

### XII.-ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En base a lo propuesto por Skinner los métodos estadísticos son innecesarios en los procesos conductuales ya que la conducta atribuida a las actividades mentales es compleja, por lo que se debe analizar en forma directa y objetiva.

Es necesario hacer incapié en que el tipo de estudio que se realizó es observacional y por lo tanto la interpretación de los resultados deberá ser mediante el análisis directo sin recurrir a la estadística. Skinner propone: "Las técnicas estadísticas inyectan a menudo una demora destructiva entre la conducción de un experimento y el descubrimiento en sus datos; es una violación fatal de un principio fundamental del reforzamiento" (10)

Considerando lo anterior procedemos a hacer el análisis directo de los resultados obtenidos. se debe aclarar que los resultados del presente estudio consta de una evaluación de los síntomas referidos al inicio del estudio y otra al término del mismo, mediante interrogatorio directo, y presentados en dos grupos mediante seis tablas para cada grupo con el fin de facilitar su análisis y comparación.

Así mismo es pertinente aclarar que se incluyeron en el estudio sólo los datos de los pacientes que persistieron hasta el fin.

En los cuadros de síntomas referidos al inicio - del estudio y de los síntomas al finalizar el mismo podemos observar los síntomas que se tomaron en cuta para hacer la comparación recíprocamente entre - los dos grupos.

Es importante mencionar que se registró la información por medio de cruces en un intervalo de una a cuatro cruces en relación a la intensidad y frecuencia de los mismos síntomas.

#### Observaciones:

1.- En cuanto a la mejoría de la sintomatología i- nicial; el mayor porcentaje correspondió al grupo - manejado con terapia conductual en forma por demás- evidente; Debemos hacer notar que este parámetro es la parte más importante de nuestros resultados.

2.- Respecto a la persistencia de los síntomas ini- ciales el mayor porcentaje correspondió al grupo manejado con Metilfenidato.

3.- Se evaluó la complejidad del tratamiento así como la dificultad para adaptarse al mismo y se obser- vó en términos generales que en ambos grupos existe uniformidad en cuanto a que la complejidad es de -- termino medio. En cuanto a este aspecto debemos tomar en cuenta que el nivel educativo y cultural de los padres es generalmente deficiente.

4.- Se puede observar que los efectos colaterales desprendidos del tratamiento fueron mucho más marcados en los manejados con Metilfenidato en comparación con la nulidad reportada por el grupo manejado con terapia conductual, lo que le confiere a este método las mayores ventajas en este aspecto.

5.- Se investigó mejoría respecto a las relaciones sociales y respecto al rendimiento escolar apreciándose mayor porcentaje de respuestas favorables para los manejados con terapia conductual. De considerable valor es el beneficio para el paciente y para la sociedad la mejoría en este aspecto de la problemática del individuo estudiado. Así mismo otro atributo más para el método de terapia conductual.

6.- Las relaciones familiares también fueron modificadas positivamente en forma marcada para el grupo manejado con terapia conductual los cuales refieren un incremento importante en la frecuencia de comunicación mutua, no así en los manejados con metilfenidato.

### XIII.- CONCLUSIONES:

El análisis experimental de la conducta es actualmente el marco de referencia de cualquier estudio psicológico serio, formal y honesto que intente predecir y controlar la conducta humana. Así el presente estudio trata de apegarse a las normas que rigen cualquier investigación científica en el campo de la psicología.

Considerando los resultados anteriormente mencionados nos encontramos en posibilidades de poder emitir un juicio respecto a la eficacia, calidad y ventajas que nos proporciona la terapia conductual; ya que como lo demuestran los resultados queda plenamente comprobado y fuera de toda duda que este método supera en todos los aspectos al empleo de Metilfenidato en el manejo del niño hiperquinético.

Además de su indudable valor terapéutico en la terapia conductual, nos parece importante recalcar la inocuidad así como los beneficios adicionales inherentes a este tipo de tratamiento, lo cual le confiere mayor grado de efectividad.

Aunque fué más laborioso y complejo el trabajo realizado en los pacientes manejados con terapia conductual los resultados obtenidos nos dejan la satisfacción de haber realizado un cambio positivo en las conductas de los pacientes estudiados.

Durante el presente estudio nos fué posible percibir de manera más objetiva que cada individuo presenta diferencias que lo hacen distinguirse de los demás y conformarle una personalidad única. Lo anterior nos explica el porque de la variabilidad de respuestas de algunos pacientes ante los mismos estímulos y algunas veces en circunstancias similares.

En forma general la mejoría referida por los pacientes manejados con terapia conductual no deja la menor duda; aunque en algunos esta mejoría se reporta como mínima, pero sin embargo no deja de ser valiosa si tomamos en cuenta que proporcionalmente esta es mayor que la reportada por los pacientes manejados con Metilfenidato.

La mayor complejidad del método de terapia conductual utilizado en este estudio no le resta el mérito que merece si tomamos en cuenta que los resultados obtenidos tiene una ventaja considerable en relación a lo referido por los pacientes manejados con Metilfenidato.

Finalmente y tomando como referencia lo antes mencionado en términos generales podemos considerar sin lugar a duda que la terapia conductual superó en todos los aspectos al empleo de metilfenidato para el manejo del niño hiperquinético.

Debemos hacer incapie en que la terapia conduc--  
tual se encuentra al alcance del médico familiar y  
que sólo basta que éste modifique su actitud en for  
ma positiva adoptando formas de conducta que tiendan  
a cambiar su forma de pensamiento; que en muchas --  
ocaciones se caracteriza por ser anacrónica y llena  
de apatía e indiferencia.

## XIV.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Armando Vázquez López G. " Problemas comunes de salud" 1981 S.S.A. 118-125
- 2.- Miguel Forcerrada M. "Curso de Psicopatología - infantil" Hospital de pediatría, 141-149
- 3.- Frank Oberklain "Family Physician" July 1983  
Volumen 12 No.7 489-492
- 4.- JG Holland, B,P, Skinner "terapia de la conducta"  
Texto programado.
- 5.- Pediatric Vol 66 No.4 Octubre de 1980, 521-525
- 6.- The Journal of pediatrics, Vol 98 Nos. 4 y 5 abril junio de 1981 P 650-655 y 912-915
- 7.- David C. Rim, Jhon C. Masters. "Terapia de la conducta" Texto
- 8.- Philip Solomon, Vernon D. Patch "Manual de Psiquiatría". Texto.
- 9.- Alfred Goodman Gilman "Las bases farmacológicas de la terapéutica" Texto.
- 10.- Skinner B.F. "contingencias de reforzamiento"  
Trillas Mex. 1979 P 105-109