

Odontología para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Dentistry for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

¹ Cindy Jomara Bermúdez Arroyo, estudiante

e.cjbermudez@sangregorio.edu.ec

¹ Mirella Narcisa del Jesús Adum Lípari, docente

mnadum@sangregorio.edu.ec

iD<https://orcid.org/0000-0003-2950-0394>

¹ Universidad San Gregorio de Portoviejo

Resumen

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es de origen neurobiológico y se inicia en la etapa infantil, este síndrome presenta alteraciones en la conducta, tales como la hiperactividad, la inatención y la impulsividad. Este trastorno se asocia con un índice mayor de dientes cariados, perdidos y obturados, debido a la pobre destreza y motivación que presenta la persona que padece el síndrome para realizar una buena higiene oral. El objetivo es determinar la conducta adecuada del profesional para atender infantes con TDAH. En la consulta odontológica aumentan los niveles de ansiedad, esto dificulta el control del niño/a para realizar el tratamiento, así como, la relación positiva entre paciente y odontólogo. De esta manera, se espera que el profesional identifique el trastorno y realice un análisis de adaptación. Debe tener conocimiento de psicología, mucha experiencia práctica y debe aplicar técnicas adaptativas correspondientes. El método empleado en esta investigación es de revisión bibliográfica; se analizaron artículos académicos publicados en bases datos tales como Redalyc, Scielo, Pubmed, en el ámbito psicológico, pediátrico y odontopediátrico. Se concluye que el deficiente conocimiento del trastorno y su inadecuada atención pueden empeorar la conducta del infante, por lo que se pueden obtener resultados poco satisfactorios.

Palabras claves: Alteraciones en la conducta; Control de la conducta; Higiene oral; Neurodesarrollo; TDHA.

Abstract

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is of neurobiological origin and begins in the childhood stage, this syndrome presents alterations in behavior, such as hyperactivity, inattention and impulsivity. This disorder is associated with a higher rate of decayed, lost and filled teeth, due to the poor dexterity and motivation of the person with the syndrome to perform good oral hygiene. The objective is to determine the proper conduct of the professional to care for infants with ADHD. In the dental consultation, anxiety levels increase, this makes it difficult to control the child to carry out the treatment, as well as the positive relationship between patient and dentist. In this way, the professional is expected to identify the disorder and perform an adaptive analysis. He must have a knowledge of psychology, a lot of practical experience and must apply corresponding adaptive techniques. The method used in this research is a bibliographic review; Academic articles published in databases such as Redalyc, Scielo, Pubmed, in the psychological, pediatric and odonto-pediatric fields were analyzed. It is concluded that poor knowledge of the disorder and its inadequate attention can worsen the behavior of the infant, so that unsatisfactory results can be obtained.

Keywords: Alterations in behavior; Behavior control; Oral hygiene; Neurodevelopment; ADHD.

Introducción

En la praxis odontológica se presentan diferentes circunstancias con respecto al tipo de paciente que pueden manifestar diversas patologías físicas, emocionales, psicológicas, entre otras; las cuales ponen de manifiesto situaciones que dificultan la atención en la clínica. Este trabajo pretende contribuir al manejo adecuado en la consulta odontológica de niños/as con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El concepto que hoy se emplea como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha evolucionado a lo largo de los años, desde la primera referencia bibliográfica en 1798, momento en que el médico Alexander Crichton lo denominó *Mental Restlessness* (agitación o inquietud mental); otro autor conocido como Heinrich Hoffman (1845) publicó un libro titulado *Der Struwwelpeter* (Pedro de Melenas), entre los capítulos destaca Felipe el Inquieto, un niño de conducta dispersa, hiperactiva e impulsiva que cumplían los criterios diagnósticos del subtipo hiperactivo-impulsivo. La primera descripción clínica formal del TDAH fue la de George F. Still (1902), pediatra inglés, quien publicó en *The Lancet*, un artículo que describe el patrón conductual de infantes que tenían problemas con la atención sostenida, él denominó a las conductas observadas Defecto del Control de Moral. Desde entonces, este término ha evolucionado hasta el concepto actual registrado en la revisión del Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM IV, 1994). En el Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V, 2013) se contemplan cambios como la distinción con TDAH-impulsivo; la edad de inicio de los síntomas, eran a los 7 años, ahora deben aparecer antes de los 12 y la posibilidad de diagnóstico en adolescente y adultos, ya que se considera que la patología psiquiátrica tiene una continuidad desde la infancia a la edad adulta (Alvárez & Pinel, 2015; Orellana, 2018; Quintero & Castaño de la Mota, 2014).

Es importante dejar claro que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, en el cual los individuos que lo presentan se caracterizan porque son muy inquietos e impulsivos, tienen problemas para prestar atención y concentrarse; hablan constantemente, interrumpen, son incapaces de permanecer sentados mucho tiempo y además presentan una inquietud constante (Galdames, 2015). Según García et al. (2015) “el TDAH es un problema de salud pública de primer orden, es el síndrome de salud mental más habitual en la infancia y adolescencia, afectando alrededor del 5 % de los niños/as y adolescentes del mundo” (p.76).

Cabe señalar que el TDAH es una afección que puede provocar manifestaciones bucales en los infantes. Quijano & Valdivieso (2007) y Rojas (2009) mencionan que, en Otago, Nueva Zelanda, se realizó un estudio caso-control por Broadbent, Ayers, & Thomson (2004), el cual determinó que la persona que presenta TDAH se asociaba a una mayor probabilidad de tener un alto índice de caries dental.

Por lo tanto, algunos odontólogos presentan dificultad para aplicar técnicas de control de conducta en pacientes con este tipo de trastorno, debido al desconocimiento o a la falta de herramientas y estrategias adecuadas para tratar estos casos (Caballero, Moya, Romero, & Hernández, 2019). Si los profesionales no se encuentran capacitados para la atención de infantes con TDAH y no utilizan técnicas o métodos de adaptación apropiadas, pueden desencadenar conductas negativas o rechazo total del tratamiento. Dentro del contexto descrito, surge la imperiosa necesidad de que los profesionales se interesen por adquirir más conocimientos científicos sobre el TDAH y el manejo que deben tener dentro de las clínicas odontológicas.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el TDAH y su relación con el área de odontología, con una metodología de tipo analítica, la cual consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, naturaleza y los efectos (Hernandez, 2017). También se utilizó el método de investigación *Desk Research*, que es el proceso de extraer y organizar información basada en fuentes existentes, las cuales fueron analizadas (Carbone, 2019). Esto permitió realizar la inspección de diferentes criterios especializados sobre el TDAH en niños/as, definiendo los aportes significativos a la discusión y resultados del estudio.

Las bases de datos consultadas fueron: SciELO, Redalyc, Pubmed, así como el metabuscador Google Académico, encontrándose documentos y guías de práctica clínica, tales como atención odontológica para niños con TDAH, tomando como referencia las palabras clave: alteraciones en la conducta, control de la conducta, higiene oral, neurodesarrollo, TDHA; se preseleccionó 120 documentos, de los cuales 74 fueron eliminados y 46 cumplieron con los

criterios. La búsqueda se realizó en idioma inglés, español y portugués, publicados desde el 2007 hasta el 2020.

Resultados y discusión

El TDAH es un problema común desarrollado frecuentemente en la etapa infantil, que afecta a millones de niños y niñas alrededor del mundo por factores que deben ser evaluados a tiempo; por ello, es importante que en la primera consulta odontológica la prioridad del profesional debe ser identificar en los infantes si presentan este síndrome. Existen diversas técnicas o métodos de adaptación, las cuales deben ser utilizadas según la necesidad particular de cada niño/a; por lo que, la atención para ellos es un reto, tomando en cuenta la condición que presentan; sin olvidar que, también, la destreza del odontólogo es un punto clave para el éxito del tratamiento.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

- **Definición**

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo de carácter neurobiológico; déficit que puede aparecer a causa de un desarrollo anormal del cerebro, originado en la infancia. Puede afectar a lo largo de la vida y se caracteriza por 3 síntomas nucleares como la inatención, hiperactividad e impulsividad. Las manifestaciones son más notables a partir de los 3 años de vida. Se debe distinguir de comportamientos propios de la edad en niños activos y retraso mental (Fundación Adana, s.f.; Portela et al., 2016; Top Doctor, s.f.).

Según el Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) el TDAH presenta 3 subtipos: combinados; predominio inatento; y, principalmente hiperactivo-impulsivo. El subtipo combinado es el más prevalente, del 50 al 70 % de los casos y los pacientes muestran los 3 síntomas. El subtipo inatento es el segundo más común, del 20 al 30 %. El subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo, se describe con frecuencia en niños más pequeños, del 10 al 15 %. Sin embargo, el DSM-V agrega el cuarto subtipo: desatento (restrictivo), donde se cumple el criterio de desatención, pero no más de dos síntomas de hiperactivo-impulsivo. Por el contrario, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) requiere la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas (inatención-hiperactividad-impulsividad), constituyendo el cuadro de

Alteración de la actividad y la atención (Hidalgo & Soutullo, 2014; Sinah, Praveen, Rani, & Anantharaj, 2018).

- **Características clínicas**

En el año de 1902 el pediatra inglés George Still, comienza a describir el TDHA como una conducta impulsiva, agresiva y con falta de atención en infantes que observó; por lo cual él los consideraba como niños/as incontrolables (Portela et al., 2016). Las conductas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) tienen un gran impacto en todas las áreas del funcionamiento del niño o niña (cognitivo, académico, familiar, conductual y social), estos varían desde simples a más complejos, manifestándose de forma diferente según: la edad, el sexo, el contexto en el cual se desarrolla el paciente y las características propias (Hidalgo & Sánchez, 2014).

- **Características del Déficit de Atención**

Los niños/as no prestan suficiente atención a los detalles, cometen muchos errores porque se descuidan con facilidad, son muy desordenados al momento de realizar tareas, normalmente son distraídos, suelen olvidar las cosas con rapidez y tienen problemas para tener una conversación.

- **Características de la Hiperactividad**

Se manifiesta de manera que los infantes se mueven con exceso, les cuesta estar sentados cuando es necesario y jugar de manera tranquila, corren y saltan en situaciones que deberían de estar más calmados, por ello son propensos a sufrir accidentes.

- **Características de Impulsividad**

Se expresa por una incapacidad de controlar sus acciones, el escolar habla en exceso y tiene problemas para esperar su turno, responden antes de que la pregunta haya sido completada; suelen interrumpir la actividad de otros, crean problemas sociales y académicos (Alvárez & Pinel, 2015).

- **Etiología**

El TDAH es una alteración conductual, de etiología multifactorial y heterogénea, compuesta por factores neurobiológicos, genéticos, psicosociales y ambientales. Es altamente hereditario en el rango del 60 al 90 %; existen muchos factores ambientales asociados con los síntomas del TDAH, como la exposición prenatal a la nicótica y el alcohol, el nacimiento

prematureo, bajo peso al nacer y el bajo nivel socioeconómico (Amador & Montealegre, 2017; Aslan, Kilicoglu, Okutan, & Sabancuoglu, 2020).

- **Prevalencia**

Respecto a los niveles en el cual predomina el trastorno en infantes alrededor del mundo. “Estudios de prevalencia del TDAH en la población infantil de diferentes partes del mundo, se observa una amplia variabilidad en la estimación que va del 1.6 % al 26.8 %, aun cuando todos los estudios utilizaron el mismo manual diagnóstico (DSM)” (Barrios et al., 2016, p.102).

Para comenzar, en el año 2010, la República Popular de China reportó que, en niños/as de 7 a 16 años, la prevalencia oscila entre el 3 y 13 %, siendo un total de 4,25 % (Lei & Deng, 2015). Luego, datos reportados en España, en el 2015, del 5 al 8 % de niños/as son diagnosticados con TDAH, esto equivale a 1 o 2 infantes por aula (González, Rodríguez, & Sánchez, 2015). Seguidamente, en Estados Unidos de Norteamérica, la variabilidad reportada es del 6.7 al 12 %. América Latina, del 5.7 al 26.8 % (Barrios et al., 2016). Mientras tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, de acuerdo con la encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, indican que es de 3 % (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2015). Para terminar, el estudio más reciente en Ecuador, la prevalencia del TDAH en adolescentes de 14 a 18 años, reporta que, el 7.3 % de esta población cumple con los criterios diagnósticos para el desorden (Ramos, Bolaños, & Ramos, 2015).

Hidalgo & Sánchez (2014) señalan que, debido a su alta prevalencia durante la infancia, afecta al 5-7 % de la población escolar, siendo más frecuentes entre los varones; su inicio precoz, incapacitante y crónico (el trastorno se inicia en la infancia, continua durante la adolescencia y edad adulta hasta el 40-70 % de los casos) (p.610). Además, algunos autores mencionan que la relación niña/niño es de 1/4, otros hablan de 2 a 9 por cada niña; los niños parecen exhibir mayor hiperactividad, inatención, impulsividad y problemas externalizantes (conductuales), en cambio las niñas generalmente muestran mayor inatención, problemas internalizantes (emocionales) (Rusca & Cortez, 2020).

- **Diagnóstico**

Francia, Migués, & Peñalver (2018) argumentan que “el diagnóstico de este trastorno es puramente clínico, deben ser aplicadas diversas técnicas, pruebas biológicas y entrevistas que, debidamente usadas, contribuyen a evitar el subregistro o el sobrediagnóstico tan polémicamente planteados” (p.492). Dicho esto, el diagnóstico debe ser realizado por el profesional capacitado para tratar trastornos psicológicos, de neurodesarrollo; los cuales deben emplear diferentes métodos para no hacer un sobrediagnóstico o confundirlo con otro síndrome.

En la opinión de Barkley (2011), los criterios diagnósticos del TDAH requieren que estén presentes por lo menos seis de los síntomas y que éstos ocurran con gran frecuencia. Estos síntomas tienen que haberse desarrollado en exceso a lo apropiado para la edad del sujeto, haber perdurado durante por lo menos 6 meses, ocurrir en dos marcos situacionales como: en la casa, en el colegio o situaciones sociales.

- **Comorbilidad**

La comorbilidad se define como la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas, y en el TDAH puede considerarse la norma más que la excepción, esta involucra un peor funcionamiento y pronóstico, especialmente en aquellos casos en los que es múltiple (Hervás & Durán, 2014). Según Scandar y Bunge (2017) “los niveles de comorbilidad del TDAH son elevados, más de la mitad de los niños(as) con TDAH padecen además un segundo diagnóstico, siendo los trastornos del aprendizaje y las conductas disruptivas los más frecuentes” (p.210). Por lo tanto, es necesario conocer la asociación que puede tener el TDAH con otros trastornos, conocerlos y diferenciarlos. En la mayoría de los casos el TDAH se manifiesta con otros síndromes.

La más común es con los trastornos disruptivos, tales como el trastorno oposicionista desafiante (TOD) o el trastorno disocial de la conducta (TDC), la depresión puede presentarse hasta en un 30 % y los trastornos de ansiedad en un 25 %, el trastorno afectivo bipolar se presenta en menos del 4 %, otras entidades asociadas; pero en porcentajes menores, son los tics motores 15 %, el síndrome de Gilles de la Tourette, alteraciones del sueño y el trastorno obsesivo-compulsivo (Martínez, Henao, & Gómez, 2009, pp.180-181).

- **Tratamiento multimodal**

Según Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker, & Bernardo (2012) el tratamiento multimodal abarca la atención en diversas áreas, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Incluye el tratamiento individual al niño/a con TDAH, tal como el tratamiento farmacológico y la orientación psicosocial. El tratamiento individual se orienta a estimular y mejorar las habilidades emocionales, de comunicación, sociales y cognitivas; en cambio el tratamiento farmacológico encamina a mejorar la sintomatología específica del trastorno, el fármaco de elección es el Metilfenidato; la orientación psicosocial se focaliza en asesorar a padres, docentes, sobre la comprensión y atención del niño/a.

En otras palabras, el tratamiento farmacológico va dirigido al control de los síntomas nucleares; y el psicólogo, psicopedagógico se centra en los problemas de conducta y aprendizaje; su objetivo es ayudar al paciente, familia, a manejar la conducta y aumentar el autocontrol (Hidalgo, 2014).

Consideraciones Odontológicas

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), la prestación de la atención bucodental para los niños y niñas con necesidades especiales de salud requieren conocimientos especializados, mayor conciencia, atención y adaptaciones (Ganen, 2011). El TDAH es considerado en la actualidad una enfermedad crónica, se desarrolla en la infancia y se encuentra en los pacientes odontológicos rutinarios (Caballero et al., 2019).

En la consulta odontológica acuden a diario un gran número de infantes diagnosticados con TDAH, muchos de ellos tratados farmacológicamente, a pesar de que aún no se ha encontrado un tratamiento que, por sí solo mejore este angustioso trastorno. Por ello, los odontólogos deben de conocer la enfermedad, sus posibles repercusiones, efectos secundarios del tratamiento y las consideraciones especiales a tener en cuenta en el procedimiento (Carrillo et al., 2009).

Aslan et al. (2020) mencionan que “los síntomas del TDHA pueden verse elevados en los infantes que reciben tratamiento de ortodoncia, y los ortodoncistas deben estar atentos a los síntomas psiquiátricos, especialmente a los de este tipo de condición” (p.35). Los especialistas

deben de reconocer los primeros signos o características del síndrome, para identificar a este paciente en la consulta odontológica y hacer derivaciones al pediatra o neurólogo.

A causa de ello, el odontólogo debe de invertir tiempo necesario que le permita realizar una historia clínica detallada, tales como médica y odontológica, incluyendo los antecedentes conductuales, lo que le permitirá reconocer a los pacientes pediátricos con TDAH y la medicación que reciben (Carrillo et al., 2009). En tal sentido, los pacientes que utilizan medicación de elección para el tratamiento del TDAH como lo es el metilfenidato, pueden ser inducidos al trastorno obsesivo compulsivo y tienen más probabilidades de presentar problemas dentales (Begnini, Brancher, Guimaraes, Araju, & Pizzatto, 2019). Es importante destacar que si el infante está tomando metilfenidato se debe tener gran cuidado al prescribir premedicación oral, especialmente midazolam, para evitar las interacciones medicamentosas (Carrillo et al., 2009).

Galdames (2015) sugiere bastante comprensión y paciencia con el niño/a, dar un breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y lugar; dar solo una instrucción a la vez, mirando al infante a los ojos, felicitar al paciente luego de haber finalizado con éxito una acción; mantener sesiones cortas y pausadas, ignorar la mala conducta y reforzar los comportamientos adecuados.

Para concluir, los niños/as con TDAH necesitan más apoyo con respecto a la higiene bucal y los hábitos alimenticios, deben de ser examinados con mayor frecuencia entre exámenes dentales, para prevenir la progresión de la caries debido a su comportamiento (Begnini, Brancher, Guimaraes, Araju, & Pizzatto, 2019). De la misma manera, el método eficaz para reducir la caries parece ser las visitas al dentista más frecuentes, con instrucciones para mejorar la higiene bucal en el hogar y asesoramiento dietético para reducir el consumo de bocadillos y bebidas dulces (Ehlers et al., 2019).

- **Ansiedad**

Sinah, Praveen, Rani, & Anantharaj (2018) indican que “existe una alta prevalencia de un mayor nivel de ansiedad en los infantes y padres al visitar la clínica odontológica, pero en un niño/a con TDAH esta ansiedad puede manifestarse en un comportamiento sobreexcitado” (p.256). El

nivel de ansiedad que presente el paciente con TDHA es diferente al paciente que no tiene la condición.

El odontólogo debe de identificar el grado de ansiedad y miedo, así como la conducta que puede presentar, ya que el manejo correcto va a permitir el éxito o fracaso del procedimiento. La disminución de la ansiedad y el miedo dental en el paciente infantil es uno de los objetivos clave para conseguir una buena colaboración y por ende un tratamiento exitoso (Bartolomé, Vilar, Cañizares, & Torres, 2020).

- **Manifestaciones bucales**

Puga, Gálvez, & Ibáñez (2017) refieren que el TDAH no se acompaña de manifestaciones bucales específicas, pero se ha observado un mayor índice de caries, siendo considerados como un grupo de riesgo de caries dental. Quijano & Valdivieso (2007) señalan que la medicación para el tratamiento del TDAH podría ser un factor de riesgo para una alta tasa de caries dental.

Caballero et al. (2019) declaran que “las manifestaciones bucodentales que sufren los pacientes con TDAH suelen estar relacionadas a enfermedades periodontales, glositis y candidiasis oral” (p.14). Se debe agregar que el TDAH es una comorbilidad que, junto a los trastornos del estado de ánimo y ansiedad, son factores de riesgo para adquirir hábitos no fisiológicos, siendo los más frecuentes la succión digital, la onicofagia y la respiración oral, con una prevalencia mayor de maloclusiones clase II y clase III (Acuña, Molina, & Blanco, 2018).

Por otra parte, las lesiones dentales traumáticas constituyen una de las principales causas de morbilidad entre los niños de todo el mundo. Tanto las lesiones traumáticas dentales como el TDAH son afecciones prevalentes con un predominio similar (Sabuncuoglu, 2007). En efecto se habla sobre el vínculo que puede o no existir entre traumatismo dentales y el trastorno, más aún por el grado de hiperactividad, ya que el infante es intranquilo y no suele medir el peligro.

- **Higiene oral**

La salud oral e higiene bucal tienen estrechos vínculos con los trastornos psiquiátricos y los problemas psicosociales; la relación entre el TDAH y la mala salud bucal indican que se deben de considerar importante estos trastornos psicológicos en los infantes con problemas dentales (Dursun et al., 2016).

Para obtener un índice bajo de placa dentobacteriana en pacientes con TDAH se necesita crear hábitos y fomentar la motivación, además del reforzamiento intermitente para crear cambios de conducta en cuanto al manejo de la higiene oral y del cepillado (Cruz et al., 2019). Por esa razón, es importante incluir a los padres o tutores en el programa de promoción y prevención de salud oral; se debe de trabajar en conjunto para obtener mejores resultados.

Técnicas de manejo de la conducta

Es necesario cuidar la parte psicológica del paciente para no crear experiencias negativas, las cuales pueden llegar a desencadenar otro tipo de comportamiento, o en el caso de los infantes con TDAH empeorar su desorden conductual. “La experiencia, el tiempo y conocimiento de las técnicas de control de conducta ayudan a mejorar las habilidades del clínico, otorgan confianza y seguridad, lo cual es fundamental para la relación con el paciente pediátrico” (Boj, Catalá, García Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011, p.111).

Estas técnicas se deben de aplicar bajo parámetros establecidos importantes, como el estado mental o físico, desarrollo del niño de acuerdo a la edad. El profesional no debe exceder en el uso de las diferentes técnicas, para así no fastidiar al paciente y conseguir resultados negativos (Quiroz & Melgar, 2012). Boj et al. (2011) y Nava & Fragosó (2012) refieren que en odontología existen varias técnicas o métodos para el control de la conducta en pacientes pediátricos, las cuales se dividen en dos grupos: farmacológicas y no farmacológicas. Las técnicas no farmacológicas estas se llevan acabo para el control de conducta sin el efecto de ningún fármaco, tales como:

-Técnicas por medio de la comunicación: decir-mostrar-hacer, control de voz, comunicación no verbal. La comunicación es el primer objetivo para dirigir su conducta, permite crear un vínculo y generar confianza.

-Modificación de la conducta: refuerzo positivo, refuerzo negativo, modelado. La finalidad de estas, es evitar conductas negativas; para aplicarlas exitosamente se requiere tiempo y paciencia.

-Restrictores de movimiento: mano sobre boca, inmovilización parcial o total. Actualmente, se mencionan en la literatura, pero hay limitaciones para su uso.

En cambio, las técnicas farmacológicas consisten en: sedación consciente, anestesia general. Dependiendo de la edad, nivel de ansiedad, cooperación y tratamiento dental requerido por el paciente se debe considerar el uso (Zafar , 2017).

Según la literatura, las técnicas en odontopediatría se utilizan en el paciente pediátrico rutinario que asiste a la consulta. Se debe de hacer especial énfasis a nivel curricular en el manejo de los pacientes pediátricos con TDAH en el consultorio, el odontólogo debe hacer que la experiencia de estos niños/as sea placentera e inculcar una perspectiva positiva hacia futuros procedimientos; el incluir nuevas técnicas en su tratamiento, facilitará los objetivos de comunicación, cooperación y prestación de atención de calidad en salud bucal (Farhanaz, Yashoda, & Puranik, 2018). Asimismo, algunos autores han optado por investigar otras alternativas para el manejo de conducta, como hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia; son necesarios nuevos métodos, estos deben de estar acorde a los avances tecnológicos y que promuevan la salud (Quiroz & Melgar, 2012).

La aplicación de estas técnicas debe extremarse en los infantes que padecen el TDAH, marcándoles pautas claras que permitan conseguir su colaboración para el tratamiento odontológico (Carrillo et al.; 2009). Las que dieron mejor resultado para el manejo de la conducta en un caso clínico realizado por Salazar & Collantes (2017) fueron: Tell-Show- Do y reforzamiento positivo, vitales para el manejo; así como atención mínimamente invasiva, con el fin de mantener el control y conducta de estos pacientes. Quijano & Valdivieso (2007) y Puga, Gálvez, & Ibáñez (2017) sugieren que una de las estrategias básicas en el manejo conductual para el tratamiento odontológico en niños/as con TDAH es: la relajación, atención y concentración.

Manejo odontológico

Las bases psicológicas para el manejo de conducta son las misma para todos los pacientes pediátricos, pero él odontólogo debe conocer la enfermedad (TDAH) y saber que, como profesional tiene que programar, estructurar pautas y normas de actuación que sirvan de referencia al niño/a con problemas de conducta. Estas pautas y normas deben ser firmes, claras, tanto para el menor como para los padres o tutor (Acuña, Molina, & Blanco, 2018).

Silva, Freire, Santana, & Miasato (2016) consideran que el comportamiento de un niño/a hacia el profesional puede ser impredecible, tomando en cuenta que existen factores psicológicos

relevantes para el tratamiento. Sin embargo, el odontopediatra debe tener en cuenta que, cada paciente presenta diferentes reacciones con respecto al abordaje odontológico, los factores externos pueden influir negativamente en la cooperación.

Ehlers et al. (2019) indican que, debido a los rasgos característicos del TDAH, la higiene bucal y el tratamiento dental de estos niños/as pueden ser un desafío. Según Bimstein et al. (2008), estos rasgos conductuales de los niños con TDAH y su influencia en la salud bucal sugieren la necesidad de desarrollar e implementar estrategias específicas para la prevención y el tratamiento de sus enfermedades. De igual manera, para Salazar & Collantes (2017) “los pacientes con este trastorno son un reto en la odontología actual por su comportamiento, es importante la atención mediante un especialista capacitado con las distintas herramientas” (p.50).

Conclusiones

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con una alta prevalencia en la edad infantil, caracterizado básicamente por inatención, hiperactividad e impulsividad. Los niños/as que presentan este trastorno están asociados a presentar un mayor riesgo de manifestaciones bucales debido a su desorden. El profesional debe de estar preparado y tener conocimiento de las características del síndrome, con la finalidad de dar una mejor atención, para lo cual, hay diversas técnicas de manejo de conducta que se utilizan en la adaptación del infante, se deben de aplicar adecuadamente con las necesidades de cada paciente.

Bibliografía

- Acuña, L., Molina, G., & Blanco, I. (2018). Relación entre hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones. *Cuaderno de Investigaciones-Semilleros Andina*, 11(11), 113-117. Obtenido de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/919/765>
- Alvárez, S., & Pinel, A. (Diciembre de 2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en mi aula de infantil. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(3), 141-152. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3382/338245392008.pdf>
- Amador, E., & Montealegre, L. (2017). Relación entre la no lactancia materna y el desarrollo del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(3), 89-94. doi:10.12873/373eulalia

- Aslan, H., Kilicoglu, H., Okutan, S., & Sabancuoglu, O. (2020). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in A Group of Children Receiving Orthodontic Treatment in Turkey. *Turk J Orthod*, 33(1), 31-36. doi:10.5152 / TurkJOrthod.2020.19020
- Barkley, R. A. (2011). Diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos. Obtenido de <https://www.aepap.org/sites/default/files/profesionales-cap-01.pdf>
- Barrios, O., Matute, E., Ramírez Dueñas, M., Chamorro, Y., Trejo, S., & Bolaños, L. (Julio-Diciembre de 2016). *Suma Psicológica*, 23(2), 101-108. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001
- Bartolomé, B., Vilar, C., Cañizares, V., & Torres, L. (7 de Abril de 2020). Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent*, 17(1), 27-34. Obtenido de https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf
- Begnini, G., Brancher, J., Guimaraes, A., Araju, M., & Pizzatto, E. (2019). Oral Health of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 12(6), 543-547. doi:10.5005 / jp-journals-10005-1691
- Bimstein, E., Wilson, J., Guelmann, M., & Primosch, R. (2008). Oral characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Special Care Dentistry Association and Wiley Periodicals*, 28(3), 107-110. doi:10.1111 / j.1754-4505.2008.00021.x
- Boj, J., Catalá, M., García Ballesta, C., Mendoza, A., & Planells, P. (2011). *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano.
- Caballero, L., Moya, G., Romero, L., & Hernández, A. (Marzo-Junio de 2019). Nivel de conocimiento sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estomatólogos. *Científica Estudiantil de Cienfuegos INMEDSUR*, 2(1), 12-17. Obtenido de <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/29/40>
- Carbone, C. (2019). *Investigación de escritorio*. Obtenido de <https://carocarbs.medium.com/investigaci%C3%B3n-de-escritorio-c3244dcf2fcc>
- Carrillo, M., Marqués, L., Maroto, M., Cardoso, C., & Barbería, E. (Octubre de 2009). Trastornos de la conducta en el niño y repercusión en la atención odontopediátrica. *JADA*, 4(5), 250-255. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/257920315_Trastornos_de_la_conducta_en_el_nino_y_repercusion_en_la_atencion_dontopediatrica_El_Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_con_Hiperactividad_TDAH
- Cruz, A., Hernández, K., Moreno, X., Rangel, J., Guzmán, C., & Baeza, G. (Mayo-Diciembre de 2019). Entrenamiento cognitivo-conductual para fomentar la higiene bucal en paciente con discapacidad intelectual y TDAH. Reporte de un caso. *SALUD EN TABASCO*, 25(2-3), 97-100. Obtenido de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tIDcRXggNIwJ:https://tabasco>.

gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/97_0.pdf+&cd=8&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec

- Delgado, I., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L., & Bernardo, J. (Abril de 2012). Intervención Multimodal del tDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(11), 45-51. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884005.pdf>
- Dursun, O., Şengül, F., Esin, İ., Demirci, T., Yücel, N., & Ömezli, M. (2016). Mind Conduct disorders in children with poor oral hygiene habits and attention deficit hyperactivity disorder in children with excessive tooth decay. *Archives of Medical Science*, 12(6), 1279–1285. doi:10.5114 / aoms.2016.59723
- Ehlers, V., Callaway, A., Wantzen, S., Patyna, M., Deschner, J., & Azrak, B. (2019). Oral health of children and adolescents. *BMC Oral Health*, 19(1), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12903-019-0948-5>
- Farhanaz, F., Yashoda, R., & Puranik, M. (2018). Oral health status and parental perception of dental anxiety of attention deficit hyperactivity disorder and nonattention deficit hyperactivity disorder children in Bengaluru city: A cross-sectional study. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 16(4), 291-6. doi:10.4103 / jiaphd.jiaphd_139_18
- Francia, A., Miguez, M., & Peñalver, Y. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y tratamiento. *Acta Médica del Centro*, 12(4), 489-495. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec1841.pdf>
- Fundación Adana. (s.f.). Obtenido de <https://www.fundacionadana.org/definicion-tdah/>
- Galdames, S. (2015). Fobias y conductas disruptivas en niños de hoy. *Sociedad Chilena de Odontopediatría*, 30(1). Obtenido de <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/vol-30-n1-2015.pdf>
- Ganen, I. (2011). Odontología para Niños con Necesidades Especiales. *Dentalcare.com Continuing Education Course*, 1-12. Obtenido de <http://la-clinica-del-parqu.emiweb.es/medias/files/odontologia-para-los-ninos.pdf>
- González, R., Rodríguez, A., & Sánchez, J. (Marzo-Abril de 2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 58-61. Obtenido de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Hernandez, G. (Julio-Diciembre de 2017). Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/b_huejutla/2017/Metodo_Analitico.pdf
- Hervás, A., & Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, XVIII(9), 643-654. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>

- Hidalgo, I. (2014). Situación en España del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, XVIII(9), 595-597. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/situacion-en-espana-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
- Hidalgo, I., & Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. *Pediatría Integral*, XVIII(9), 609-623. Obtenido de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/03/n9-609-623_Ines%20Hidalgo.pdf
- Hidalgo, I., & Soutullo, C. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, XVIII(9). Obtenido de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- Lei, L., & Deng, D. (Agosto de 2015). Investigación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escuelas primarias rurales y urbanas en Guangxi, China. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(2), 157-165. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946783008.pdf>
- Martínez, M., Henao, G., & Gómez, L. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 178-184. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615448011.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2015). Encuesta nacional de salud. Bogotá. Obtenido de https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Nava, V., & Fragoso, R. (Octubre-Diciembre de 2012). Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Revista Odontológica Mexicana*, 16(4), 242-251. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v16n4/v16n4a3.pdf>
- Orellana, C. (2018). *fundacioncadah.org*. Obtenido de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-e-impulsividad.html>
- Portela, A., Carbonell, M., Hechavarría, M., & Jacas, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones. *MEDISAN*, 20(4), 556-606. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164p.pdf?fbclid=IwAR3bYXcYdntq2zQr9HCc9RV_HrwFkjrpRHFLEfB_lwRPaZEzvPrzT2Asyhs
- Puga, P., Gálvez, D., & Ibáñez, M. (4 de Junio de 2017). Manejo del paciente infantil con hiperactividad en la consulta de odontología. *Portales Medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/paciente-infantil-hiperactividad-consulta-de-odontologia/>

- Quijano, G., & Valdivieso, M. (Enero-Junio de 2007). Déficit de atención e hiperactividad: un reto para el odontopediatra. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 40-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539347008.pdf>
- Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, XVII(9), 600-608. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
- Quiroz, J., & Melgar, R. (Abril-Junio de 2012). Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia. *Estomatológica Herediana*, 22(2), 129-136. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539370009.pdf>
- Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (Diciembre de 2015). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes ecuatorianos. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(1), 13-19. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/290193566_Prevalencia_del_TDAH_en_estudiantes_antes_ecuatorianos
- Rojas, N. (2009). *Guía de Manejo Paciente con Hiperactividad y Déficit de Atención*. Obtenido de http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Hiperactividad.pdf
- Rusca, F., & Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. doi:10.20453/rnp.v83i3.3794
- Sabaté, J., García, A., Blasco, H., & Huete, B. (Marzo-Abril de 2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 74-80. Obtenido de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatría/2015/REP%2071-2.pdf>
- Sabuncuoglu, O. (2007). Traumatic dental injuries and attention-deficit/ hyperactivity disorder: is there a link? *Dental Traumatology*, 23(3), 137-142. doi:10.1111/j.1600-9657.2005.00431.x
- Salazar, M., & Collantes, J. (1 de Marzo de 2017). Tratamiento Odontológico en Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *OdontoInvestigación*, 3(1), 44-52. doi:<https://doi.org/10.18272/oi.v3i1.853>
- Scandar, M., & Bunge, E. (Agosto de 2017). Tratamiento psicossociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(2), 210-219. doi:10.24205/03276716.2017.1019
- Silva, L., Freire, N., Santana, R., & Miasato, J. (Mayo-Agosto-Octubre de 2016). Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 28(2), 135-142. Obtenido de

http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/mayo_agosto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf

Sinah, S., Praveen, P., Rani, S., & Anantharaj, A. (2018). Pedodontic Considerations in a Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Literature Review and a Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent*, 11(3), 254-259. doi:10.5005 / jp-journals-10005-1522

Top Doctor. (s.f.). Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/trastorno-del-neurodesarrollo>

Zafar , S. (2017). Dental Management of a Child with Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Oral Health and Dental Management*, 16(4), 1-7. Obtenido de https://researchoutput.csu.edu.au/ws/portalfiles/portal/22153140/19326610_Published_article.pdf