



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN,  
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N:  
CECILIA FALCÓN FLORES  
HOMERO ALAN RIOS RUIZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. OLGA TABOADA ARANZA

ASESORA: C.D. HILDA MA. LUVIANO JARAMILLO



MÉXICO, D.F.

FES ZARAGOZA



NOVIEMBRE, 2005.

0349836

CIRUJANO  
DENTISTA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## GRACIAS

Hoy me siento afortunada al poder decir gracias, por existir por sonreír y celebrar que aún queda mucho por vivir.

Gracias por unos padres bondadosos que me arroparon con besos, voy a hacerlos sentir orgullosos por enseñarme que la paz es el trabajo y la constancia. Por no dejarme caer en la maldad y en la ignorancia.

Gracias a mis hermanos por su confianza y apoyo, por compartir momentos de paz y malas sorpresas, por compartir una cama y un plato lleno en mi mesa.

Gracias Ale por ser la cobija de esta celda, por resurgir y motivarme.

Gracias a mis amigos por sus ánimos, por dejarme descansar y hacerme reaccionar.

Hoy agradezco a aquellos que se lo merecen, porque de ellos me formo día a día.

AFF

CECILIA FALCÓN FLORES

A mi madre  
por tener el valor de dejarme en sus brazos  
aunque haya sufrido mucho por ello.  
Para ella mi total admiración y amor.

A mi hermana  
por cuidarme y guiarme toda mi vida por el camino correcto.  
Por tu ayuda gracias.

A mis hermanos  
por enseñarme el valor del trabajo,  
el esfuerzo que cuesta vivir y mostrarme que puedo ser mejor cada día.

A Fan  
por ser la luz que necesitaba mi vida.  
Te amo.

A Cecilia  
por soportar mi ansiedad y no dejarme solo en este último peldaño.

HOMERO ALAN RIOS RUIZ

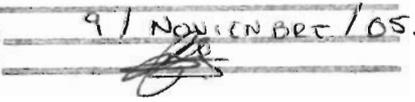
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Homero Alan Rios Ruiz

FECHA: 09 - Nov - 05

FIRMA: 

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Cecilia Falcón Flores

FECHA: 9 / Nov / EN BRE / 05.

FIRMA: 

Agradecemos su colaboración  
para la realización de esta tesis  
a nuestra directora Mtra. Olga Taboada Aranza,  
a nuestra asesora C.D. Hilda Ma. Luviano Jaramillo  
y a nuestros sinodales  
por el esfuerzo realizado a nuestro lado.

## INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
OBJETIVOS	33
PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	35
CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

## INTRODUCCIÓN

Con la denominación de Trastornos por Déficit de Atención (TDA), se conocen actualmente a una serie de conductas infantiles que pueden persistir aún en la adolescencia y en ocasiones en la edad adulta, esto tiene que ver con una problemática que tiene relación con el comportamiento y la atención, y que han sido siempre bastante difíciles de definir y de agrupar.

El manejo adecuado de este tipo de pacientes es complicado para los profesionales de la salud, entre ellos, el Cirujano Dentista, el cual se enfrenta a la necesidad de encontrar una serie de herramientas que le permitan realizar las acciones ante la demanda del servicio dental de estos pacientes.

En el manejo estomatológico del paciente con TDA se deben considerar las conductas, los fármacos que recibe, la evolución de su comportamiento y las posibles enfermedades que pueden acompañarlo.

Estos factores determinan la intervención en dichos pacientes por lo que, el propósito de este trabajo es dar a conocer el manejo estomatológico, mediante la presentación de un caso clínico de un paciente atendido en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, donde por medio de la implementación de diferentes técnicas de modificación de conducta se llevó a cabo el tratamiento odontológico, logrando con ello mejorar la calidad de vida de este paciente.

## JUSTIFICACIÓN

Se estima que las discapacidades en el mundo se presentan en al menos dos de cada diez niños que nacen. De acuerdo a la Institución de Rehabilitación Internacional la cifra de discapacitados en el mundo es de 500 millones; de éstos, más de dos tercios viven en países subdesarrollados la mayoría sin servicios de rehabilitación. En México, se calcula un número aproximado de 9 millones de personas con alguna discapacidad.<sup>1</sup>

Dentro de estas discapacidades se encuentra el TDA. Este es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población pediátrica. Se estima su prevalencia en la población abierta del 3% al 4%, la más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y 9 años donde es del 8%. La prevalencia en la población adolescente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente es del 40%.<sup>2</sup>

En México se está iniciando una base de datos acerca de la morbilidad de lesiones en tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en la población con discapacidad, además de que se está resaltando la necesidad de la rehabilitación integral para población con alteraciones psiquiátricas; de ahí la importancia de contribuir en este campo para su mejor desarrollo.

## MARCO TEÓRICO

### TEORIAS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCION

El TDA es un trastorno crónico del desarrollo que se caracteriza por una disminución de la atención, por la dificultad en el control inhibitorio expresado a través de la impulsividad conductual y cognoscitiva, así como, de una inquietud motora y verbal. Estas características deben aparecer antes de los 7 años de vida según lo establece la taxonomía internacional y ser inapropiadas para la edad o el nivel de desarrollo del paciente.<sup>3</sup>

El primer reporte de TDA se atribuye a Goerge Still, quien en 1902 describió niños con inatención e impulsividad.<sup>4</sup>

Se estima que padece este trastorno, entre el 3 y el 5 % de los niños de edad escolar, pero hay reportes que informan hasta del 12 %; la razón hombres/mujeres varía entre 6:1 y 10:1.

A pesar del creciente interés por investigar el TDA aún se desconoce la causa o causas de esta enfermedad pero se reconoce que tiene un origen biológico. Dentro de este origen se cree que influyen factores genéticos, neuroquímicos, toxinas ambientales, aditivos en los alimentos y complicaciones en el embarazo y parto,<sup>5</sup> entre las más investigadas se encuentran:

#### **Factores genéticos y neuroquímicos**

Se ha asociado este trastorno con genes defectuosos, relacionados con genes de transporte y receptores de dopamina cerebral, como el gen receptor de D2 a dopamina y en el cromosoma 11q.

Se ha observado que los hijos de padres con TDA tienen mayor riesgo de presentar clínicamente la sintomatología de este trastorno.

## **Toxinas ambientales**

Las altas concentraciones de plomo en sangre se ha correlacionado con la presencia de síntomas de hiperactividad y alteraciones cognitivas. Sin embargo, aunque sabemos que el plomo afecta el cerebro y puede causar una encefalopatía grave, no se ha establecido una especificidad en la relación de alta concentración de plomo con una conducta hiperactiva. La conclusión aceptada hoy, es que la exposición a plomo no es la mayor causa de hiperactividad pero que a altas dosis es una causa contribuyente para ello.

## **Aditivos en los alimento**

Los colorantes, saborizantes y preservadores sintéticos han sido relacionados con la hiperactividad, en los estudios clásicos de Feingold en 1975, pero los estudios posteriores no han podido concluir efectivamente esta correlación.<sup>6</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

Los hallazgos clínicos y el interrogatorio meticuloso siguen siendo la base para la identificación de este síndrome.

Los criterios diagnósticos han sido establecidos y publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). De acuerdo a este manual, para el diagnóstico del TDA se requiere que estén presentes por lo menos seis de los criterios de inatención, de hiperactividad-impulsividad o de ambos. Que estos síntomas hayan persistido por seis meses como mínimo, que se inicien antes de los siete años de edad, que causen deterioro funcional, que sean observados al menos en dos espacios físicos diferentes como en la casa y la escuela, además de no ser ocasionados por otros trastornos.

Los criterios para el diagnóstico de falta de atención son:

1. Falla para mantener la atención a detalles o cometer errores en tareas, trabajos u otras actividades.
2. Dificultad para mantener la atención o actividades de juego.
3. No escuchar cuando se le habla directamente.
4. No seguir instrucciones y falla para terminar tarea, trabajos o deberes.
5. Dificultad para organizar tareas.
6. Evitar un esfuerzo mental sostenido.
7. Perder cosas necesarias para las tareas o actividades.
8. Distracción fácil por estímulos externos.
9. Descuidado en actividades diarias.

Los criterios que se consideran para el diagnóstico de hiperactividad e impulsividad son:

Para hiperactividad:

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.
2. Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Correr y saltar en exceso.
4. Dificultad para jugar tranquilo.
5. Actuar como "movido por un motor".
6. Hablar excesivamente.

Para impulsividad:

1. Responder precipitadamente antes de haber sido completadas las preguntas.
2. Dificultad para esperar turno.
3. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Se sabe que el TDA es una enfermedad, que tiene diferentes niveles de severidad: leve, moderado y grave.

La clasificación del Trastorno de déficit de atención se da a través de tres tipos:

- ☞ **Déficit de atención predominante.** Reúnen los criterios de inatención, pero no los de hiperactividad-impulsividad.
- ☞ **Hiperactividad-impulsividad predominante.** Cumple los criterios de hiperactividad-impulsividad, y están ausente los de inatención.
- ☞ **Combinado.** Se satisfacen los criterios de inatención e hiperactividad-impulsividad.

**Estudios imagenológicos.** La tomografía axial computarizada del cráneo y la imagen cerebral por resonancia magnética no tienen utilidad práctica en el estudio de este padecimiento.

**Electroencefalograma.** Únicamente está indicado en los niños con historia de epilepsia y no debe hacerse en forma rutinaria.

**Pruebas psicológicas.** No hay pruebas útiles para su diagnóstico. Sin embargo, es razonable valorar la inteligencia de estos niños, conocer sus actitudes verbales y de ejecución, así como realizar pruebas que permitan identificar dificultades del aprendizaje y la atención, hiperactividad y su estado socio-emocional.

Se recomienda que también se explore la destreza motora, la coordinación ojo-mano, así como la memoria auditiva y visual.<sup>7</sup>

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cabe aclarar que los problemas de atención no son exclusivos del TDA, el cual se puede presentar solo o con una variedad de enfermedades que pueden cursar con inatención o hiperactividad, entre las enfermedades que comparten estos síntomas se encuentran:

- a) Retraso mental.
- b) Trastornos graves del desarrollo y espectro autista.
- c) Trastorno de Asperger.
- d) Trastorno de Rett.
- e) Síndrome de Gilles de la Tourette.
- f) Epilepsia.
- g) Síndrome X frágil.
- h) Síndrome de Prader-Willi.

### **a) Retraso mental**

Es el funcionamiento intelectual general a un nivel significativamente abajo del promedio que coexiste con deficiencia en la conducta de adaptación, limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de destrezas aplicables: la comunicación, la automanutencción, las destrezas sociales, el uso comunitario, la independencia, la salud y seguridad, la academia funcional, el relajamiento y el trabajo. Se manifiesta durante toda la vida, afectando adversamente al normal rendimiento educativo del niño.<sup>8</sup>

### **b) Trastornos graves del desarrollo y espectro autista**

Representan una amplia gama de enfermedades asociadas con el aprendizaje y el comportamiento. Es un síndrome de disfunción neurológica que se manifiesta a través de conductas ritualizadas o de apego exagerado a objetos, que lleva a una

compleja discapacidad del desarrollo como resultado de un desorden neurológico que afecta el desarrollo del cerebro, impactando en las áreas de interacción social y las habilidades de comunicación.<sup>9</sup>

#### **c) Trastorno de Asperger**

Este trastorno se caracteriza por mostrar problemas con procesos mentales que regulan la planeación, por lo que tienen la imposibilidad de mentir o engañar, se manifiesta predominantemente en varones.

#### **d) Trastorno de Rett**

Se manifiesta sobre todo en mujeres, con la presencia de un deterioro de las funciones mentales, múltiples movimientos estereotipados, interés social disminuido, alteraciones de coordinación, del lenguaje expresivo con retraso psicomotor grave a partir de los dos años y medio de edad.

#### **e) Síndrome de Tourette**

Trastorno neurológico caracterizado por movimientos involuntarios (tics motores y vocales) acompañados de coprolalia (necesidad urgente de expresar groserías en voz alta) y ecolalia (repetir en múltiples ocasiones la misma frase), muestran problemas de atención, rasgos obsesivo-compulsivos, acciones autoagresivas como morderse los labios o la mejilla.

#### **f) Epilepsia**

Es un trastorno neurológico crónico provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en algunas zonas del cerebro, se caracteriza por una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados de forma repetitiva

y con cierta frecuencia, debido a descargas excesivas de las neuronas cerebrales a lo que se le denomina ataque epiléptico.<sup>10</sup>

#### **g) Síndrome X frágil**

Defecto genético asociado a la falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma X, la prevalencia mayor se da en varones con la presencia de retraso mental leve.

#### **h) Síndrome de Prader- Willi**

Defecto genético derivado de un problema con la formación del cromosoma 15. Desde el nacimiento presenta bajo tono muscular con dificultades para deglutir, aunque en edades posteriores presenta obesidad, problemas de atención, labilidad emocional y habilidades motoras pobres.<sup>4</sup>

### **PRONOSTICO**

Se estima que en el 78% de los niños a los que se les diagnostica TDA lo presentan persistentemente en la adolescencia pudiendo manifestar los síntomas hasta la edad adulta, lo que interfiere en el aprovechamiento escolar, la autoestima, las relaciones familiares, y predisponiendo al paciente a situaciones de riesgo.

Cuando el TDA está presente en adultos no es común que se haga éste diagnóstico a pesar de que manifiesten hiperactividad, inatención, labilidad emocional, temperamento explosivo, impulsividad, emotividad y desorganización; por lo que en los casos en que exista duda es importante investigar la historia pediátrica del paciente.<sup>5</sup>

## ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

El TDA en los niños afectados genera dificultades y sufrimientos, por lo que requieren de ayuda para adaptarse exitosamente a los requerimientos de la vida cotidiana.

El tratamiento de los niños, adolescentes y adultos con TDA, debe ser multidisciplinario, esto es, con atención médica psiquiátrica, psicosocial, terapias psicopedagógicas, neuropsicológicas, cognitivas, conductuales y familiares.

Cabe aclarar que, el tratamiento farmacológico es actualmente el de primera elección cuando se hace diagnóstico de TDA; ya que es una parte del tratamiento que se ha incrementado en los últimos años, con excelentes resultados.

Se considera que los estimulantes son los medicamentos más efectivos por lo que se les considera de primera línea en el tratamiento, ya que mejoran la hiperactividad y el rendimiento escolar. Estos medicamento se utilizan con un esquema de dosis respuesta, por ejemplo, en el caso de estimulantes como el metilfenidato –que es el más utilizado, en la mayoría de los pacientes con TDA-.

En México se cuenta en el mercado con metilfenidato, de acción corta, en comprimidos de 10 mg; que por tener una vida media es necesario darse cada 6 horas. Existe también una presentación de acción prolongada, con 18 mg y una vida media de 12 horas, por lo que se administra una sola vez al día, es conveniente iniciar con la dosis mínima (efectiva) de 0.3 a 0.6 mg/kg/dosis, y aumentarla semanalmente en 5 mg, hasta observar una respuesta positiva e identificar posibles efectos colaterales. La dosis máxima recomendable para este medicamento puede ser de 40 a 60 mg. Es deseable comenzar con un preparado de acción corta y una vez establecida la dosis cambiar a uno de acción prolongada.

Cuando el TDA afecta el desempeño escolar el metilfenidato puede darse solamente de lunes a viernes. Algunos niños pueden presentar efectos secundarios indeseables, como inapetencia, dificultad para conciliar el sueño, cefalea, dolor abdominal, mayor hiperactividad, irritabilidad y tristeza; en todo caso se debe esperar un tiempo razonable para su adaptación, para ajustar la dosis, pero si persisten los efectos adversos cabe considerar otro medicamento.

Los antidepresivos son los medicamentos de segunda elección y se usan como alternativa en el 10 a 20% de los niños que no responden a los estimulantes. Tienen un mayor tiempo de acción y no hay síntomas de rebote, pero deben darse en forma continua. Los efectos indeseables son: disminución del apetito, sedación, y efectos anticolinérgicos, más evidentes con los medicamentos tricíclicos.

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, pueden ser útiles en caso de adolescentes con depresión. Dentro de estos se encuentran la imipramina y la amitriptilina que son los más empleados y seguros pero no deben usarse en menores de 6 años. La dosis es de 1 a 5 mg/kg/día, dividido en dos dosis, la que se incrementará progresivamente.

Otro tipo de antidepresivo utilizado es la Fluoxetina es un inhibidor potente y específico de la recaptación de serotonina en la neurona presináptica. La dosis usual inicial es de 20 mg/día administrados por la mañana. Debe considerarse el aumento de la dosis si después de varias semanas de tratamiento no se observa mejoría clínica. Las dosis superiores (hasta 80 mg /día) deben ser administradas en dos tomas, por la mañana y durante el almuerzo. Sus reacciones adversas son: náuseas, diarrea, boca seca, erupciones cutáneas, reacciones anafilactoides, reacciones maníacas o psicóticas en sujetos predispuestos, pérdida de peso, confusión mental, trombocitopenia, hiperprolactinemia, ginecomastia, mastodinia, dismenorrea, sangrado vaginal, disfunción sexual, retención urinaria y congestión nasal.<sup>11</sup>

## ALTERACIONES ODONTOLÓGICAS DE PACIENTES CON TDA

El paciente con TDA generalmente es atendido en instituciones especializadas. Existe poca información sobre la incidencia de las patologías estomatológicas en los pacientes con dicha enfermedad. Los pacientes psiquiátricos al igual que los individuos considerados "sanos", presentan las mismas enfermedades bucales. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con enfermedad mental son personas que tienen una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal. Entre estos factores sobresalen: los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental tanto en higiene como en atención clínica, daños neuromotores que pueden ocasionar falta de control en músculos.

Otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos, alteran la fisiología normal de las glándulas salivales y de los epitelios de la mucosa bucal, situación que genera mayor predisposición para la acumulación de placa bacteriana y padecimientos del tejido blando gingival, así como afecciones de tejidos duros.

Las alteraciones bucales se presentan clínicamente en igual forma en todos los pacientes mentalmente comprometidos, sin embargo, en aquellos pacientes con compromiso sistémico -como los trastornos orgánicos entre los que destacan la epilepsia y retraso mental- es probable que se presenten con mayor frecuencia periodos agudos.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el que se revisaron 76 pacientes, 45 pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos y 31 con esquizofrenia, se encontró que los padecimientos bucales de mayor prevalencia fueron: caries dental y gingivitis.<sup>12</sup>

En el estudio epidemiológico de enfermedades bucodentales realizado a 195 pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se encontró que entre las tres principales lesiones de tejidos blandos se encontraban el mordisqueo de carrillo en 98 pacientes, fibroma en 72 pacientes y úlceras en 12 pacientes.<sup>13</sup>

La prevalencia de caries encontrada en los pacientes psiquiátricos es alta. La caries es una enfermedad multifactorial pero en estos pacientes deben considerarse las alteraciones motoras y fisiológicas de los trastornos mentales que pudiesen tener el paciente como un factor de riesgo de la enfermedad dental y sobre todo tener en cuenta que la caries es un proceso patológico que puede desarrollarse lentamente en una persona sana pero que en una persona con enfermedad mental pueden avanzar más rápidamente.<sup>14</sup>

En un estudio realizado en España, se encontró que la caries en personas disminuidas psíquicamente aumenta en un lapso de cinco años cuando no se combina la curación con la prevención.<sup>15</sup>

En los pacientes disminuidos también son frecuentes las enfermedades periodontales -por la falta de higiene bucal-, presencia de restos radiculares, mayor pérdida de dientes, dando lugar a maloclusiones, infecciones como la celulitis y una deficiente masticación, lo que favorece la reducción de minerales y vitaminas.<sup>16</sup>

Se recomienda utilizar como medidas preventivas el control y ajuste frecuente de las dosis medicamentosas y un control eficiente y riguroso de placa bacteriana a través de la higiene dental realizada con asesoría del Cirujano Dentista, el Médico Psiquiatra, familiares y todos aquellos que colaboren con el paciente para su rehabilitación.

Debe considerarse a los niños con TDA como pacientes con alto riesgo a sufrir caries dental y enfermedades de tejidos blandos, por lo que deben extremarse las precauciones, ya que éstos pacientes también tienen derecho a una atención de calidad por parte del equipo de salud y nosotros nos encontramos dentro de él.

### ***TÉCNICAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA***

En algún momento de la vida en toda persona se presentan la ansiedad y el miedo repentinos o anticipados, con incrementos concomitantes en la frecuencia cardíaca, la resequeidad bucal, la sudoración de las manos y la sensación de vacío estomacal.

Se puede definir la ansiedad como una reacción a un peligro desconocido; su fuente se localiza en el inconsciente. Puede describirse como aprensión intensa y malestar difuso, no formulado, reflejado en una combinación peculiar de alteraciones visceromotoras y tensiones esqueléticas.

Es posible definir al miedo como la reacción a un peligro conocido; su origen es consciente. El miedo es una reacción integral, en ocasiones útil, a las situaciones de la vida, aunque se acompaña de la restricción de la acción. La persona con miedo ante la situación terapéutica dental, puede proceder con el tratamiento, incluso con cierta dificultad,<sup>17</sup> en este caso la mayoría de las veces se encuentran algunos de los niños con TDA ya que sus miedos son iguales a los de la población en general.

En el paciente psiquiátrico las reacciones son similares, pero sólo en cuanto a que las componen elementos semejantes. Hay distorsiones y cambios en el tono y valor que en el cuadro total representan un fenómeno que difiere de lo normal. En este caso el paciente tiene conflictos emocionales surgidos de la situación dental que persisten sin solución en varios de estos niveles, por lo que perdura un estado de tensión o conflicto. Las estadísticas afirman, según Scott y Hirschman, que de

8 a 15% de la población tiene fobias en cuanto a las visitas al consultorio dental y a recibir atención odontológica. Sin embargo, se sabe que buena parte del otro 85 a 90%, aunque sin fobia, exhibe cierta forma de miedo o ansiedad antes y durante el tratamiento.<sup>18</sup>

Los pacientes normales reaccionan en tres estratos al miedo y a la ansiedad. El primero, es el nivel intelectual de reacción; es el más elevado. La persona está dispuesta a aceptar y enfrentar las dificultades para lograr ciertos resultados y beneficios.

El segundo nivel de reacción es emocional; se divide en dos tipos, con importancia fisiológica y psicológica; pueden expresarse como ira, que aparece en varios grados de resistencia y hostilidad, actitud que conduce a la pelea, o pueden manifestarse como miedo, en varios niveles, incluso pánico o terror, llevando a la pelea. En el nivel emocional existe una recapitulación de los fenómenos psicológicos básicos de la lucha o el escape. Esta reacción de miedo, que lleva a la pelea o a la huida, es una respuesta defensiva instantánea ante una amenaza o un peligro, que sobrevive a través de la evolución humana.

El tercer nivel de reacción es el hedónico, que es el más bajo. A las personas de este tipo sólo les interesa lo propio, en términos de aceptar las cosas agradables y rechazar las desagradables, sin importarles mucho el desenlace o la naturaleza del tratamiento: aceptan lo que es cómodo y rechazan las molestias.

Las técnicas psicológicas en la práctica odontológica comprenden un enfoque triangular. Se considera a sí misma con la comprensión de las necesidades del paciente, sus miedos, impulsos y defensas; considera el trato adecuado del enfermo por parte del dentista; y abarca las necesidades del mismo odontólogo. Esto lleva a un conjunto de principios para tratar al paciente ansioso, miedoso, o emocionalmente alterado que puede llamarse "el método de la realidad".

1. Se le reconoce al enfermo la realidad de sus síntomas o molestias. Al hacerlo, se confirma su dolor o incomodidad y se le hace sentir que el problema presentado al dentista es real. Esto debe manifestarse en la actitud y el comportamiento del odontólogo. No es un principio que se pueda aplicar mecánicamente sino que debe tener una motivación interna.
2. La ansiedad o el miedo del paciente ameritan una escrupulosa exploración de sus síntomas y molestias; el examen no debe ser precipitado. No puede subestimarse la necesidad del sujeto por recibir un procedimiento que le garantice que se hace todo lo posible por entender el problema y su solución.
3. En determinado momento es indispensable un comentario positivo de que todo saldrá bien. Los exámenes conducidos en silencio o con expresiones y gruñidos eruditos producen ansiedad. En consecuencia, es importante tranquilizar al individuo en cuanto a que el problema es comprensible y que no está solo ante dicha dificultad. Se intenta superar el sentido de aislamiento y durante el examen constantemente se busca establecer una cálida relación humana.
4. Se hace el comentario positivo de que hay disponibilidad de ayudar.

Estos principios permiten ayudar dentro de las limitaciones individuales, a los pacientes con TDA.<sup>17</sup>

En este momento nos permitimos aclarar que, durante el periodo en el que se trabajó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro no se presentó algún niño con cuadros fóbicos que evitara a toda costa a ser sometido al tratamiento odontológico. Los pacientes fóbicos son recluidos en el Hospital en periodos de crisis, por lo que las técnicas para el manejo de conductas en el campo odontológico que se presentan a continuación son las de uso cotidiano y han sido de gran ayuda para el manejo estomatológico de los pacientes con TDA en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro a continuación se mencionan ellas:

## **Control de sentimientos y emociones**

El Cirujano Dentista debe controlar sentimientos incluyendo tristeza, alegría, coraje, desesperación, ternura, cariño, problemas con los padres y desagrado, ya que, cuando las emociones intervienen en el trabajo, se pierde la objetividad. Lo más común es que cambian el ¡No! suave a ¡No! fuerte, además, cuando se muestran emociones, se vicia la consulta y se confunde al niño en su entendimiento de las instrucciones, causando por consiguiente una baja en su rendimiento o avance.

## **Manejo de expresión facial, tono y volumen de voz**

Se deben manejar las diferentes expresiones faciales, el tono y volumen de la voz, éstos deben ser congruentes con el elemento que se está trabajando, ya sea, presentación de un estímulo, una corrección o un reforzamiento. Esto ayuda a comunicarle al niño si está bien o mal lo que está haciendo.

En las instrucciones o presentación del estímulo, tanto la expresión facial como el volumen y tono de la voz deben mantenerse neutros, el reforzador debe acompañarse de una expresión facial de alegría exagerada y con un tono y volumen de voz agudo, y la corrección con una expresión de enojo y un volumen y tono graves.

Es importante aclarar que lo que el niño nota, es la diferencia de tonos, más que el tono en sí. No existe un tono determinado que se deba aplicar pero sí la forma, además, el Cirujano Dentista debe tener una voz clara y debe hacer énfasis en su pronunciación.

## **Dar instrucciones**

La instrucción es una de las herramientas más importantes y su objetivo principal es poner las conductas del niño bajo un control instruccional o bien hacer que el

niño siempre obedezca. Al dar una instrucción se debe tomar en cuenta lo siguiente:

Que sea corta. Debido a que el paciente tiene dificultad para entender, las instrucciones, estas deben ser fáciles de entender, se recomienda de 1 a 3 palabras como máximo.

Usar mímica y gestos. Nuestro cuerpo es una gran fuente de comunicación visual con los niños, ayuda a transmitir las instrucciones, en etapas iniciales se debe procurar hacer gestos de manera exagerada como si el niño estuviera muy lejos, para que nos vea, es importante siempre lograr su atención.

Lenguaje pro-positivo. La palabra "NO" se debe evitar en lo más posible ya que es mejor enseñar que limitar.

Consistencia. La instrucción debe ser siempre exactamente igual, a menos que se haya programado una diferente para lograr en el niño la habilidad. Por ejemplo, si la instrucción es "ven aquí", no es válido cambiarla por "ven acá", "vente" o "ven".

Constancia. Las instrucciones que se manejen deben ser las mismas que las utilizadas en su casa, un error frecuente es que el terapeuta quiera imponer sus frases al niño y obligar a sus padres a cambiar su manera de hablar, salvo que en forma demostrada, perjudique al niño, lo más recomendable es que se acople el Cirujano Dentista al entorno del niño y su familia.

### **Manejo de apoyos**

Los apoyos consisten en ayudar o llevar al niño a través de los elementos que componen la respuesta que buscamos. Existen cuatro tipos básicos de apoyos:

- ☞ Físico. Es la ayuda que se brinda al niño por medio de la estimulación física de los elementos de la conducta. Por ejemplo, guiar la mano al niño para que tome el cepillo y se cepille como le indicamos.
- ☞ Apoyo visual. Ayuda que se le da al niño mediante señas a la conducta esperada, estos pueden ser con la mirada, con movimiento de la cabeza o de la mano, por ejemplo, apuntamos hacia un objeto.
- ☞ Auditivo. Consiste en brindar la ayuda al niño mediante el énfasis en alguna de las sílabas que componen la instrucción verbal, por ejemplo, mostrar al niño como se abre la boca y al ver que no se logro la respuesta, se dice " a.....bre.....".
- ☞ Verbal. Esta ayuda se utiliza solo en el área de lenguaje y consiste en separar o alargar la sílaba, palabra u oración. Por ejemplo, para que el niño diga "mamá", se puede dar apoyo verbal separado: "ma-má" o también apoyo verbal alargado "maaaaamá". <sup>19-20</sup>

Antes de elegir algunas de las técnicas para la modificación de conducta es necesario considerar lo siguiente:

*Línea base o preevaluación.* Esta se lleva a cabo durante la primera entrevista del paciente con el Cirujano Dentista, se observa con detalle el comportamiento del niño sin administrar reforzadores ni estímulos de apoyo, sirve como punto de partida para el entrenamiento.

*Evaluación de la conducta.* La evaluación de la conducta es el análisis de la misma, con el objetivo de ver mediante qué técnica se va a trabajar y qué apoyos o ayudas se le van a dar a la conducta.

*Escala de reforzadores.* Antes de proporcionar un reforzador al niño, se debe realizar un muestreo con lo que se reporte que el niño prefiere. Es importante

recalcar que algunos reforzadores pierden fuerza con el tiempo y por lo mismo, podría ser necesario hacer pruebas en el futuro. Los reforzadores seleccionados deberán ser consistentes hasta en el más mínimo detalle.

*Control de conductas inadecuadas.* Las conductas inadecuadas deben trabajarse en primera instancia, bajo el seguimiento de las instrucciones y brindando apoyos al inicio del trabajo, cuando sea necesario. Las conductas más inmediatas a poner bajo control instruccional son: movimiento de manos o de pies y ruidos de boca, ya que éstas desencadenan la mayoría de las conductas inadecuadas.

*Habilidades preparatorias.* Los niños están listos para aprender, cuando sean capaces de seguir instrucciones; las habilidades preparatorias son, el repertorio básico que el niño requiere para su aprendizaje y si no las tiene dominadas, el avance en las otras áreas será lento o casi nulo. El Cirujano Dentista deberá antes que nada, enseñárselas y estas son:

Atención: mirar cuando se le ordene, voltear al decir su nombre, mantenerse sentado o con la boca abierta, poner manos y pies quietos, voltear a ver objetos en el aire.

Instrucciones simples de una sola palabra: siéntate, párate, ven, acuéstate.

Instrucciones compuestas por dos o más palabras: ven aquí, mantente quieto, abre grande la boca, cierra la boca, muerde fuerte.

Imitación motora gruesa: se le dan órdenes como: levantar la cabeza, agacharse, pararse, sentarse, escupir, morder, cerrar la boca.

Imitación facial: enseñar dientes, abrir boca, guiñar ojos, cierra fuerte y abre, mover lengua de un lado a otro.<sup>21</sup>

## **SISTEMAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA**

Las técnicas para modificar la conducta se le aplican al niño de acuerdo a sus necesidades y al tipo de conducta, ninguna técnica es mejor que otra, cada niño es único y especial, lo que a un niño le funciona, no será necesariamente igual para los demás. Por lo general, se busca aplicar las técnicas más suaves dejando las más aversivas como recurso extra cuando no se logran los resultados.

Para el manejo estomatológico de pacientes psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro el Pasante de Cirujano Dentista debe llevar un entrenamiento por 3 meses, donde se incluya teoría y práctica de las técnicas y el manejo de ellas, así como de programación, valoración y diagnóstico. Dicha preparación es otorgada por los Cirujanos Dentistas adscritos al Hospital.

Aprender la modificación de la conducta es importante, pero es fundamental contar con la guía y apoyo de un profesional con experiencia, ya que no todos saben cómo se maneja el TDA. Existen dos tipos de sistemas:

### **A. TÉCNICAS PARA DECREMENTAR CONDUCTAS**

Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en que aparece la conducta que se desea eliminar, las técnicas usuales para decrementar una conducta son:

#### **Corrección verbal**

Consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡No! antepuesto, éste puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado, se deben respetar las siguientes reglas para su aplicación:

- Aplicar inmediatamente después del tiempo que se le da al niño para obedecer, por lo general, son de 3 a 5 segundos.
- Aplicar con tono de voz grave, aunado con la expresión facial seria de enojo.
- No reforzar nunca después de una corrección.
- Respetar la misma instrucción, es decir, se repite exactamente igual.
- Respetar el ¡No! programado, ya sea suave o fuerte.

Ejemplo: "Párate"... "¡No, párate!"

### **Corrección física**

La corrección física es, llevar al niño corporalmente a realizar la conducta esperada, no dada por el niño después de una instrucción o corrección verbal, debe de ir acompañado con cierta fuerza o estrujón que comunique desagrado. Para ser aplicada deben respetarse las mismas reglas que la anterior. Ejemplo: "siéntate"... "¡No, siéntate!"... "¡No, siéntate!", al mismo tiempo que poniendo las manos en las axilas del niño, se le sienta en el sillón dental.

### **Interrupción de respuesta**

Esta técnica conductual consiste en cortar la presentación de la conducta blanco inmediatamente a su aparición, como todas las técnicas, deben ser respetadas con todos los elementos con que haya sido programada, así como realizarse con constancia. Ejemplo: el niño empieza a agitar sus manos y se le ordena: "Pon tus manos quietas" pudiendo opcionalmente sujetarle sus manos.

### **Extinción**

Consiste en discontinuar o eliminar el reforzador de una conducta blanco anteriormente reforzada, se debe ignorar total y consistentemente la conducta

blanco, como si ni siquiera nos diéramos cuenta. Esta técnica se usa comúnmente cuando el niño intenta manipular con rabietas, como por ejemplo, el niño se pone a gritar o se tira al piso, incluso con auto agresión.

Es importante aclarar que si se aplica esta técnica, hay que tener una estricta observancia, pues de lo contrario, lejos de ayudar empeorará la situación. En el proceso de extinción se pueden presentar una de las dos etapas de respuesta, que aparecen inmediatamente después de la aplicación de la técnica:

Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco, ésta aumenta o disminuye violentamente o inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco, ésta aumenta o disminuye sistemáticamente, poco a poco.

Ejemplo: El niño se tira al piso llorando y gritando, uno lo ignora totalmente, actuando como que no nos hemos dado cuenta evitando cualquier contacto visual o de palabra con el niño.

### **Tiempo fuera**

Consiste en retirar al niño del ambiente reforzante para colocarlo en otro que lo sea, por un período de tiempo limitado y específico, la idea de este método es retirar al niño todo estímulo para erradicar así la conducta blanco, existen tres tipos de tiempo fuera:

*Observacional:* Se quitan todos los estímulos que tenga a su alcance y se suspende toda la actividad mientras se observa inmóvil y en silencio al niño. Por ejemplo: al momento de estar realizando un procedimiento de profilaxis el niño se inquieta mucho, se retiran todos los objetos de su alcance y en silencio, sin ninguna expresión facial, se observa al niño hasta que este se calme, pocas veces es efectivo este tipo de tiempo fuera.

*Exclusión:* Igual al observacional, pero además, el Cirujano Dentista se voltea de manera tal que no tenga contacto visual alguno con el niño, siguiendo el mismo ejemplo anterior, el Cirujano Dentista voltea su silla y le da la espalda al niño.

*Aislamiento:* Se aísla al niño de todo estímulo y distracciones pudiendo ser un cuarto cerrado o la esquina de una pared, detrás de una mampara o una habitación totalmente vacía, siempre y cuando no le cause miedo al niño.

La técnica requiere de ciertas reglas que se deben respetar para que funcione:

- Tiempo de duración: generalmente 1 minuto por año de vida.
- Debe ser constante durante el tiempo establecido para la sesión.
- Se debe cuidar que el lugar donde se coloque al niño no le sea agradable a veces la pared puede tener texturas o dibujos que le sean agradables.

### **Restricción física**

Consiste en restringir la conducta mediante la fuerza física, sujetando al niño de tal manera que no tenga oportunidad de moverse. Inicialmente, esto lo inquieta o irrita, pero posteriormente se calma, este método es muy aversivo y se aplica solo en casos que son estrictamente necesarios porque los otros métodos no dieron resultado, las reglas de la restricción son:

- Debe aplicarse inmediatamente después de que se presente la conducta blanco.
- El Cirujano Dentista debe colocarse de acuerdo a la conducta blanco, cuidando no lastimar al niño, es posible que el niño golpee con la cabeza o un codo al Odontólogo al sentirse inmovilizado.
- Se debe tener descrita con anterioridad en qué consiste la restricción física y la forma de aplicación.

## **Saciedad o sobrecorrección**

Es la realización continua y aumentada de la conducta blanco, es decir, obligar al niño a realizar la conducta en repetidas ocasiones seguidas con el objetivo de que ésta sea desagradable o provoque cansancio en el niño, las reglas de la saciedad o sobrecorrección son:

- Aplicarse inmediatamente a la presencia de la conducta blanco.
- Se debe establecer el número de repeticiones y completarse siempre.
- Se debe describir la forma detallada en la que se dará la sobrecorrección.

Por ejemplo: sería que si el niño tira el cepillo de dientes o cualquier otro objeto, se le obliga a recogerlo y tirarlo un número  $n$  de veces.

## **Reforzamiento de conductas incompatibles**

Consiste en reforzar sistemáticamente una conducta contraria a la conducta blanco que evita suceda la primera, básicamente, es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que deseamos erradicar. Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda probarlo antes que los demás.

Al aplicar esta técnica debemos tomar en cuenta que:

- La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.
- Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad.
- Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta blanco, ésta debe ser totalmente contraria y que haga imposible se desencadene la segunda.

Un ejemplo: evitar que aletee las manos manteniéndole las manos quietas.

## **Desensibilización**

La técnica consiste en un proceso de disminución sistemática de determinadas reacciones como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones.

Los elementos que se deben tomar en cuenta para la aplicación son:

- Identificar con anterioridad la conducta problema.
- Describir específicamente los elementos que componen la conducta.
- Determinar cuantas veces se llevará a cabo la desensibilización.

Un ejemplo típico es cuando el niño le tiene miedo al ruido de la pieza de mano o la jeringa triple, primero se le acerca a que solo se arroje un poco de aire o agua dentro de la boca, luego la pieza de mano comenzando por periodos muy cortos de tiempo poco a poco, hasta que venza el miedo.

## **Castigo**

Es la aplicación de un estímulo aversivo cuando se presenta la conducta inadecuada, se le conoce también como el golpe, nunca un Cirujano Dentista debe aplicarlo sin antes haber expuesto todas las posibilidades a los padres y la autorización de ellos, ya que de lo contrario, se incurre en un delito penal. Sin embargo, existen algunos lugares donde esta técnica está prohibida.

Las reglas del castigo son:

1. Debe ser autorizado por escrito por los padres o tutor legal.
2. Los padres deben de tener pleno conocimiento sobre la forma en que se aplica el castigo.

3. El golpe aplicado se le conoce como "terapéutico", ya que consiste en un golpe que causa ardor y dolor, pero que no lastima ni deja ninguna marca.
4. Debe aplicarse inmediatamente después de la conducta blanco.
5. El castigo debe de ir acompañado de una instrucción con un ¡No! antepuesto.
6. Se aplica exclusivamente en casos de conductas autolesivas, agresivas o que signifiquen extremo peligro para el niño.

### **Recomendaciones en la aplicación de estas técnicas**

Algunas de estas técnicas, como el castigo, puede significar para la gente una especie de barbarie, sin embargo, existen niños que se golpean a sí mismos a una razón de mas de 500 golpes por hora y aplicando la técnica, bajan la frecuencia a un mínimo en muy corto tiempo.

Cuando se aplique cualquier correctivo al niño, se debe tener siempre en cuenta lo siguiente:

- Se está dando un aprendizaje, por lo que se debe mantener siempre eso en la mente.
- Aplique exactamente la corrección tal y como fue programada.
- No permita que la frustración o desesperación le gane.
- El niño posiblemente podrá pegarle, recuerde que no lo hace con dolor.
- Cuide siempre la dignidad del niño, evite espectadores innecesarios.
- Cuando inicie un correctivo, ¡termínelo!, nunca lo deje a medias.
- No espere que a la primera el niño entienda, requiere tiempo y paciencia.
- El niño tiene sentimientos, siempre hágale saber que lo que usted le da es disciplina y que nada tiene que ver con el cariño que siente por él.
- Refuerce lo anterior diciéndole al niño: "te quiero ", "es por tu bien" varias veces durante la consulta, hacer de esto una costumbre.

- Si está usted enojado, es preferible no corregirlo, ya que corre el riesgo de no medir sus propias acciones.<sup>20-22</sup>

## B. TÉCNICAS PARA INCREMENTAR UNA CONDUCTA

Las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales un niño adquiere o le enseñamos una habilidad, se programan de acuerdo a las necesidades del niño y a las habilidades que se pretenden enseñar, las principales técnicas para incrementar conductas son:

### **Modelamiento o imitación**

Esta técnica de aprendizaje consiste en que el niño por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el Cirujano Dentista, su característica fundamental es servir de patrón para que sea imitada por el niño. Un ejemplo sería cuando hacemos algo y le decimos al niño "haz esto" o cuando al niño le pedimos que repita las palabras que nosotros decimos.

La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el Cirujano Dentista programador, especificando todos los elementos que componen la conducta.

### **Moldeamiento**

Consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco, hasta que ésta se instituya, esta técnica se usa cuando se enseñan habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como sería el cepillado de dientes, el abrir y cerrar la boca durante un procedimiento dental. Es necesario que el terapeuta distinga todas y cada uno de los pasos en forma detallada para poder transmitir la habilidad, por ejemplo, un cepillado de dientes puede constar de más de 20 pasos a seguir.

Existen tres formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando:

*Por aproximaciones sucesivas:* se determinan todos los pasos y se inicia siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando.

*Por encadenamiento de actividades distintas:* se enseñan en forma separada diferentes habilidades y una vez ya dominadas, se encadenan para lograr la habilidad completa mediante aproximaciones sucesivas.

*Por encadenamiento hacia atrás:* es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final.

### **Contrato de contingencias**

Esta técnica consiste en utilizar una conducta de alto nivel de aceptación para el niño o un reforzador positivo, con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia o nueva habilidad. Esta técnica básicamente se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece. Por ejemplo, se le ordena al niño pararse o sentarse se puede dar apoyo físico y si obedece, se gana su premio.<sup>23</sup>

Todo contrato de contingencias consta de los siguientes elementos:

- Descripción detallada de la conducta a modificar o habilidad a adquirir.
- Establecimiento de una frecuencia objetivo o ensayos que dará una respuesta correcta.
- Especificación del reforzador a utilizar generalmente es comestible.
- Establecimiento de registros para poder medir los avances.

- Establecimiento del lapso de tiempo en que el niño debe dar la respuesta por lo general de 3 a 5 segundos.

### **Economía de fichas**

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de puntos, este reforzador puede ser entregado al niño a corto o mediano plazo. Las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entregará hasta que el niño acumule un número establecido de puntos o fichas. Los premios a ganar el niño, pueden ser comestibles, manipulables o de actividad.<sup>24</sup>

Existen dos ventajas fundamentales que apoyan el uso de las fichas. En primer lugar, pueden administrarse inmediatamente después de que se dé un comportamiento deseable para ser canjeados más tarde por un reforzados de apoyo. En segundo lugar, las fichas hacen que sea más fácil administrar reforzadores eficaces cuando se trata a individuos en grupo.<sup>25</sup>

Lo expuesto anteriormente presupone por parte del odontólogo, un amplio compromiso para sus pacientes sobre todo con los que presentan capacidades diferentes.

## **ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN. N. NAVARRO**

En el Hospital Psiquiático Infantil Juan N. Navarro los pacientes con TDA se clasifican en bajo y moderado rendimiento dependiendo del nivel de cooperación del paciente. A los pacientes de moderado rendimiento es posible tratarlos solamente con técnicas de modificación de conducta mientras que los de bajo rendimiento se les debe tratar con técnicas de modificación de conducta y técnica de sujeción gentil. La técnica de sujeción gentil se lleva a cabo con la ayuda de cuatro personas; se emplean cuatro sujetadores especialmente diseñados, el primer sujetador sirve para sostener el tronco del paciente al respaldo del sillón dental, el segundo sujetador inmoviliza los pies y piernas, hay dos sujetadores para inmovilizar ambos brazos.

Un integrante del equipo dental sostiene con sus dos manos entrecruzadas la cabeza del paciente, con el fin de inmovilizarlo para evitar alguna lesión durante el tratamiento, otro integrante del equipo dental sujeta un abre bocas de una forma precisa y fuerte, cuidando siempre no lesionar los labios, carrillos o paladar, mientras que la pasante adscrita otorga el tratamiento con la supervisión del Cirujano Dentista y la enfermera funge como asistente dental. Todo esto se debe hacer en el menor tiempo posible, tomando en consideración todos los elementos anteriormente descritos para los pacientes con TDA.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pacientes con Trastorno por Déficit de Atención están, al igual que el resto de la población, propensos a sufrir enfermedades bucodentales. A pesar de ello, en la actualidad existen pocas alternativas para su atención estomatológica, ya que los profesionales de esta área no están capacitados para brindarla.

Debido a esto nuestro cuestionamiento es el siguiente ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y lineamientos a seguir para el manejo estomatológico del paciente con Trastornos por Déficit de Atención?

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir el manejo estomatológico que se sigue en un paciente con Trastorno por Déficit de Atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ☞ Especificar las características del TDA.
- ☞ Describir las técnicas de manejo conductuales en pacientes con TDA.
- ☞ Mostrar el protocolo a seguir en el tratamiento odontológico del paciente con TDA.

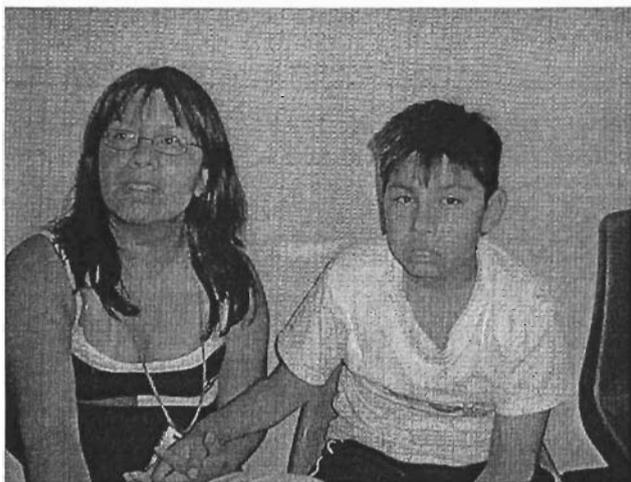


Foto 1. Paciente en sala de espera con su mamá.

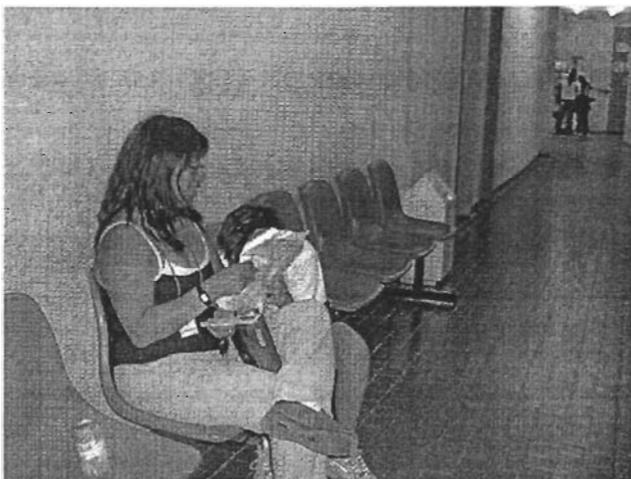


Foto 2. Paciente mostrando temor.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Fechas de consulta: 05/05/05

Nombre del paciente: CJS

Sexo: Masculino

Edad: 10 años.

Fecha de nacimiento: 17/09/1994

Lugar de nacimiento: México D. F

Lugar de residencia: México D. F.

Escolaridad: 4° grado de primaria

Motivo de consulta.

El paciente es llevado por su madre al servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro para valoración dental y tratamiento, remitido por el área de Psiquiatría.

Antecedentes personales no patológicos.

Vive con ambos padres, hermano menor, 2 tías y abuelos paternos, nivel socioeconómico medio. Habitan en casa propia con todos los servicios intradomiciliares.

Antecedentes personales patológicos.

Paciente producto del primer embarazo, sufrimiento fetal agudo por aspiración meconial, con probable hipoxia neonatal por lo que es internado 1 mes. Desarrollo motor, lenguaje y socialización sin problemas. Refiere siempre haber sido irritable, poco tolerante a la frustración manifestando su enojo; más patente al ingresar al preescolar en donde se reporta con inatención, poca concentración, distractibilidad y bajo rendimiento que se prolonga durante la vida escolar primaria. Responde con agresividad física no midiendo el riesgo durante la irritabilidad. Enfermedades propias de la infancia.

Antecedentes heredofamiliares patológicos.

Madre con episodios depresivos, abuelos maternos con hipertensión arterial, abuelos paternos diabéticos.

Padecimiento actual.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad moderado diagnosticado por el psiquiatra desde los 6 años de edad.

Medicamentos utilizados cotidianamente.

Fluoxetina 10 mg (½ tableta de 20 mg) cada 24 horas por la mañana, ingiriéndola desde el diagnóstico psiquiátrico respondiendo positivamente al tratamiento.

Exploración bucal

A la exploración bucal en tejidos duros se encontró caries de 2º grado en los dientes 16 y 26. En tejidos blandos gingivitis marginal generalizada, resequedad labial, resto sin alteración. Oclusión: Clase II de Angle división I

Diagnóstico general.

A nivel psiquiátrico presenta Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, al examen dental presenta en tejidos duros caries múltiples de 2º grado, en tejidos blandos presenta gingivitis marginal generalizada, maloclusión Clase II división I de Angle. Respirador bucal.

Pronóstico. Favorable.

Tratamiento.

Operatoria dental y profilaxis con control de placa bacteriana periódica, dicho tratamiento se llevó a cabo en 4 sesiones durante un periodo de 1 mes, posteriormente el paciente siguió bajo control dental con citas aproximadamente cada 3 meses.

Citas	Procedimiento realizado	Manejo conductual
1	Historia clínica y profilaxis	<p>El paciente se mostró cooperador a la inspección bucal, permitió el contacto físico, visual y de lenguaje, realizando preguntas sobre instrumental y el procedimiento a realizar. Durante la realización del procedimiento dental el paciente mostró miedo al ruido del eyector y pieza de baja velocidad por lo que se implementó de técnica de sensibilización y de corrección verbal con la intención de controlar el miedo y lograr su cooperación. Al termino del tratamiento se utilizó la técnica de economía de fichas. Como conclusión se observó que las técnicas empleadas fueron exitosas.</p>
2	Amalgama diente 16	<p>Una semana después el paciente se mostró cooperador al inicio del tratamiento Se realizó infiltración supraparióstica y se utilizaron las técnicas de modificación de conducta de la cita anterior. Después de unos minutos el paciente se mostró inquieto reaccionando agresivamente, por lo cual fue necesario implementar la técnica de restricción física mediante la sujeción gentil, la técnica de corrección verbal y la técnica de extinción para decremento de la conducta, utilizando a su vez el reforzamiento de conductas</p>

incompatibles, realizando el tratamiento en el menor tiempo posible. Concluimos que estos pacientes pueden tener cambios bruscos de temperamento por lo que no se pueden utilizar siempre las mismas técnicas.

### 3 Amalgama diente 26

En esta cita debido a la agresividad que mostró el paciente en la cita anterior, se implementó la técnica de sujeción gentil desde el inicio del tratamiento, aunada a las técnicas de corrección verbal y desensibilización. El paciente mostró un comportamiento temeroso, pero cooperador, permitió el contacto físico, visual y de lenguaje, fue desconfiado y miedoso ante cualquier objeto que se tomó.

El tratamiento dental se realizó bajo infiltración supraperióstica en la zona correspondiente. No manifestó ningún cambio de comportamiento durante la sesión. Se implementó la técnica de economía de fichas obteniendo buenos resultados.



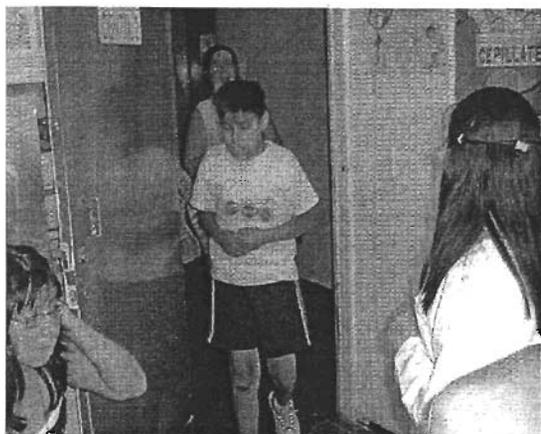


Foto 3. Paciente entrando al consultorio.

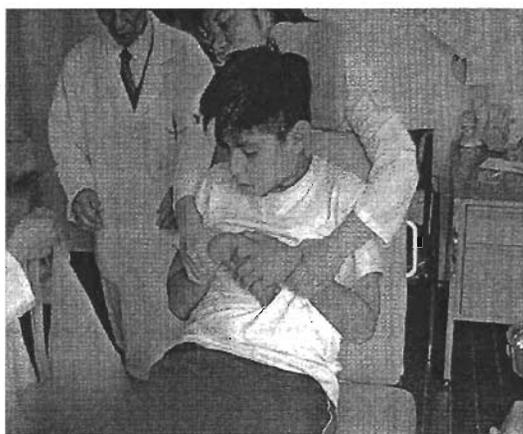


Foto 4. Paciente agresivo.

### TÉCNICA DE SUJECIÓN GENTIL

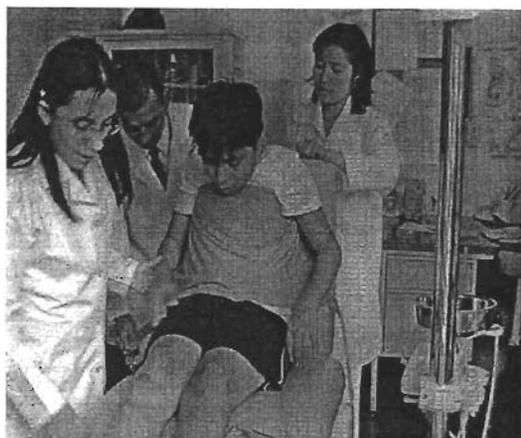


Foto 5. Sujeción de brazos.



Foto 6. Sujeción de pies.



Foto 7 y 8. Sujeción de pies y brazos.



Foto 9. Sujeción de brazos.

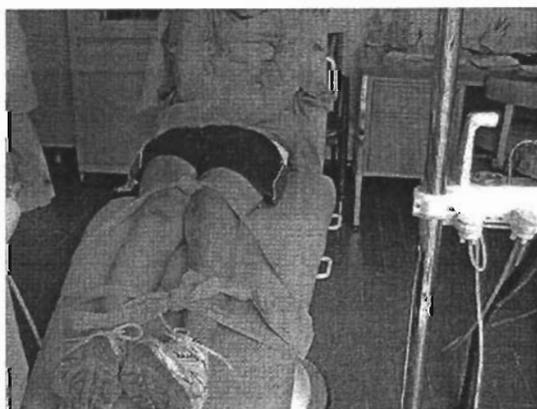


Foto 10. Paciente con sujeción.

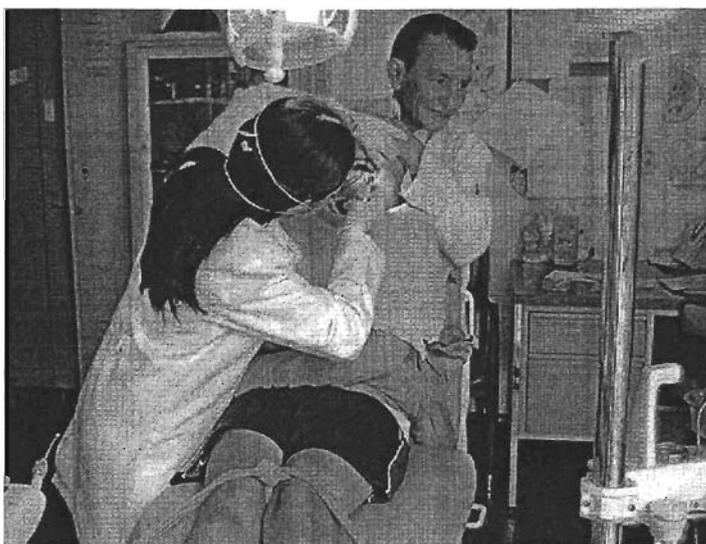


Foto 11. Sujeción de cabeza.

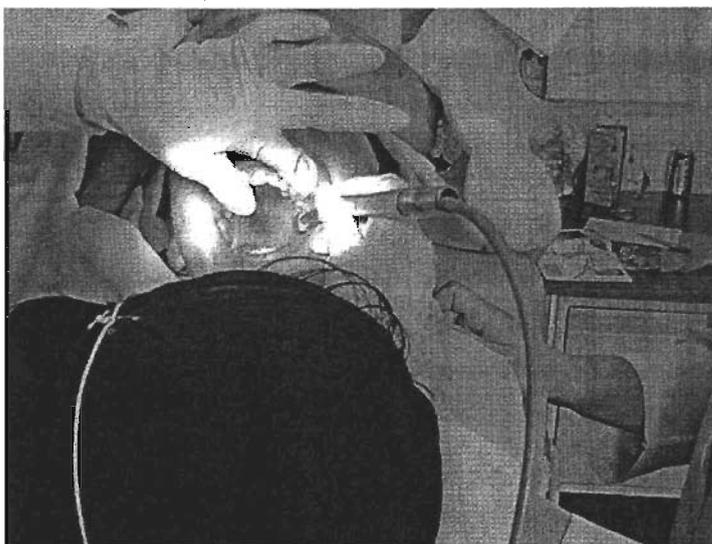


Foto 12. Operatoria dental.

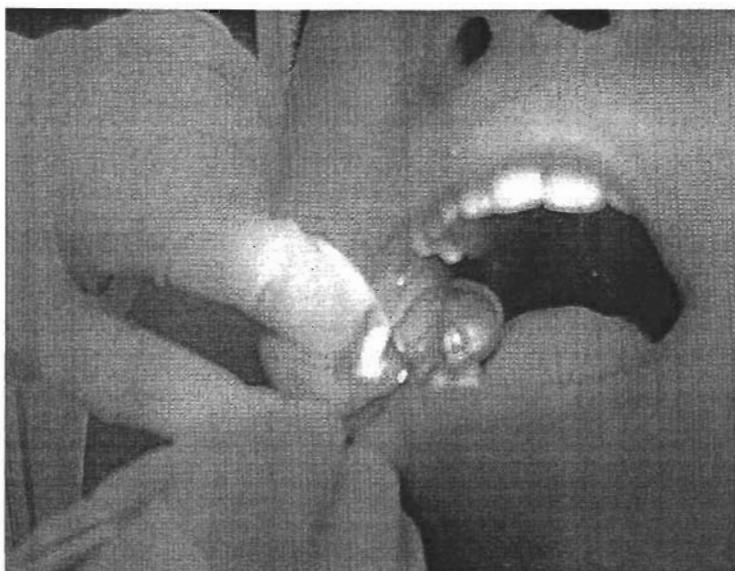


Foto 13. Operatoria dental.

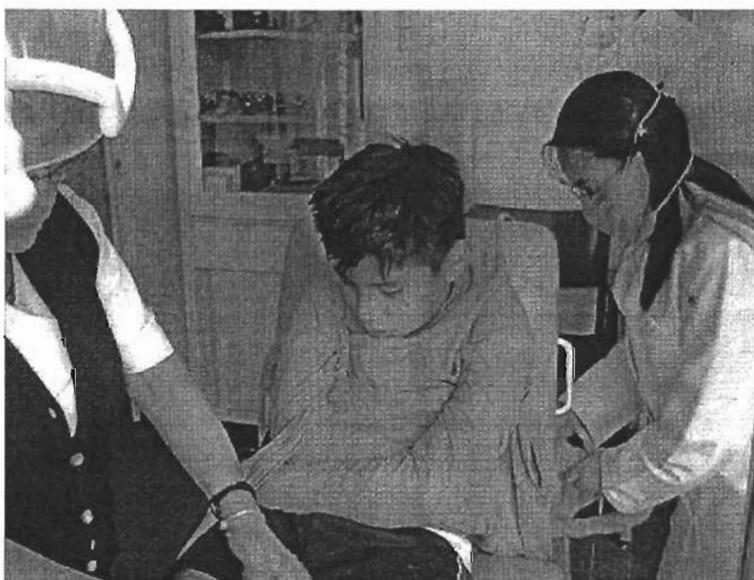


Foto 14. Retiro de sujeción.

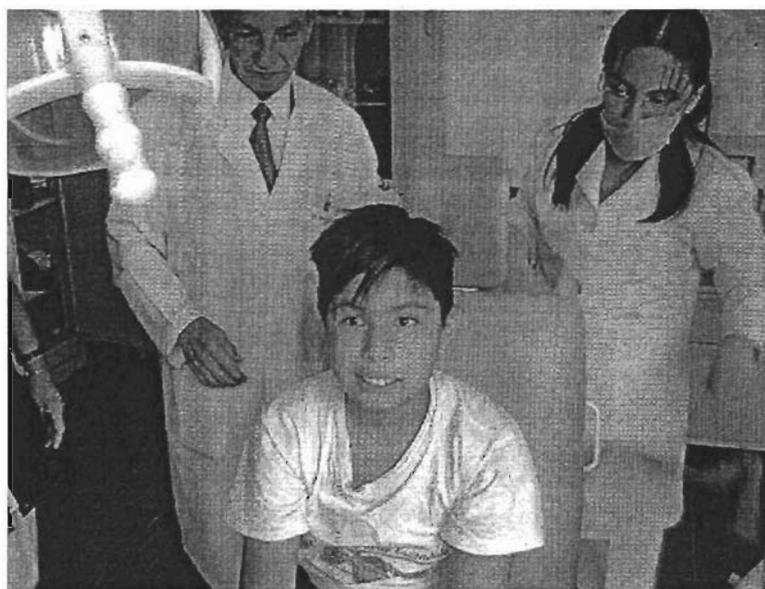


Foto 15. Paciente después de la técnica de sujeción.

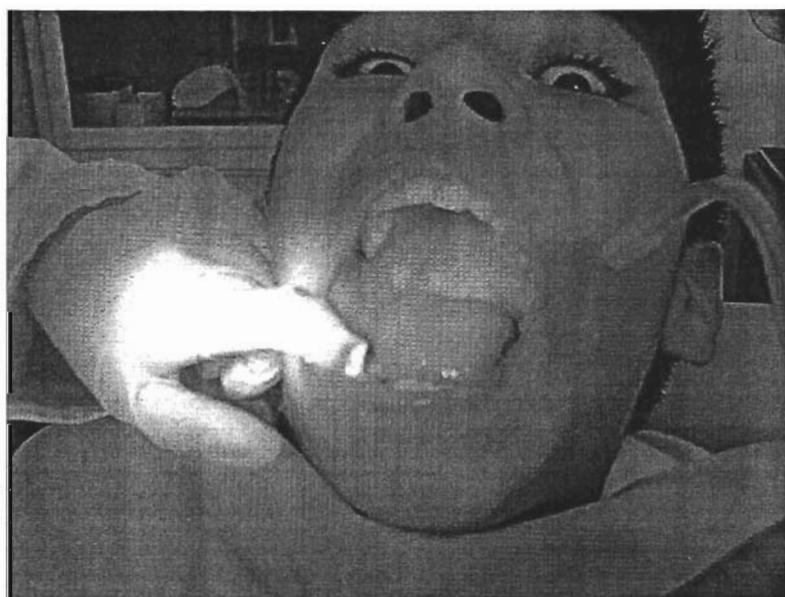


Foto 15. Control de placa.

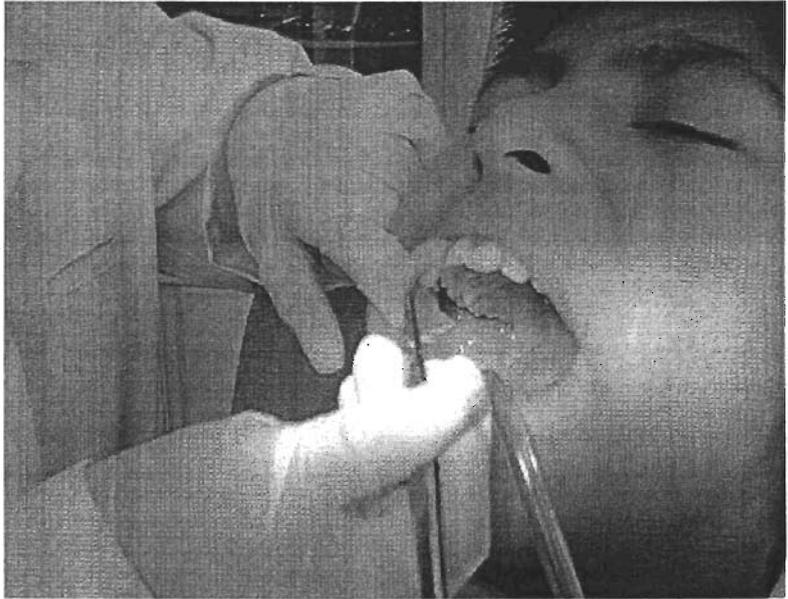


Foto 17. Aplicación de fluor.

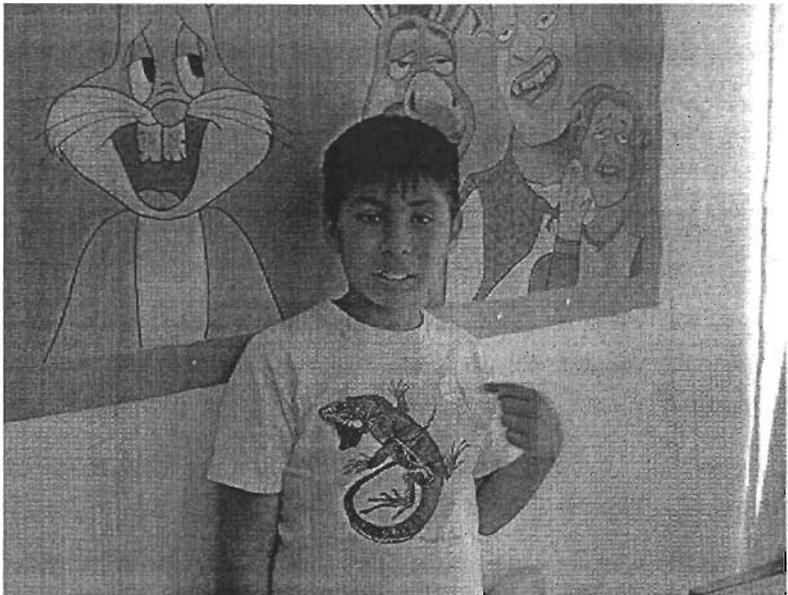


Foto 18. Técnica de contrato de contingencias.



Foto 19. Pasante de Odontología Homero Alan Rios Ruiz con paciente.

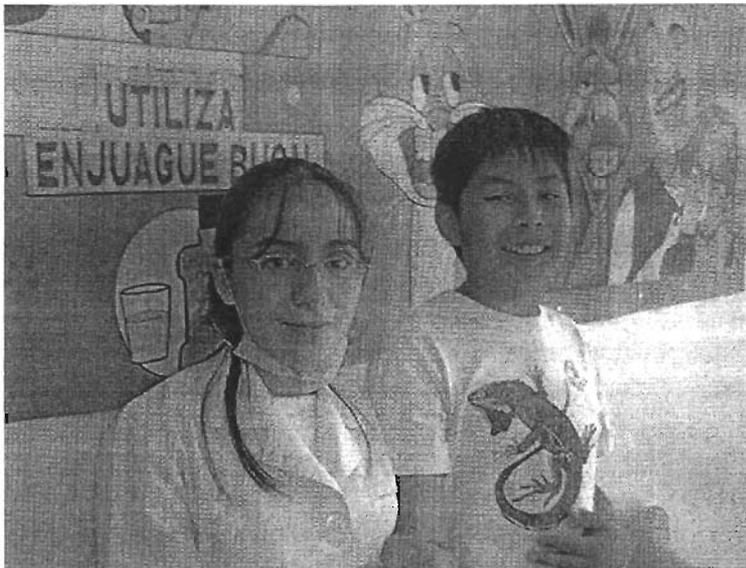


Foto 20. Pasante de Odontología Cecilia Falcón Flores con paciente.

## CONCLUSIONES

En México la información reportada sobre el 50% de los casos atendidos en 1981 (n = 248), en la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes "UTNA", del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, y del 93% de los atendidos en 1982 (n = 245), indica que cerca del 45% de ambas muestras recibió el diagnóstico de TDA con o sin Hiperactividad.<sup>26</sup>

El tratamiento estomatológico en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención es de gran importancia, debiéndose solucionar los problemas de salud bucodental, dependiendo del grado de afección física y psicológica del paciente y sobre todo iniciar la rehabilitación en edades tempranas.

Todos los pacientes con TDA al igual que aquellos con alguna discapacidad física o mental necesitan de una asistencia dental personalizada y altamente especializada, para ello es imprescindible forjar profesionales con vocación para el cuidado de estos pacientes, tomando en cuenta que a pesar de tener alguna discapacidad o minusvalía, se deben de tratar como lo que son, seres humanos, a los que podemos y debemos de ayudar contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El haber tenido la oportunidad de trabajar con pacientes con TDA del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro permitió conocer que, además de tener alteraciones psicológicas, también las había en cavidad bucal, debido a la dificultad que presentan para recibir tratamiento odontológico y a la falta de información preventiva.

La labor del Cirujano Dentista es imprescindible en el mejoramiento de la calidad de vida de este tipo de pacientes. Por ello, su acercamiento requiere de paciencia y dedicación, acercándose al paciente para brindar un tratamiento lo menos

traumático posible, aunque pudiese parecer lo contrario por el impacto visual que se obtiene al ver un niño sujetado.

Sin embargo, es importante controlar el miedo en estos pacientes ya que es un comportamiento aprendido que se puede reforzar por experiencia directa. Ya que la extinción de los temores es resultado de conocimientos positivos, los métodos conductuales y farmacológicos están diseñados para promover experiencias alentadoras. Las estrategias mismas son formas para ayudar al paciente a enfrentar la experiencia odontológica. Con frecuencia es preciso combinar varias a fin de que sean clínicamente eficaces

En cuanto a los procedimientos dentales que se realizan dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro se encuentran los de tipo preventivo como aplicación de flúor, profilaxis y selladores de fosetas y fisuras. En lo que respecta a los procedimientos curativos destacan las amalgamas, resinas fotopolimerizables, coronas de acero cromo, pulpotomías, pulpectomías y extracciones.

Al atender a este tipo de pacientes algunas técnicas odontológicas no se pueden utilizar debido a su padecimiento, tal es el caso del aislamiento absoluto. Pudimos observar que en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro no se llevan a cabo los procedimientos dentales bajo anestesia general, debido a que las instalaciones del hospital carecen de un quirófano y personal capacitado para ello. Sin embargo, esto no es un obstáculo para la adecuada atención a esta población. El tratamiento de ortodoncia en estos pacientes resultaría complicado debido a su problemática, ya que no se cuenta con su cooperación.

Cabe recalcar que el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro brinda servicio a pacientes de otros Estados de la República, lo que refleja la existencia de pocas instituciones especializadas en el tratamiento de estos pacientes. Por este motivo la demanda del servicio es muy grande. Sin embargo, estos pacientes se pueden

llegar a atender en un consultorio particular, pero se debe tener en cuenta una visión multidisciplinaria y una capacitación en el manejo de pacientes especiales.

La capacitación de los alumnos de la Carrera de Cirujano Dentista para atender a este tipo de población es escasa, por lo que sentimos que un alumno recién egresado no se encuentra en condiciones para poder manejar a estos pacientes. Consideramos que es necesario introducir en el plan de estudios su manejo estomatológico y crear una especialidad para que el Cirujano Dentista pueda atender a los pacientes con problemas psiquiátricos ya que ellos también tienen derecho a una atención de calidad por parte del equipo de salud.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almanza B M. La sexualidad en las personas con discapacidad. En: Palacio C, Almanza B M, Reyes U G. Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento. México: Editorial UNAM, 2002, (2): 33.
2. De la Peña O F. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA). Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2000; 43 (6): 243-244.
3. Galindo V G, Peña F, de la Rosa N, Robles E, Salvador J, Carlos E. Análisis neuropsicológico de las características cognoscitivas de un grupo de adolescentes con trastorno por Déficit de Atención. Salud Mental, 2001; 24 (4): 50-57.
4. Barragán P E. El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención y su mundo y soluciones. México: Editorial Altius, 2001: 17-156.
5. Garduño H F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Mexicana de Pediatría, 2003; 70 (2): 87-90.
6. Cervera S H, Michaca A G, Rubio C S, Sánchez G O. Descripción, evaluación y tratamiento del trastorno por déficit de la atención. Programa de Actualización continua en Psiquiatría. México: Intersistemas SA de CV Pfizer, 2001; 7: 355-375.
7. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual for mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association; 1994: 212-256.

8. Shepard H. Information center on disabilities and gifted education. Caanal for Exceptional childen. Retraso mental. Septiembre 1994. Disponible en: <http://www.eric.org/nigests/>. Google
9. OMS. DSM-IV Manual de diagnóstico y estadística de la asociación de psiquiatría Americana. 3ª Ed. USA: Editorial Paidós, 1987:69-75.
10. Díaz S. Hospital Santa Teresa España. Guías clínicas 2 (6), 16 de febrero del 2002. Disponible en: [http://www.Fisterra.com/guías\\_2/epilepsia](http://www.Fisterra.com/guías_2/epilepsia). Google
11. PR. Vademécum. 5ª edición. México: Dinfor SA de CV, 2004: 1374-1395.
12. Hernández S F, Vivanco C B. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. ADM 2004; 61(6):225-229.
13. Freyre G J, Vivanco C B, Lozano C L, Martínez L L, López B M. Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México. ADM 2001; 58(3): 90-97.
14. Hernández S F, Vivanco C B. Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica. ADM 2002; 59(3):87-93.
15. Uriarte V. Psicofarmacología. 2ª edición. México: Editorial Trillas, 1997: 343-387.
16. Leyva H. Prevalencia de lengua fisurada, lengua geográfica, glositis romboidea media y atrofia central de papilas. Revista Práctica Odontológica 1992; 13 (4): 51-59.
17. Corah N, Elmore A. Clínicas odontológicas de Norteamérica. España, Editorial Interamericana Mc. Graw Hill, 1988: 679.

18. Scott D S, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. J Am Dent Assoc, 1982: 2731
19. Kosloff M. El aprendizaje y la conducta en la infancia. Barcelona: Editorial Fontanella,1980: 56-89.
20. Martínez P N, Moreno J F. Manejo estomatológico en pacientes autistas, presentación de dos casos clínicos (tesis). UNAM, 2005: 19-22.
21. Galindo E. Modificación de la conducta en la educación especial. Argentina: Editorial Trillas, 1985:10-58.
22. Stumphauzer J. Terapia conductual. Argentina: Editorial Trillas, 1992: 32-36.
23. Sydney W, Donald M. Psicología del desarrollo infantil. Vol. 2. Argentina. Editorial Trillas, 1990: 65-67.
24. Spanglet M. Currículum para autismo. 1997. Disponible en: <http://autismo.com./scripts/articulo/smuestra.idc?n=mariah3>.
25. Martín G, Pear J. Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. 5ª edición. Madrid: Editorial Prentice Hall, 1999: 317.
26. Vertiz J. Déficit de atención: su relación con el estilo de respuesta de acuerdo con la prueba de igualamiento de figuras familiares y el coeficiente intelectual, en niños de seis a doce años. Salud Mental, 1992; 15(2): 21-30.