



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS NOCIVOS PARA LA SALUD BUCAL EN
NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

DIANA LAURA ORTIZ OSORNIO

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

MÉXICO, Cd. Mx.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Papás, por ser mi mayor ejemplo, por todo ese apoyo que me dan día con día, el amor incondicional, los cuidados, los consejos, las enseñanzas, los abrazos y besos, por ayudarme a levantar en los días que me he querido rendir. Todo lo que soy, es gracias a ustedes. Los amo con la vida.

A César, por las locuras, el amor y el apoyo. Por ser el mugroso al que más amo y por enseñarme tantas cosas de la vida.

A Zero, por todos los años de amor, eres eterna felicidad.

A Miguel, por apoyarme en todas las ideas que cruzan por mi mente y no decirme que no a nada, por nunca dejarme vencer, por el amor incondicional y todos los apapachos, por ayudarme a crecer y no dejarme sola. Eres esa luz que muchas veces guía mi camino.

A Jenny, por convertirse en la mejor amiga que me dio la facultad, la cómplice perfecta de locuras, por los consejos, la ayuda, las risas y el cariño.

A Liz, por ser mi apoyo constante y mi pilar, por todas las aventuras juntas chaparrita.

A Agni, por estar siempre que lo necesito, en las buenas y en las malas, por todos los consejos, por ser el negrito más adorado.

A Tania, por hacerme ver la vida de manera diferente, por ser el mejor equipo, por llegar y darle un nuevo giro a mi vida, por todas las risas y las mil locuras que hicimos juntas.

A Lalo y Alejandro, por ser parte de la familia chiquita que la periférica me regaló. Por cuidarme siempre, procurar mi bien, su amor, las mil tonterías que hicimos y todos los postres que comimos.

A Bayo y Santi, por hacerme maravillarse de las pequeñas cosas de la vida, por la lucha constante ante las adversidades y seguir hasta el final sin dejarse vencer.

A Katia y Marianita, por ser las personas más lindas que me dejó en la vida el servicio social. Gracias por todas las aventuras y el apoyo.

A Marza, Sebas y Aura, por estar ahí a pesar de la distancia, por todos los años de amistad y crecer juntos, son los mejores amigos.

A John, porque aun estando del otro lado del charco, está siempre para escuchar y apoyarme.

A la Dra. Mirella Feingold y al Dr. Alfonso Bácame, por la entrega, orientación y dedicación en este trabajo, sin ustedes no hubiera sido posible. ¡Muchísimas Gracias!

A los pacientes que depositaron su confianza en mí, gracias por la ayuda brindada, por escucharme en los días que lo necesitaba, por los detalles. Eternas gracias a cada uno de ustedes.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, por mi formación escolar durante estos largos años. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

Índice

1. Introducción	6
2. Propósito	8
3. Objetivos	8
3.1. General	8
3.2. Específicos	8
4. Definiciones	9
4.1. Trastorno mental	9
4.2. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	9
4.3. Hábito	9
4.4. Educación para la salud	9
4.5. Salud	9
4.6. Salud mental	10
4.7. Salud bucodental	10
5. Antecedentes	11
5.1. Etiología	14
5.1.1. Factores genéticos	14
5.1.2. Factores neuroquímicos	14
5.1.3. Factores neuroanatómicos y fisiológicos	14
5.1.4. Factores psicosociales	15
5.2. Características clínicas	16
5.2.1. Hiperactividad	16
5.2.2. Impulsividad	16
5.2.3. Desatención	17
5.3. Clasificación de trastorno de déficit de atención e hiperactividad	18
5.3.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	18

5.3.2. Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM).....	21
5.3.2.1. Predominio del déficit de atención.....	27
5.3.2.2. Predominio hiperactivo – impulsivo.....	27
5.3.2.3. Tipo combinado.....	28
5.4. Evaluación clínica.....	28
6. Hábitos.....	29
6.1. Clasificación.....	29
6.2. Succión digital.....	30
6.3. Respiración bucal.....	32
6.4. Bruxismo.....	38
6.4.1. Diurno.....	39
6.4.2. Nocturno.....	40
6.4.3. Céntrico.....	40
6.4.4. Excéntrico.....	40
6.5. Queilofagia.....	41
6.6. Proyección lingual.....	42
6.7. Onicofagia.....	43
6.8. Deglución atípica.....	44
7. Conclusiones.....	48
8. Referencias bibliográficas.....	49

1. Introducción

Mucho del aprendizaje que tiene el ser humano suele ser de forma innata, conforme el desarrollo del individuo se va dando, las acciones que vamos adoptando o realizando en el entorno, suelen ser determinantes para el futuro. Estas acciones al desarrollarse de manera progresiva y repetitiva, pueden llegar a ser acciones inconscientes y convertirse en hábitos.

En la práctica odontológica, la formación de hábitos es determinante para una adecuada salud bucodental, tales como: la visita periódica al odontólogo, el cepillado, uso de hilo dental y colutorios, entre otros.

Pero ciertamente, no todos los hábitos son benéficos para el paciente, existen aquellos perniciosos, que comprometen al sistema estomatognático y pueden llegar a poner en riesgo la salud del individuo. La identificación y erradicación de hábitos perniciosos, es un punto clave y si estos pueden lograrse en una edad temprana, evitando repercusiones, sería de gran ayuda, pero para ello es determinante la cooperación del niño y de los padres.

Los pacientes en edades infantiles deben ser intervenidos con estrategias que llamen su atención, pero en ocasiones, nos encontramos ante la presencia de algún trastorno que imposibilita una trasmisión del mensaje. Tal es el caso del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que es caracterizado por: la desatención, la impulsividad y la hiperactividad.

Es tal su relevancia clínica, que ha sido agrupado en dos grandes clasificaciones internacionales, como la: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

A pesar de ser éste, un trastorno ya bastante estudiado, muchos odontólogos desconocen cómo debe realizarse el abordaje correcto en infantes para un tratamiento satisfactorio. Es aquí donde es imprescindible el trabajo multidisciplinario de la Odontología con la Psiquiatría y Psicología.

2. Propósito

Resaltar la importancia de los hábitos en Odontología.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir los hábitos nocivos y las repercusiones que se dan a nivel bucal, en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

3.2. Objetivos específicos

Identificar los hábitos que se adoptan durante la infancia.

Definir el concepto de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Explicar la relación que guarda el trastorno de déficit de atención e hiperactividad con Educación Para la Salud.

4. Definiciones

- 4.1.Trastorno mental: síndrome de importancia clínica, que conjunta una serie de síntomas (conductuales o psicológicos) que afectan el desempeño social, personal o laboral.⁽¹⁾
- 4.2.Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH): es el determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño.⁽²⁾
- 4.3.Hábito: son prácticas adquiridas de repetición constante de una misma actividad, que puede ser consciente o inconsciente para el paciente.
- 4.4.Educación para la Salud: son aquellas actividades y estrategias que se aplican y buscan cambios de conducta, que se orientan para una adecuada salud.⁽³⁾
- 4.5.Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁽⁴⁾
- 4.6.Salud mental: estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.⁽⁵⁾

4.7.Salud bucodental: ausencia de dolor orofacial, cáncer bucal, infecciones, enfermedad periodontal o trastornos que limiten el buen desempeño de las funciones repercutiendo en el bienestar psicosocial del individuo.⁽⁶⁾

5. Antecedentes

Las características comportamentales del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) han sido descritas desde la antigüedad, sin embargo, no se puede mencionar de manera fehaciente la primera referencia científica sobre este tema. A lo largo de su estudio, se le han asignado varias denominaciones, las cuales al día de hoy han concluido en el nombre de: trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Uno de los primeros ejemplos que más se asemeja a lo que es el TDAH, fue hecho por el médico escocés Alexander Crichton en 1798, en esta obra que lleva por nombre “An inquiry into the nature and origin of mental derangement” (“Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”), donde describió los síntomas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad que él observaba, a esta condición la llamó “Mental Restlessness” (inquietud mental).

En la descripción resaltaban dos características: la inquietud y la incapacidad para prestar atención, a una acción por un tiempo determinado.⁽⁷⁾

Posteriormente, Heinrich Hoffmann ^(Fig.1), psiquiatra alemán, describió en el año de 1845 las características que observaba en los niños. Fue en su obra “Der Struwwelpeter” ^(Fig.2) escrita para su hijo, en forma de 10 cuentos literarios, donde relataba las características que él lograba observar en los pacientes que había tratado con anterioridad, buscando tener un impacto educativo sobre su hijo, mostrando consecuencias sobre los actos poco apropiados que los niños realizaban.

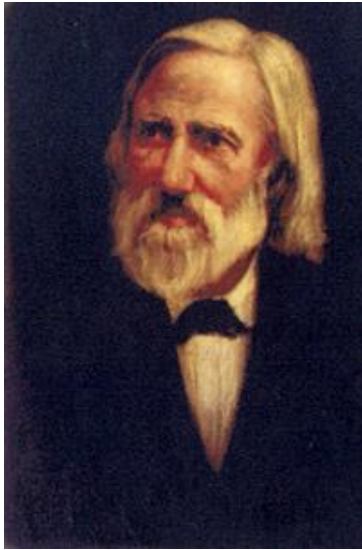


Fig. 1 Heinrich Hoffmann. ⁽¹⁾



Fig.2 Portada del libro "Der Struwwelpeter". ⁽²⁾

Hay un cuento que destaca del resto, que lleva por nombre "The Story of Fidgety Philip" ^(Fig.3), donde se hace la representación gráfica sobre las conductas de Philip a la hora de comer sin poder quedarse quieto, dándonos así evidencia sobre este trastorno. ⁽⁷⁾



Fig.3 Ilustraciones de "The Story of Fidgety Philip". ^(3, 4,5)

En ese entonces el patrón conductual de: dispersión, hiperactividad e impulsión, no era considerado un trastorno, lo que Hoffman simplemente buscaba con esta obra era enseñar a los niños qué conductas no eran adecuadas para su replicación. ⁽⁸⁾

Para el año de 1902, Sir George Frederic Still, pediatra británico de gran renombre, presentó varias ponencias donde describía las características de niños a los cuales había observado, entre las que destacaban: falta de atención, actividad excesiva, búsqueda de gratificación inmediata, dificultad para la concentración y poca preocupación por las consecuencias de sus actos. Llamó a este patrón de conductas “Defecto de control moral”.^(7,8)

En el año de 1950 (casi medio siglo después), los niños que habían sobrevivido a la epidemia de encefalitis, sucedida en Europa, presentaban conductas similares al patrón que había descrito Still y sumado a ellos, tenían dificultad para controlar el comportamiento y problemas para concentrarse.

Stella Chess, psiquiatra infantil estadounidense, 10 años después, propuso la diferenciación entre hiperactividad y desatención, planteó la necesidad de hacer investigaciones sobre si estos patrones de conducta, eran innatos o dependían totalmente del cuidado que se le otorgaba al niño.⁽⁸⁾

5.1.Etiología

Los factores que intervienen en la etiología del TDAH son variables, se debe de tomar en cuenta, que ninguno de los que se tiene conocimiento explica por sí solo el origen de este trastorno.⁽⁹⁾

5.1.1.Factores genéticos

Existe probable predisposición a que el niño lo padezca y haya sido detectado, por su familia. Al menos 70% de los niños donde ha sido detectado este trastorno, alguno de sus progenitores o hermanos poseen el mismo padecimiento.⁽¹⁰⁾

En línea directa los hermanos del niño afectado, pueden presentarlo igualmente, pero las manifestaciones de éste no podrían presentarse de la misma manera, alguno podría tener predominio de inatención o hiperactividad.⁽⁹⁾

Algunos síndromes como: alcohólico fetal, X frágil, Williams y Angelman, se relacionan a la aparición de TDAH.⁽¹⁰⁾

5.1.2.Factores neuroquímicos

La menor biodisponibilidad de neurotransmisores como: la dopamina y noradrenalina.⁽¹⁰⁾

5.1.3.Factores neuro-anatómicos y fisiológicos

Gracias a los estudios como resonancia magnética (RM),y tomografía por emisión de positrones (PET), se ha identificado disminución de sustancia blanca y gris y menor flujo sanguíneo.⁽¹⁰⁾

Lesiones del sistema nervioso central en los que se involucran las áreas cerebrales como la corteza prefrontal, el cerebelo y los ganglios basales del cerebro.⁽⁹⁾

5.1.4. Factores psicosociales

Estos podrían causar modificaciones en la expresión clínica de la carga genética de este trastorno. Algunos factores que podríamos hacer notorios o podríamos llegar a observar en este rubro son: inestabilidad familiar, maltrato y abuso sexual, problemas con amistades, relaciones negativas entre padres e hijos, trastornos psiquiátricos asociados a los padres, entre otros. Al igual, los grandes cambios sociales repercuten negativamente sobre este trastorno, tal como: el trabajo sedentario donde se requiere una concentración prolongada o el estrés ante una elevada dedicación al trabajo por parte de los padres. Se observa una mayor incidencia en niños que son adoptados.⁽¹⁰⁾

5.2.Características clínicas

Cabe señalar que en la mayoría de casos, el TDAH no es diagnosticado hasta los 9 años, aunque la manifestación de los síntomas suelen aparecer incluso antes de que el niño comience su vida escolar. El TDAH comprende uno de los cuadros clínicos más frecuentes en la infancia, causando alteraciones a nivel cognitivo, emocional y conductual.⁽¹⁰⁾

5.2.1.Hiperactividad

La hiperactividad se manifiesta como inquietud en situaciones de juego ^(Fig.4), el habla constante o en el no poder realizar actividades de ocio o recreativas tranquilamente.



Fig.4 Simulación de niño con hiperactividad. ⁽⁶⁾

5.2.2.Impulsividad

La impulsividad se manifiesta con impaciencia ^(Fig.5), dificultad por la espera y la interrupción frecuente, causando incomodidad y problemas en situaciones sociales, académicas y familiares, lo que incluso puede ocasionar accidentes.



Fig.5 Niño reaccionando impulsivamente. ⁽⁷⁾

5.2.3.Desatención

La desatención produce que no se fije en los detalles, en el cometer errores, que la presentación de la tarea sea descuidada o sucia, incluso se le dificulta el realizar una tarea y llevarla a término ^(Fig.6), originando desagrado y desorganización.

En la actividad social, se puede hacer notorio este padecimiento con el cambio constante de tema en una conversación, no escuchando lo que la otra persona está platicando o simplemente en no atender.



Fig.6 Niña inatenta a clase. ⁽⁸⁾

5.3. Clasificación de trastorno de déficit de atención e hiperactividad

5.3.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Esta clasificación tiene su origen en el año 1850, su primera edición fue en el año de 1893, se le conocía como Lista Internacional de las Causas de Muerte, la cual fue tomada por el Instituto Internacional de Estadística. Posteriormente en el año de 1948, la Organización Mundial de la Salud ^(Fig.7), adoptó la clasificación para su publicación y revisión en su sexta edición, fue la primera en incluir las causas de la enfermedad.⁽¹¹⁾ A lo largo del tiempo ésta ha sido revisada y publicada en varias ediciones que marcan así, los avances que la salud y la ciencia han tenido hasta el día de hoy.



Fig.7 Logo de la Organización Mundial de la Salud.⁽⁹⁾

Se le considera un estándar a nivel internacional para el uso y elaboración de estadísticas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, permitiendo así, el análisis, interpretación y comparación de los datos obtenidos en diferentes regiones del mundo, en distintos periodos de tiempo. Además, es un auxiliar en la definición de enfermedades, desórdenes o condiciones de salud.

Para la sistematización, jerarquización y el fácil almacenamiento y entendimiento, se ha elaborado una asignación de códigos alfanuméricos a los términos diagnósticos, en algún problema de afección a la salud.

La utilidad que tiene dicha clasificación es el monitoreo que indican: la prevalencia, signos, síntomas, factores y causas externas de enfermedad.

En la más reciente edición, que es la décimo primera ^(Fig.8), se revisó la clasificación del trastorno del déficit de atención e hiperactividad, fue publicada el 18 de Junio de 2018, con su última versión en abril de 2019, para su uso, traducción e implementación.^(11,12)

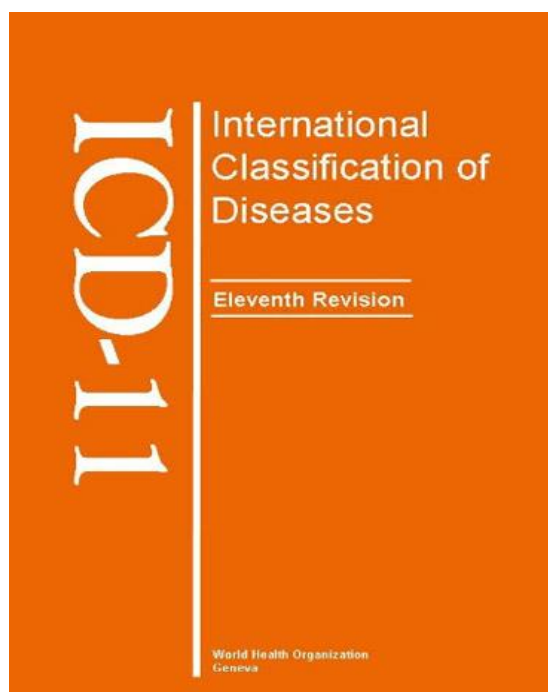


Fig.8 Portada del libro “International Classification of Diseases”.⁽¹⁰⁾

El TDAH se incluye en esta clasificación, en la categoría de *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*, formando parte únicamente de los *Trastornos del neurodesarrollo*, describiéndolos como trastornos cognitivos y del desarrollo que poseen cierta dificultad para la realización de funciones motoras, sociales e intelectuales, donde la etiología de éstos, podría llegar a ser incluso, desconocida. Se describe el patrón característico del TDAH como un conjunto de síntomas como: la hiperactividad, impulsividad o falta de atención que persisten en un

periodo de tiempo de 6 meses por lo menos, que comienzan en la infancia, ya sea al inicio o a mediados de ésta.⁽¹²⁾

Los periodos la infancia varían dependiendo del país, tradiciones y la organización de los ciclos locales. Según la OMS conjunto con la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)^(Fig.9), el periodo de la infancia comprende desde la gestación, atraviesa el nacimiento hasta los 8 años de edad. La infancia temprana comprende cambios acelerados en los niños, ya que van a dominar habilidades complejas para su desarrollo como: habilidades emocionales, cognitivas y sociales.⁽¹³⁾



Fig.9 Logo de United Nations International Children's Emergency Fund.⁽¹¹⁾

El adecuado desarrollo biológico durante los primeros años de vida dependerá de la adecuada estimulación que éste reciba en su entorno, aquí es donde interviene la familia, comunidad y la sociedad. Estos factores serán determinantes sociales de la salud.^(13,14)

El lactante según la OMS, abarca desde el nacimiento hasta los 28 días, la primera infancia se comprende desde esos 28 días hasta los 8 años, y la etapa de adolescencia de 10 a 19 años.^(15,16)

A su vez, la Academia Americana de Pediatría, distingue las etapas del niño como: bebé (0–12 meses), niño pequeño (1-3 años), etapa preescolar (3-5 años) y etapa escolar (5-12 años).⁽¹⁷⁾

Se le otorga a este trastorno el código: 6A05.⁽¹²⁾

La referencia hacia el padecimiento de hiperactividad, sería la dificultad que tiene el niño para quedarse quieto ante situaciones donde es requerido un comportamiento de autocontrol, sumado a una presencia de actividad motora abundante. En el caso de la impulsividad, se describe a ésta: como la inclinación a la realización de acciones sobre un estímulo inmediato donde no existe una reflexión previa de los actos realizados o las repercusiones que éste podría llegar a tener. La falta de atención nos refiere a la ardua tarea del sustento de la atención, ante situaciones donde la aportación de beneficios o estímulos sea nula, sumado a la distracción y problemas donde se requiera organización.

Para poder establecer un diagnóstico, las características de comportamiento deberán ser observadas en al menos dos escenarios posibles.⁽¹²⁾

5.3.2. Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM))

Éste manual surgió ante la necesidad de clasificar los trastornos mentales a lo largo de la evolución de la medicina, pero apenas hace un tiempo, no se había llegado al acuerdo de qué desórdenes deberían ser incluidos y cuál sería el mejor método de organización para su comprensión.

Las clasificaciones que han ido surgiendo en todo este proceso de la medicina, varían en cuanto al contenido que nos ofrecen, muchas veces difiriendo en etiología, el curso que llevan las enfermedades o el entorno clínico.

En los Estados Unidos, por el afán de recopilar información estadística sobre los trastornos mentales, en el año de 1840, se hizo un primer intento donde

únicamente se registraba la frecuencia de insanidad. Pasados 20 años, ya se podían distinguir al menos 7 categorías sobre salud mental, estas fueron: manías, melancolía, monomanía (*delirio parcial sobre una sola idea*)⁽¹⁸⁾, demencia, dipsomanía (*abuso de bebidas alcohólicas*)⁽¹⁹⁾, paresia y epilepsia.

Para el año de 1917, la Asociación Americana de Medicina y Psicología trabajando con la comisión nacional de higiene mental, recopilaron estadísticas de los hospitales psiquiátricos. En el año 1921, dicha asociación cambió su nombre y hoy se le conoce como Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ^(Fig.10), para su futura colaboración con la Academia de Medicina de Nueva York , se desarrolló la clasificación psiquiátrica que fue aceptable, para la incorporación del estudio de pacientes hospitalizados y con algún trastorno psiquiátrico grave.⁽²⁰⁾



Fig.10 Logo de la Asociación Psiquiátrica Americana. ⁽¹²⁾

Después de la Segunda Guerra Mundial, el sistema de clasificación fue mucho más amplio debido a las secuelas que había dejado dicha conflagración. Fue en el año de 1948, que la OMS adoptó la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), para que en el año de 1952, el comité de estadísticas de la APA desarrollara una variante de la CIE-6 publicándolo como la primera edición del DSM, siendo éste el primer manual oficial de trastornos basado en el uso clínico.

En las siguientes ediciones del DSM, se trataría de coordinar ambas versiones ^(Fig.11) (CIE).

AÑOS	DSM DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (APA) USA	ICD INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (WHO) EUROPE
1900		ICD-1*
1910		ICD-2*
1920		ICD-3*
1929		ICD-4*
1938		ICD-5*
1948		ICD-6
1952	DSM-I	
1955		ICD-7
1966		
1967		ICD-8
1968	DSM-II	
1975		ICD-9
1978		ICD-9-CM
1980	DSM-III	
1987	DSM-III-R	
1992		ICD-10
1994	DSM-IV	
1996		ICD-10 (niños)
1998	DSM-IV-R	
2000	DSM-IV-TR	

Fig.11 Años comparativos de sistemas de clasificación DSM y CIE. ⁽¹³⁾

Las diferencias que estas tenían, era que para la novena edición de la CIE no se incluían criterios de diagnóstico, comparado con la tercera versión del DSM ya que éste fue publicado con el propósito de dar definiciones precisas de los trastornos mentales, pero ante las inconsistencias que surgieron, se destinó a una revisión y corrección para llevar su publicación al año 1987.

Para la cuarta versión de DSM y la décima edición de la CIE, hubo más afinidad en cuanto a criterios de diagnóstico, por lo tanto, menor diferencia entre ambos sistemas. La quinta edición del DSM ^(Fig.12) fue publicada en el año de 2013.⁽²⁰⁾ En ésta se percibe al TDAH como un trastorno común de

afección en la niñez, pero se recalca que los signos y síntomas podrían durar incluso hasta la vida adulta.

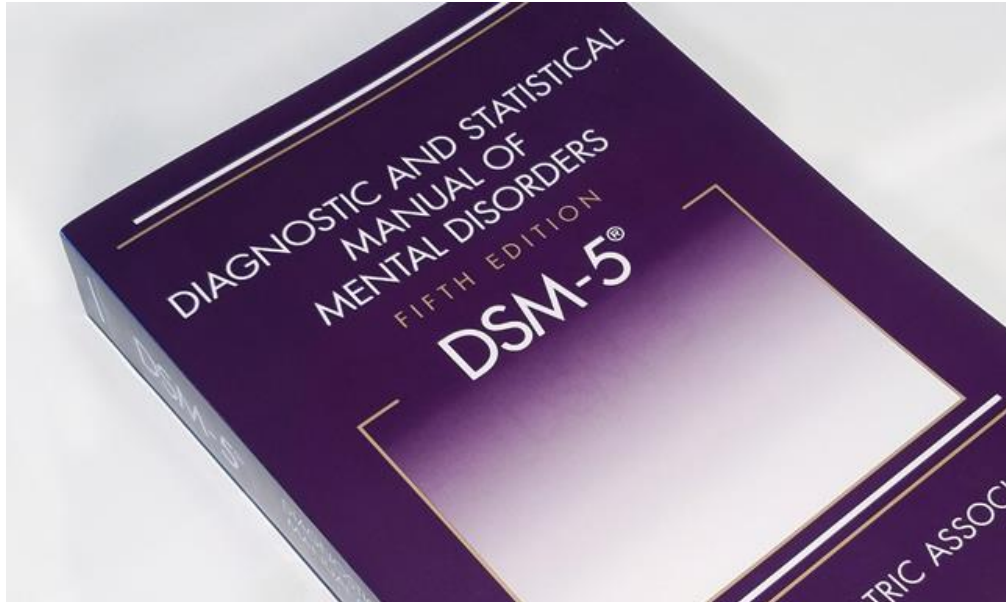


Fig. 12 Portada del libro “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”.⁽¹⁴⁾

Como características diagnósticas, la desatención es la más frecuente que se observa comúnmente en el niño, suele aparecer aún antes de los 12 años de edad.

Ésta condición se percibe mayormente en el aspecto académico y en la interferencia de la actividad social.

Para el establecimiento del diagnóstico se dice que debe existir al menos alguna alteración comportamental (desatención, hiperactividad o impulsividad) en dos situaciones ya sea en el hogar, en el ámbito escolar o laboral y en situaciones sociales, durante los últimos 6 meses^(Tabla 1).

CRITERIOS DSM 5 PARA TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E

HIPERACTIVIDAD

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que

interfiere en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado en (1) y/o (2) situaciones.

1. INATENCIÓN: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes, por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado, a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales.

Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista, desafiante, hostil o una falla para entender tareas o instrucciones.

Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.

a) A menudo falla en atender a detalles, o comete errores por descuido.

b) Dificultad para mantener atención sostenida en tareas o juegos.

c) A menudo parece no escuchar cuando le hablan directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones, no termina los trabajos.

e) Tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades.

f) Evita actividades que exigen atención mantenida (en adolescentes preparar informes, completar formularios, lecturas extensas).

g) A menudo extravía objetos necesarios para las tareas.

h) Se distrae fácilmente con estímulos externos (en adolescentes incluye pensamientos no relacionados).

i) Es descuidado en tareas diarias (en adolescentes devolver llamados, pagar cuentas, respetar citas).

2. HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes durante al menos seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus

Continuación Tabla 1. Criterios DSM - 5 para trastorno déficit de atención e hiperactividad.⁽³²⁾

<p>actividades académicas, ocupacionales y/o sociales.</p> <p>Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.</p>
a) Se mueve constantemente en su asiento.
b) Se levanta constantemente.
c) A menudo corre o salta cuando no es apropiado (en adolescentes incluye sensación de inquietud).
d) Tiene dificultad para jugar tranquilo.
e) Está siempre en movimiento.
f) Habla en exceso.
g) Contesta antes de que se le termine la pregunta.
h) Le cuesta esperar su turno.
i) Interrumpe a menudo (se mete y toma el lugar de otros).
3. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años.
4. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad deben estar presentes en dos o más ambientes (casa, colegio, con amigos o parientes, otras actividades).
5. Existe clara evidencia de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.
6. Los síntomas no ocurren solo en el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico y no son explicables por otro trastorno mental (trastorno

Continuación Tabla 1. Criterios DSM - 5 para trastorno déficit de atención e hiperactividad.⁽³²⁾

del ánimo, ansiedad, trastorno personalidad, intoxicación o privación de sustancias)

Tabla 1. Criterios DSM - 5 para trastorno déficit de atención e hiperactividad.⁽³²⁾

También se puede evaluar la gravedad o intensidad del trastorno como: leve, cuando hay síntomas escasos, además de los requeridos para el establecimiento del diagnóstico; moderado, si la intensidad se encuentra entre leve y severo; y severo o grave, cuando si hay persistencia de muchos síntomas, más de los requeridos para el establecimiento del diagnóstico e incapacitan de forma importante.^(1,10)

En esta clasificación existen tres presentaciones clínicas.

5.3.2.1.Predominio del déficit de atención

Para determinar este rubro, deben de existir al menos 6 de los criterios de inatención y en menor cantidad los criterios de hiperactividad-impulsividad. La duración de estos comportamientos debe de ser de al menos 6 meses.

Algunas de las características clínicas son: la nula atención sostenida a alguna actividad que se esté desarrollando, la dificultad en la planeación de tareas, distracción constante ante cualquier estímulo, hay desmotivación, los trabajos que entrega no son en tiempo y son de apariencia descuidada, no puede dividir su atención en dos cosas a la vez, en la escuela suele pasar desapercibido.⁽¹⁰⁾

5.3.2.2.Predominio hiperactivo – impulsivo

Para este subtipo, debe de haber 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero menos de 6 síntomas de desatención y necesitan abarcar al menos 6 meses.

Esta presentación clínica suele ser diagnosticada precozmente ante los niños que sólo presentan inatención.⁽¹⁰⁾

Existe mayor predisposición a los cambios de ánimo súbitos, trastornos del aprendizaje, del lenguaje y la comunicación. La presentación clínica suele ser el habla excesiva y precipitada, exceso de energía sin una finalidad concreta, no espera su turno, en la escuela podría ser considerado un alumno maleducado o molesto.⁽¹⁰⁾

5.3.2.3. Tipo combinado

Su presentación clínica se atribuye a características combinadas de inatención, hiperactividad e impulsividad. La persistencia de la alteración comportamental tiene que darse durante al menos 6 meses o más.

5.4. Evaluación clínica

Para la obtención del diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, la evaluación clínica es el principal recurso para su definición, coadyuvándose de los criterios diagnósticos de las clasificaciones previamente descritas (CIE y DSM). Todo diagnóstico va acompañado de una historia clínica completa, donde los antecedentes heredo familiares serán de especial importancia para ver la historia médica familiar y así, si existe algún antecedente heredo familiar, poder actuar de manera inmediata remitiendo con algún especialista.

6. Hábitos

Éstos varían dependiendo de la edad, y de los efectos que causan, son característicos del tiempo que se invierte en su realización, sumada a la frecuencia e intensidad con la que se llevan a cabo. Dichos hábitos pueden ocasionar obstáculos para el buen desarrollo del sistema muscular, el complejo esquelético y dental (Fig.13).

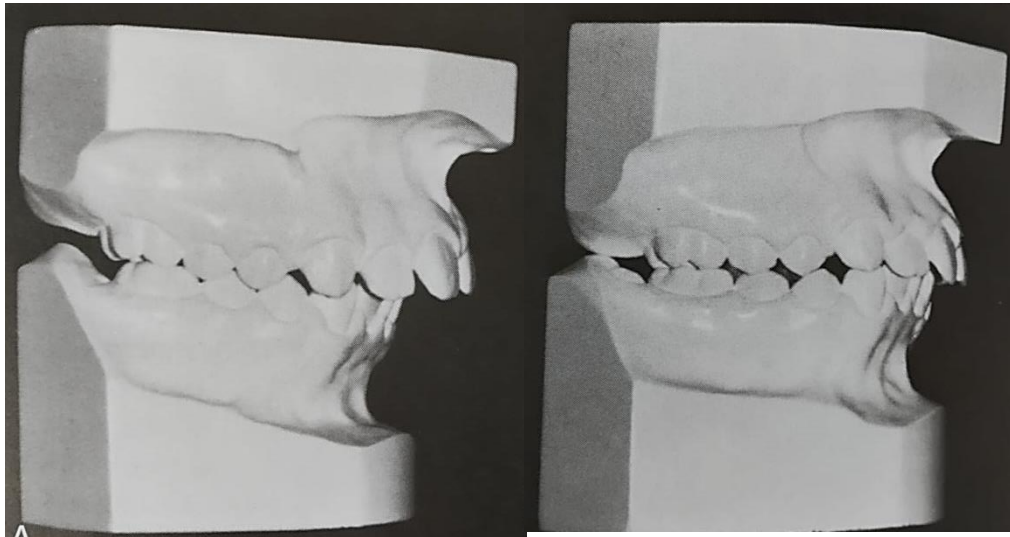


Fig.13 Modelos comparativos entre gemelas idénticas, donde una posee el hábito de succión digital y la otra no. (15)

Su aparición tiene influencia en factores psicológicos como: depresión, neurosis y estrés.

Conforme el niño va madurando, los hábitos podrían desaparecer o llegar a sustituirse por nuevos. (21)

6.1. Clasificación

Los podemos clasificar en dos tipos: fisiológicos y no fisiológicos. Los hábitos fisiológicos se describen como aquellos que son innatos para el individuo, necesarios para el desarrollo y la supervivencia, como: la respiración nasal, la deglución, o la succión. (22,23)

En su contraparte, tenemos a los hábitos no fisiológicos, los cuales corresponden a funciones bucales inadecuadas, ejerciendo un efecto pernicioso en la cavidad bucal. Se dice que son resultado de tensiones producidas por algún estímulo que altere la situación de seguridad del individuo.^(21,23,24)

6.2.Succión digital

Es un hábito que frecuentemente se encuentra en los niños pequeños, incluso, puede llegar a tener influencia desde el útero (aproximadamente desde la décimo segunda semana) satisfaciendo la necesidad de alimento, al mismo tiempo que establece una relación con su medio y continúa hasta aproximadamente la edad de 3 o 4 años, llega a ser tan común que muchas veces es considerado un hábito normal en los niños.^(25,26)

En la succión digital se realiza la succión de algún dedo de la mano, sin tener predilección por alguna mano en específico, habiendo variantes sobre qué dedo se realiza la succión, siendo lo más frecuente el dedo pulgar en vertical, pero podría llegar a ser cualquier dedo de la mano, o incluso dos o más dedos a la vez ^(Fig.14, 15). También es importante destacar, que la forma en la que se realiza la succión digital, derivará en consecuencias más o menos nocivas, dependiendo de la posición del dedo en boca. La que es considerada la de mayor afección es cuando el dorso del dedo se deposita sobre los incisivos inferiores.

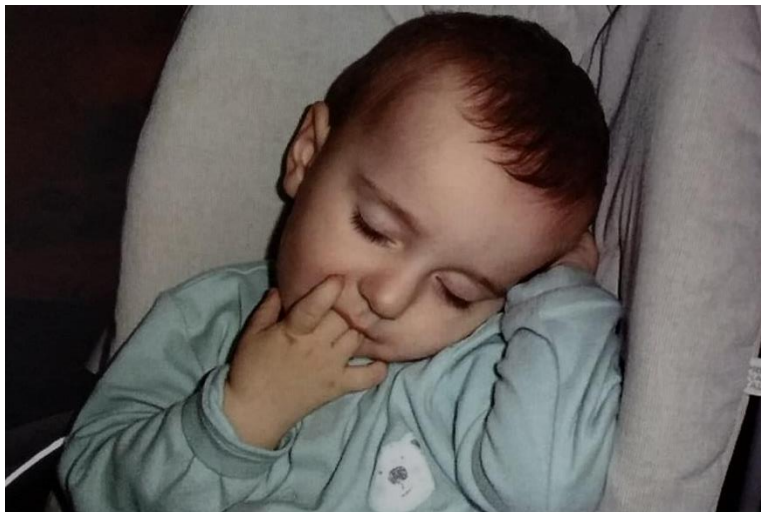


Fig.14 Niño realizando succión de dos dedos simultáneamente.⁽¹⁶⁾



Fig.15 Niño realizando succión de dos cuatro dedos simultáneamente. ⁽¹⁷⁾

Se dice que la succión digital es resultante de un deseo de llamar la atención, como signo de ansiedad, inestabilidad o simplemente un acto de placer. Aunque también tiene influencia ante el destete prematuro por parte de la madre ⁽²¹⁾ o ante situaciones de aburrimiento o sueño.

Las repercusiones que se pueden tener son: alteración de la tonicidad muscular, la deglución y fonación, dimensión vertical aumentada, mordida abierta anterior, desplazamiento dentario antero-superior hacia adelante y dentario inferior hacia atrás, ante la oposición del dedo dentro de la boca del niño, afectando así la estética; también ocasionar a veces mordida abierta que derivaría en un colapso maxilar y como consecuencia, se obtendría una mordida cruzada posterior. Aunque debemos recordar que esto siempre puede llegar a variar, dependiendo de la posición en la que el niño lleve su dedo a la boca. También interfiere en la correcta erupción dental, causando problemas oclusales y la nula maduración de la deglución. ^(26,27)

Generalmente los efectos son transitorios, pocos o nulos y reversibles, en la etapa de la dentición primaria, siempre y cuando el hábito no persista más allá de los 6 años, cuando comienza el recambio dental hacia la dentición permanente ^{(Fig.16) (27,28)}

Es importante identificar qué causa este hábito, para su pronto tratamiento y evitar futuras recidivas.⁽²³⁾



Fig.16 Mordida abierta en paciente de 7 años debido a succión digital.⁽¹⁸⁾

6.3.Respiración bucal

La respiración es el intercambio de gases con el ambiente mediante la nariz, para la obtención de oxígeno.

Puede dividirse en dos secciones: vías aéreas superiores e inferiores (Fig.17). Las vías aéreas superiores son: fosas nasales, faringe y laringe. El aire entra por la nariz, pasa por el paladar blando y se dirige hacia la faringe, posteriormente se dirige hacia el esófago. Las vías aéreas inferiores son: tráquea, bronquios, bronquiolos para finalizar en sacos alveolares.⁽²²⁾

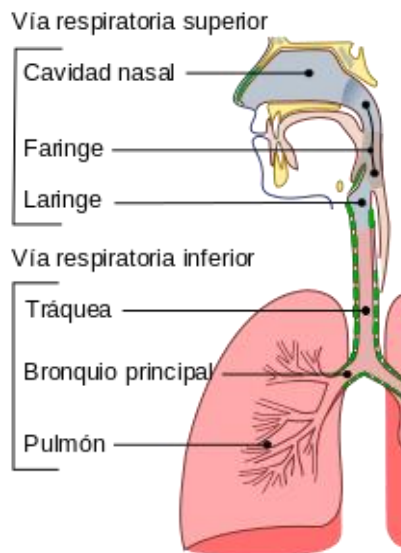


Fig.16 Vías aéreas superiores e inferiores.⁽¹⁹⁾

Aunado a esto, existe cierre de la cavidad bucal, creando así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, al momento de la inhalación. Pero en algunas ocasiones, la respiración tiene efecto a través de la boca en vez de la nariz, ésta se lleva a cabo realizando una depresión de la mandíbula, lengua y llevando la cabeza hacia una posición de inclinación hacia atrás.

Con el fin de determinar si la respiración se está efectuando por la nariz, se debe decretar el flujo respiratorio, para así tener en cuenta qué parte se realiza por medio de la nariz y que parte por la boca ^(Fig.18), para hacer un diagnóstico diferencial entre un patrón respiratorio por obstrucción o restrictivo. Existen instrumentos que efectúan la medición simultánea, como los espirómetros ^(Fig.19) ^(26,28).

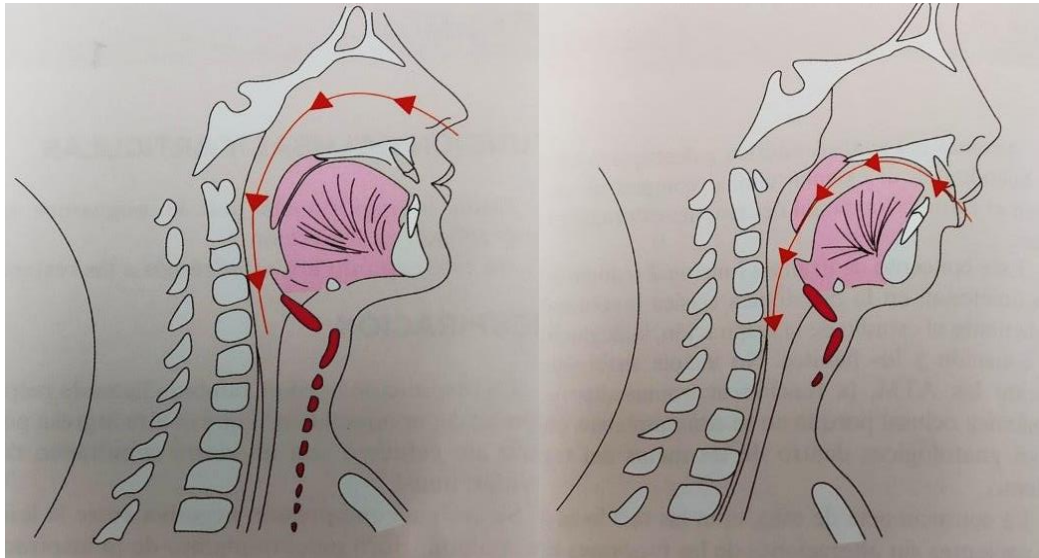


Fig.17 Comparación del flujo de aire entre respiración normal y respiración bucal. ⁽²⁰⁾



Fig.17 Espirómetro portátil. ⁽²¹⁾

La espirometría ^(Fig.20), nos ayuda con la diferenciación del patrón respiratorio; cuando existe obstrucción, habrá resistencia y dificultad respiratoria. En un patrón restrictivo, los pulmones disminuyen el volumen total de aire que pueden almacenar. Hay casos donde pueden estar presentes la restricción y obstrucción respiratoria. ⁽²⁶⁾



Fig.20 Paciente realizando prueba de espirometría. ⁽²²⁾

Existen otras pruebas para evaluar la deficiencia respiratoria, como: prueba de Rosenthal, prueba de Glatzel y reflejo narinario de Gudin. La prueba de Rosenthal ^(Fig.21), consiste en una fatiga respiratoria, el paciente adoptará una postura correcta y el cierre bucal. Primeramente deberá respirar 20 veces con ambas narinas después, lo hará con sólo una narina y tapando la otra con su pulgar, igual 20 veces, al término, hará lo mismo con

la otra. Si el paciente manifiesta respiración bucal, habrá una apertura bucal antes de finalizar la prueba.⁽²⁶⁾



Fig.21 Paciente realizando prueba de Rosenthal ⁽²³⁾

Para la prueba del espejo de Glatzel ^(Fig.22), se coloca un espejo debajo de la nariz, al respirar nuestro paciente con la boca cerrada, éste se empañará, si la concentración del aire es simétrica en ambas narinas, no habría del porqué sospechar de una obstrucción nasal, sin embargo, si hay una presencia asimétrica se sospechará de obstrucción, lo que disminuye la permeabilidad aérea.⁽²⁶⁾



Fig.22 Paciente realizando prueba de Glatzel. ⁽²⁴⁾

En la prueba de Gudín (Fig.23), se tapa la nariz del individuo durante unos segundos con cierre bucal, al quitar la obstrucción de los dedos, se dilatarán las narinas, si esto no sucediera, o ésta se efectuara de forma lenta, podríamos sospechar de respiración bucal.⁽²⁶⁾ También nos podemos ayudar de cuestionarios (Fig.24), para un rápido diagnóstico y determinar con mayor certeza alguna alteración respiratoria.



Fig.23 Paciente realizando prueba de Gudín.⁽²⁵⁾

Test de la respiración			
¿Tiene la cara pálida,ojeras y mirada perdida?		Sí	No
¿En reposo los labios están separados?		Sí	No
¿En reposo se ve la lengua en el piso de boca?		Sí	No
¿El labio superior es pálido y poco desarrollado?		Sí	No
¿El labio inferior es rosa intenso y reseco?		Sí	No
¿Al cerrar la boca se contraen los músculos mentonianos?		Sí	No
¿Al cerrar la boca las comisuras están hacia abajo?		Sí	No
¿Al pedirle que respire lo hace por la boca?		Sí	No
¿Tiene dificultad para respirar por la nariz 10 veces?		Sí	No
¿Tiene dificultad para respirar por cada narina 10 veces?		Sí	No
¿Hace ruido al respirar?		Sí	No
¿Mojá la almohada cuando duerme?		Sí	No
¿Ronca?		Sí	No
¿Tiene boca seca y aliento fuerte en la mañana?		Sí	No
¿Sangran las encías al cepillar los dientes?		Sí	No
¿Se resfría con frecuencia?		Sí	No
¿Es alérgico o asmático?		Sí	No
¿Tiene tabique desviado u otro problema por la nariz?		Sí	No
¿Cuándo corre tiene dolor al costado?		Sí	No
¿Se observa mala postura corporal?		Sí	No
¿Tiene pie plano?		Sí	No
¿Tiene problemas de oído o de audición?		Sí	No
¿Tiene poco desarrollo de senos maxilares?		Sí	No
Sí la respuesta es Sí a 4 o más preguntas, tiene problemas respiratorios			

Fig.24 Test diagnóstico de respiración.⁽²⁶⁾

Las causas que pueden ocasionar este hábito, las podemos clasificar en orgánicas o funcionales, como por ejemplo: la desviación del tabique nasal, la permeabilidad de los orificios nasales, el tamaño adenoideo, alteración de la posición lingual o alguna alteración del desarrollo óseo. Entre las funcionales distinguimos alguna alergia, inflamación de mucosa o resfriados frecuentes.

Algunas de las repercusiones dadas por este hábito nocivo son: la formación ojival y alta del paladar, mordida cruzada posterior, retrognatismo mandibular, gingivitis, desgaste condilar ante la presencia de boca abierta por tiempo prolongado, aumento del tercio inferior de la cara, colapso maxilar, incompetencia labial, mejillas flácidas y aparición de ojeras, ya sea por una mal descanso o por apnea del sueño, incluso puede llegar a afectar la postura, ya que ante el mayor requerimiento de flujo de aire, la cabeza se lleva hacia atrás y los hombros hacia adelante buscando un equilibrio.

(Fig25,26,27,28) (23,29)



Fig.25 Perfil de paciente respirador bucal. ⁽²⁷⁾



Fig.26 Postura adoptada por respirador bucal. ⁽²⁸⁾



Fig.27 Repercusiones en cavidad bucal por respiración bucal. ⁽²⁹⁾



Fig.28 Paladar ojival. ⁽³⁰⁾

6.4.Bruxismo

Es el apretamiento y en ocasiones el rechinar repetitivo de los dientes, influenciado por los músculos mandibulares, se dice que éste se manifiesta como respuesta ante la frustración o el estrés constante, sin embargo, la etiología suele ser multifactorial. Algunos estudios han correlacionado la falta de neurotransmisores como: dopamina e histamina, en la aparición de las manifestaciones de bruxismo. ⁽²¹⁾

El movimiento que produce el bruxismo dentario es de excursión lateral y protrusivo, causando movimientos en dirección desfavorable.

Si se realiza por un tiempo prolongado, produce abrasión, desgaste dentario (Fig.29), dolor muscular y cefaleas constantes. Si existe la persistencia del hábito hasta la vida adulta, podría causar daños en la articulación temporomandibular y daño periodontal.⁽²⁷⁾



Fig.29 Bruxismo en dientes temporales.⁽³¹⁾

En los niños hay que realizar una clara diferenciación entre bruxismo y el desgaste fisiológico (que sólo ocurre en dientes temporales), clave importante para el desarrollo de una adecuada oclusión.⁽²⁶⁾

Para su diagnóstico, el principal recurso es el examen clínico seguido de exámenes de electromiografía y polisomnografía. Este último se utiliza para el bruxismo nocturno ya que se emplea para el estudio del sueño, la desventaja de este estudio es el costo elevado y puede perturbar el comportamiento del sueño al ser realizado en una instancia hospitalaria, afectando los resultados.⁽²¹⁾

Se puede clasificar al bruxismo en dos entidades:

6.4.1.Diurno

Normalmente se tiene como hábito consciente, pero podría llegar a ser ignorado por sí mismo, sumado a otros hábitos nocivos como la onicofagia o la mordedura constante de carrillos. Éste tiene mayor predisposición en mujeres y se identifica como la contracción prolongada por parte de los

músculos masticatorios reflejándose en apretamiento dental, por lo tanto no es audible.

La prevalencia de que esto suceda es 3.6 veces mayor en niños que padecen alguna afectación psicológica.⁽²¹⁾

6.4.2.Nocturno

Ocurre en la fase de sueño ligero, realizando el apretamiento y/o rechinar dental, pero sólo por unos segundos, la fuerza que se ejerce por los músculos faciales y masticatorios, hace que pueda llegar a escucharse ^(Fig.30). Produce abrasión si se realiza por un tiempo prolongado, si existe la persistencia del hábito hasta la vida adulta, podría causar daño en el periodonto y la articulación temporomandibular.



Fig.30 Bruxismo nocturno. ⁽³²⁾

6.4.3.Céntrico

Es el apretamiento dental sin rechinar, no produce desgaste de las superficies oclusales pero el dolor muscular es intenso.

6.4.4.Excéntrico

Es el frotamiento de los dientes entre sí. Los dolores musculares son casi imperceptibles.

6.5. Queilofagia

Es el acto repetitivo de morderse o succionar el labio. Comúnmente se da ante la interposición del labio inferior cuando el niño está en reposo, como auto estimulación o ante una sustitución de la succión digital ^(Fig.31).

Suele aparecer ante situaciones de estrés.



Fig.31 Paciente succionando labio inferior. ⁽³³⁾

Llega a causar desequilibrio orofacial, mordida abierta anterior ^(Fig.32), dolor muscular, disfunción en movimientos de apertura y cierre bucal, lesiones en la zona de labios ^(Fig.33) y proyección posterior de los dientes anteriores inferiores, altera la posición lingual. ⁽²¹⁾



Fig.32 Mordida abierta anterior ante succión de labio inferior. ⁽³⁴⁾



Fig.33 Lesiones en zona peribucal por queilofagia. ⁽³⁵⁾

6.6. Proyección lingual

Cuando el individuo se encuentra en descanso, la lengua se ubica reposando sobre las superficies palatinas de los incisivos inferiores. Ante el hábito lingual, la punta de la lengua se llevará hacia la parte anterior, entre los dientes incisivos durante la deglución.⁽²⁸⁾

La etiología principal que suele asociarse a este hábito es: la presencia de mordida abierta anterior, protrusión de incisivos y el ceceo.⁽²⁷⁾

Durante su proyección, la lengua llega a posicionarse en distintas ubicaciones tales como la zona anterior o en el sector lateral de la boca (Fig.34).

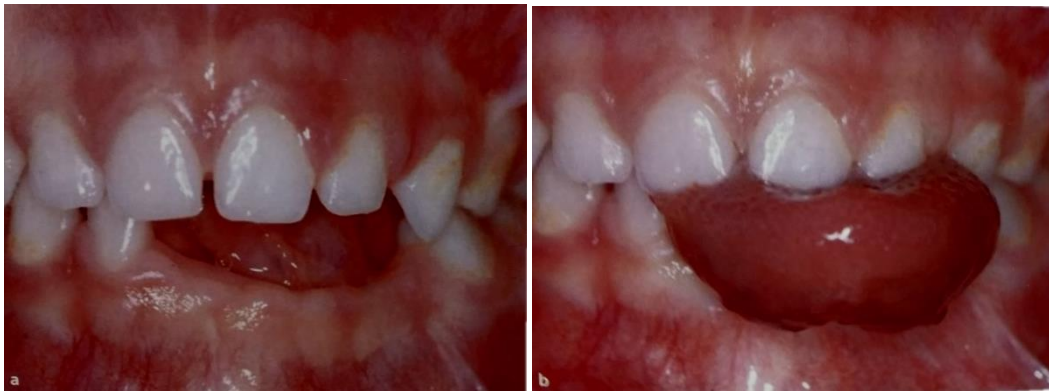


Fig.34 Proyección lingual ante pérdida de incisivos inferiores.⁽³⁶⁾

6.7. Onicofagia

Es el acto de morder las uñas, ante una situación de ansiedad (Fig.35).



Fig.35 Paciente mordeándose las uñas. ⁽³⁷⁾

Su etiología se manifiesta en niños de etapa preescolar, pero alcanza su mayor expresión en niños en etapa escolar.

Las repercusiones que se pueden generar son: desgaste en la zona incisal de los dientes anteriores, micro fracturas en el esmalte por la posición que el niño adopta.

Es considerado el hábito más común en niños, después de la succión digital, actuando como un liberador de tensiones. ⁽²¹⁾

6.8. Deglución atípica

La deglución es el acto de ingerir alimentos ya sean sólidos o líquidos, llevándolos desde la boca hacia el estómago.⁽³⁰⁾

Se divide en cuatro etapas: etapa oral preparatoria, oral pura, faríngea y esofágica^(Fig.36).

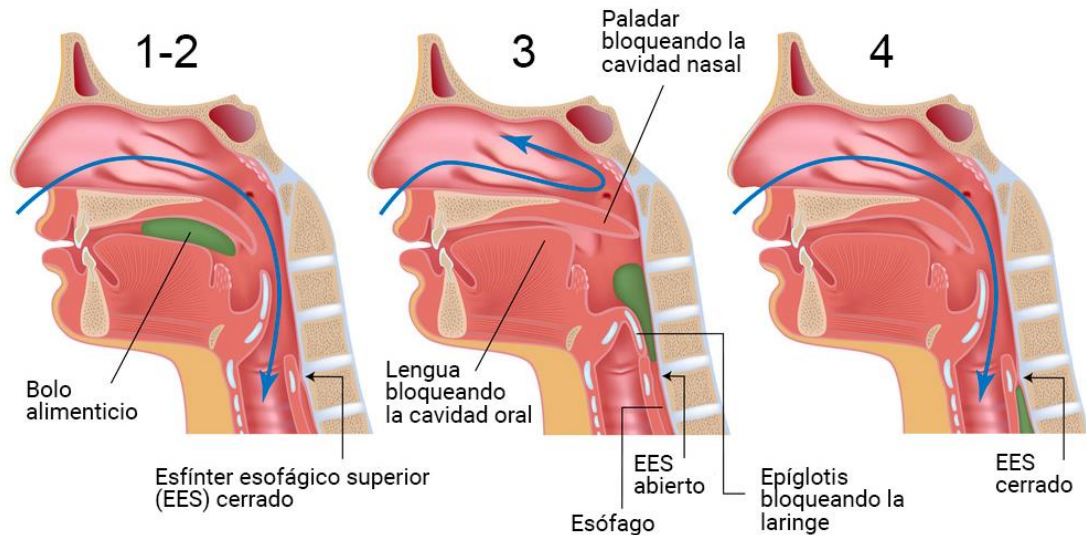


Fig.36 Fases de la deglución.⁽³⁸⁾

En la primera etapa, la lengua permanece en contacto con el velo del paladar, de modo que la masticación y la respiración se puedan realizar. Hay intervención de la saliva para el desdoblamiento de los alimentos, contacto labial y cese de la respiración. Para la etapa oral pura o de transporte, el bolo alimenticio ya ha sido preparado, el velo del paladar se encuentra elevado, la parte posterior de la lengua toma una posición hacia abajo y el resto ejercerá presión sobre el paladar duro, llevando el bolo hacia la orofaringe. En la etapa faríngea se efectúa el reflejo deglutorio, la elevación y retracción del paladar blando, se cierra la laringe para evitar el paso a la vía aérea. En la última fase, el bolo alimenticio pasa a través del esfínter cricofaríngeo y

finaliza en el esfínter esofágico. La duración aproximada de todo el tránsito es alrededor de 8 a 20 segundos.^(22,31)

Por lo tanto, la deglución atípica es una variante nociva de la deglución que afecta a la región bucal, ya que la posición que la lengua adopta es entre las arcadas a la hora de deglutir ^(Fig.37) y no existe un adecuado cierre labial.



Fig.37 Posición de la lengua en la primera fase de deglución.⁽³⁹⁾

Al contrario de la deglución normal donde hay contacto intercuspídeo de los dientes y la contractibilidad muscular perioral es nula.

La etiología que suele asociarse a este hábito es la hipertrofia de las tonsilas, la pérdida prematura de los dientes anteriores, succión digital, uso prolongado de biberón o chupete, obstrucción nasal.⁽²²⁾

De seguir esta patología podría derivar en una mordida abierta aunado ^(Fig.38), a una protrusión de los dientes anteriores superiores ante la interposición lingual, mordida abierta anterior o posterior.⁽²³⁾

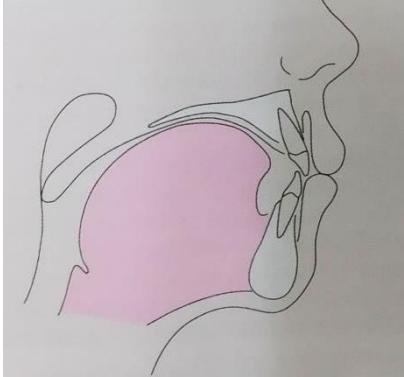
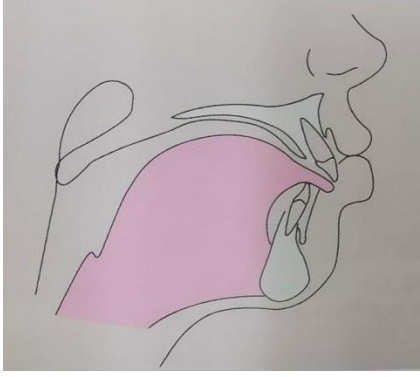


Fig.38 Mordida abierta por hábito de deglución atípica.⁽⁴⁰⁾

Los cuestionarios nos ayudan para determinar alguna alteración en la deglución (Fig.39).

Test de la deglución.			
Al comer mastica rápido y poco los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastica con la boca abierta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma abundante líquido en las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cuesta tomar comprimidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Junta saliva con contracción de los músculos peribucales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traga con la misma contracción y con movimientos de cabeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luego de tragar, ofrece resistencia al separar los labios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No junta los molares cuando traga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No le agradan los alimentos duros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene papada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acumula saliva en las comisuras de la boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando habla, se ve mucho la lengua en los fonemas T-D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene frenillo lingual corto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene tonsilas hipertrofiadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lengua puede verse a nivel frontal o lateral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lengua puede verse al sonreír.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los dientes superiores están apoyados en el labio inferior cuando traga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luego de los 4 años, continuó con la succión del pulgar o uso del chupete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los fonemas S y RR se oyen alterados durante el habla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí la respuesta es Sí a 4 o más preguntas, tiene problemas de deglución.			

Fig.39 Test diagnóstico de deglución. ⁽⁴¹⁾

Cuadro comparativo entre Deglución normal y deglución atípica.	
Labios y mentón relajados.	Labios y mentón contraídos.
Punta lingual apoyada en papila incisiva.	Punta lingual adelantada o apoyada en dientes.
Lengua ejerce presión en bóveda palatina.	Lengua en posición descendida apoyada contra o entre dientes.
Presión intraoral negativa.	Relativa presión negativa.
Crecimiento maxilar en sentido transversal y descenso de la bóveda palatina.	Crecimiento maxilar posteroanterior con tendencia vertical.
	
Deglución normal	Interposición lingual en deglución atípica

Cuadro comparativo entre deglución normal y deglución atípica.⁽²²⁾

7. Conclusiones

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad al día de hoy, sigue siendo un tema complejo que requiere de mucha observación y estudio, el abordaje correcto de los especialistas en el tema, es de suma importancia para el buen desarrollo psicosocial del niño.

El trabajo interdisciplinario del odontólogo, derivara en poner en práctica las estrategias de prevención específicas y las técnicas adecuadas para ayudar a los pacientes en edades infantiles, y adoptar hábitos saludables. Es ahora la oportunidad perfecta para Educación para la Salud, en la instauración y enseñanza de medidas necesarias de control.

El conocimiento de los padecimientos derivados de este trastorno, nos ayudará para poder ofrecer al niño, una consulta satisfactoria que resulte en la cooperación adecuada del mismo para planear y realizar tratamientos dentales.

8. Referencias bibliográficas

1. Morrison J. DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico. 1a ed. Manual Moderno, editor. 2015. 12,33-38.
2. Hidalgo Vicario MI, Soutullo Esperón C. Déficit de atención e hiperactividad. 2000;(2):67–9. Disponible en: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
3. De la Fuente Hernandez J, Nieto Cruz ME, Sifuentes Valenzuela MC. Promoción y educación para la salud en odontología. 1a ed. México: El Manual Moderno; 2014.
4. OMS. Preguntas más frecuentes [Internet]. [citado el 25 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
5. OMS | Salud mental: un estado de bienestar. WHO [Internet]. 2014 [citado el 25 de septiembre de 2019]; Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
6. OMS | Salud bucodental. WHO [Internet]. 2016 [citado el 8 de octubre de 2019]; Disponible en: https://www.who.int/topics/oral_health/es/
7. García de Vinuesa Fernández F. Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. Papeles del Psicólogo - Psychol Pap [Internet]. 2017;37(1):107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/778/77851775005/77851775005.pdf>
8. González MIN. El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. 2010;31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3399009.pdf>

9. Vásquez J, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Guías Clínicas Para La Atención Trastor Ment [Internet]. 2010;1–40. Disponible en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_tdah.pdf
10. De la Flor i Brú J. Pediatría en atención primaria. 4a ed. Ergon; 2018. 398-409/773-783/786-799 p.
11. OPS/OMS | Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es
12. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F821852937>
13. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Oms [Internet]. 2013;1–41. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-_El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf
14. OMS | Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado el 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/
15. OMS | Lactante, recién nacido [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado el 21 de septiembre de 2019]. Disponible

en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/

16. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [citado el 21 de septiembre de 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
17. Edades y Etapas - HealthyChildren.org [Internet]. [citado el 11 de septiembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/Paginas/default.aspx>
18. Monomanía «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=monomanía>
19. Dipsomanía - «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=DpzwbG1>
20. APA. DSM History [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
21. Bezerra da Silva LA. Tratado de Odontopediatria. 2a ed. 2018. 1162-1182/ 1276-1290 p.
22. Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 1. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2015. 125–153 p.
23. Lugo C, Toyo I. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. hábitos orales no fisiológicos más comunes y como

influyen en las maloclusiones. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría [Internet]. 2012;1–17. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

24. José Chedid S. Ortopedia y Ortodoncia para la Dentición Decidua. 2018. Pp 173-179, 208-214 .
25. Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Exámen funcional. En: Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Pp. 101–114.
26. Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Pp 459–488, 755–763 .
27. Dean JA. McDonald y Avery. Odontología pediátrica y del adolescente. 10a ed. Elsevier España; 2018. Pp 435–443.
28. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Etiología de los problemas ortodóncicos. En: Ortodoncia Contemporánea. 5a ed. Elsevier; 2014. p. 137–145.
29. Mateu M, Vasallo A, Bertolotti C, Shweize H. Diagnóstico Clínico de funciones orales. Estudio comparativo de dos métodos de evaluación. 21 Rev Fac Odon UBA · Año. 2014;29:21–6.
30. Deglutir - «Diccionario de la lengua española» [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=C48M8IL>
31. Dysphagia [Internet]. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=disfagia-90-P05097>
32. Rodillo BE. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet].

2015;26(1):52–9.

Disponible

en:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864015000097>

Referencias imágenes

1. Heinrich Hoffman. Disponible en: <https://www.struwwelpeter-museum.de/en/heinrich-hoffmann/>
2. Portada del libro “Der Struwwelpeter”. Disponible en: <https://www.struwwelpeter-museum.de/wp-content/uploads/2017/03/puzzle.jpg>
3. Ilustraciones de “The Story of Fidgety Philip”. Disponible en: http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchen_deutschland/hoffmann/zappelphilipp_1.html
4. Ilustraciones de “The Story of Fidgety Philip”. Disponible en: http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchen_deutschland/hoffmann/zappelphilipp_2.html
5. Ilustraciones de “The Story of Fidgety Philip”. Disponible en: http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchen_deutschland/hoffmann/zappelphilipp_3.html
6. Hiperactividad: Disponible en: <https://crianzaysalud.com.co/wp-content/uploads/2017/03/escolares.jpg>
7. Impulsividad. Disponible en: <https://rinconpsicologia.com/wp-content/uploads/2014/10/ni%C3%B1o-impulsivo.jpg>
8. Desatención. Disponible en: https://www.freepik.es/foto-gratis/hispana-aburrida-colegiala-sentada-escritorio_4989952.htm#query=ni%C3%B1a%20aburrida&position=3
9. Logo de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/ResourcePackages/WHO/assets/dist/images/logos/es/h-logo-blue.svg>

10. Portada del libro "International Classification of Diseases". Disponible en: <http://www.paho.org/relacsis/images/Noticias/2016-11-15-icd11roadto2018.jpg>
11. Logo UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/georgia/sites/unicef.org.georgia/files/styles/press_release_feature/public/unicef-for-every-child-logo.png?itok=SmnazCaN
12. Logo de la Asociación Psiquiátrica Americana. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/Image%20Library/Global%20Navigation/logo-main.png>
13. Años comparativos de sistemas de clasificación DSM y CIE. Disponible en: <http://www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5838398111/9+DEL+BARRIO.pdf?t=1362393478>
14. Portada del libro "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Disponible en: <https://www.psychiatry.org/Image%20Library/Global%20Navigation/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-Hero.jpg>
15. Modelos comparativos en gemelas idénticas. Disponible en: Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia Contemporánea. 5a ed. Elsevier; 2014, Página 138.
16. Succión digital. Disponible en: Barbería LE. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª ed., Madrid. Ripano S.A., 2014. Página 69
17. Succión de 4 dedos. Disponible en: Barbería LE. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª ed., Madrid. Ripano S.A., 2014. Página 268
18. Repercusiones por succión digital: Disponible en: Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 462

19. Vías aéreas superiores e inferiores. Disponible en:
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/f8/Illu_conducting_passages_es.svg/245px-Illu_conducting_passages_es.svg.png
20. Comparación de flujo aéreo. Disponible en: Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Página 102
21. Espirómetro: Disponible en:
<https://www.dhmaterialmedico.com/material-medico/fotos/espirometro-spirobank-ii-basic-1541509013.jpg>
22. Espirometría: Disponible en:
<http://www.neumologopediatramonterrey.com/images/espirometria-neumologa-pediatra-monterrey.jpg>
23. Prueba Rosenthal. Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 487
24. Prueba de Glatzel. Disponible en: “Espejo de Glatzel: valorar la obstrucción respiratoria y grado de permeabilidad nasal - Neurotec.es”
<https://www.youtube.com/watch?v=1-dUA5w5Tt8>
25. Prueba de Gudin. Disponible en: Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 488
26. Test respiratorio. Disponible en: Mateu M, Vasallo A, Bertolotti C, Shweize H. Diagnóstico Clínico de funciones orales. Estudio comparativo de dos métodos de evaluación. 21 Rev Fac Odon UBA - Año. 2014.
27. Perfil respirador bucal. Disponible en: Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 460

28. Postura respirador bucal. Disponible en: Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Exámen funcional. En: Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Página 105
29. Repercusiones orales en respirador bucal. Disponible en: Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 460
30. Paladar ojival. Disponible en: Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Página 104
31. Bruxismo en niños. Disponible en: <http://cuspblanc.blogspot.com/2014/10/bruxismo-infantil-mi-hijo-rechina-los.html>
32. Bruxismo nocturno. Disponible en: <http://cuspblanc.blogspot.com/2014/10/bruxismo-infantil-mi-hijo-rechina-los.html>
33. Queilofagia. Disponible en: Barbería LE. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª ed., Madrid. Ripano S.A., 2014. Página 96
34. Mordida abierta. Disponible en: Barbería LE. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª ed., Madrid. Ripano S.A., 2014. Página 96
35. Lesiones peribucales. Disponible en: Mateu ME, Schweizer HS, Betolotti MC. Ortodoncia: premisas, diagnóstico, planificación y tratamiento. Tomo 2. 1a ed. 2015. Página 757
36. Proyección lingual anterior. Disponible en: Barbería LE. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ª ed., Madrid. Ripano S.A., 2014. Página 78
37. Onicofagia. Disponible en: <http://www.noticiasencontraste.com/wp-content/uploads/2017/10/ni%C3%B1o-u%C3%B1as.jpg>

38. Fases de la deglución. Disponible en: <http://ramondecangas.com/wp-content/uploads/2016/08/degluticion.jpg>
39. Lengua en posición adelantada en primera fase de deglución. Disponible en: Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Página 108
40. Mordida abierta por deglución atípica. Disponible en: Gregoret J, Tuber E, Escobar P. LH, Da Fonseca AM. Exámen funcional. En: Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnóstico y Planificación. 2a ed. 2014. Página 109
41. Test deglución. Disponible en: Mateu M, Vasallo A, Bertolotti C, Shweize H. Diagnóstico Clínico de funciones orales. Estudio comparativo de dos métodos de evaluación. 21 Rev Fac Odon UBA - Año. 2014.