



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EN EL  
MANEJO CONDUCTUAL DEL NIÑO CON  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD (TDAH).

### **T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

DIETER AGNI CHÁVEZ SILVA

TUTORA: Mtra. PATRICIA DÍAZ COPPE

ASESORA: Mtra. ANDREA LARA PÉREZ SOTO



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 Victoria y Ramiro, por ser uno de mis más grandes ejemplos, por el apoyo, consejos, cariño, enseñanzas, por todo el trabajo y sacrificio que hicieron para ayudarme a lograr uno de mis objetivos, por ser mi pilar cuando me derrumbaba, los amo.

A mis abuelitos Braulio y Ma. Elena, por todo el cariño, el apoyo, los consejos, las risas, los cuidados, por el sacrificio que hicieron para ayudarme en este camino, los amo.

A Hania por todo el cariño y apoyo, por soportar mis momentos de mal humor y ser una de las personas que más amo en esta vida.

A mi papá Armando, por enseñarme a ser fuerte y que debo disfrutar la vida como si no hubiera un mañana.

A Diana, por siempre estar, por todas las risas, llantos, aventuras, los viernes de gordos, soportar mis enojos, por todas las historias que tenemos y las que nos faltan, te adoro flaquita.

A Jenny, por todo lo vivido, todo el apoyo, las risas, los llantos, por ese cariño con peleas tan especial, por lo que aún falta por vivir, te adoro gordis.

A Lizetty, por todo el cariño, las aventuras, las risas, las aventuras en el metro y ser una de las personas que más quiero.

A Paulo, por las risas, las tristezas, las platicas en el buffet, el apoyo durante las aventuras, los consejos, los viajes, por hacer divertido el servicio social, por demostrarme que es un gran amigo.

A Fabian, por las risas, por ser uno de mis mejores compañeros de aventuras, fiesta, proyectos y ser uno de mis mejores amigos.

A Ivan y Alejandro por hacer de Vallejo, las fiestas, los partidos y las salidas a comer algo tan especial.

A Ingrid y Ximena, por ser tan buenas amigas, hacer del servicio social, el seminario, las fiestas algo tan divertido y lleno de anécdotas.

A Sharon León, por las aventuras, los viajes, el apoyo, las risas, los llantos, las pláticas y ser una de las mejores personas en mi vida.

A Jacqueline, por ser una de mis mejores cómplices, las fiestas, las risas, las aventuras, las pláticas, aguantar mi mal humor y todas mis historias, porque sin ti pediatría y Vallejo no serían lo mismo.

A Carolina Muñoz, por ser la mejor amiga que la vida me dio, por las risas, llantos, las aventuras y el apoyo, por todos estos años y los que faltan, te amo.

A mi familia del Cubo, por todo el apoyo incondicional y aunque no los vea tan seguido, son mi segunda familia, los amo a todos.

A mis entrenadores Víctor, Reyna y todos los Dragones, por todas las enseñanzas, cariño y confianza, por enseñarme que la familia está en cualquier lugar.

A Bryant, Edgar, Obed, Rafa, Raúl, Regina, Rousse, Cass, Verónica, por enseñarme a perder el miedo a intentar nuevas cosas, a confiar más en mí, a disfrutar la vida, explorar más mi creatividad, por las fiestas, las pláticas y su confianza.

A la Mtra. Patricia Díaz Coppe y la Mtra. Andrea Lara Pérez Soto, por sus enseñanzas, su cariño, entrega, apoyo y por hacer de la pediatría algo bonito.

A todos los que fueron mis pacientes en este camino, por depositar su confianza y salud bucal en mí, por apoyarme incluso en los momentos de nerviosismo, eternas gracias a ustedes.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas desde la preparatoria, darme las mejores experiencias y amistades. A la Facultad de Odontología por mi formación profesional. Gracias. ¡por mi raza hablara el espíritu!

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | 6  |
| <b>1 PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA</b>                                     | 7  |
| <b>1.1 ANTECEDENTES</b>  | 7  |
| <b>1.2 ORIGEN DEL NOMBRE</b>   | 10 |
| <b>1.3 MARCOS DE CONDUCTA DE LA PNL</b>                                    | 11 |
| 1.3.1 Orientación hacia el objetivo más que hacia los problemas.           | 11 |
| 1.3.2 ¿Cómo? más que el ¿Por qué?  | 11 |
| 1.3.3 Interacción frente al fracaso  | 11 |
| 1.3.4 Posibilidad más que necesidad  | 12 |
| 1.3.5. La PNL como curiosidad y fascinación más que de hacer suposiciones. | 12 |
| <b>1.4 MODELOS</b>   | 12 |
| 1.4.1 El mapa no es el territorio  | 13 |
| 1.4.2 La PNL como modelo   | 14 |
| <b>1.5 SISTEMAS REPRESENTACIONALES</b>                                     | 14 |
| <b>1.6 SINESTESIA</b>  | 15 |
| <br>   |    |
| <b>2 MANEJO CONDUCTUAL PEDIÁTRICO</b>                                      | 17 |
| <b>2.1 DESARROLLO DEL NIÑO</b>   | 17 |
| <b>2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS SEGÚN SU EDAD</b>                      | 17 |
| 2.2.1 Del nacimiento a los dos años  | 17 |
| 2.2.2 De los dos años a los tres años                                      | 18 |
| 2.2.3 De los cuatro a los seis años  | 18 |
| 2.2.4 De los siete a los once años   | 18 |
| 2.2.5 De los doce a los dieciocho años                                     | 19 |
| <b>2.3 ACTITUD DEL NIÑO ANTE LA CONSULTA</b>                               | 19 |
| 2.3.1 Clasificaciones  | 19 |
| 2.3.1.1 Escala de Rud y Kisling (1973)                                     | 19 |
| 2.3.1.2 Escala de Frankl   | 19 |
| 2.3.1.3 Escala de Fernando Escobar   | 19 |
| 2.3.1.2.1 Cooperadores   | 21 |
| 2.3.1.2.2 Cooperadores potenciales   | 21 |
| <b>2.4 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO...</b>               | 22 |
| 2.4.1 Influencia de los padres   | 22 |
| 2.4.2 Influencia de los hermanos y otros familiares                        | 24 |
| 2.4.3 Influencia sociocultural   | 24 |
| 2.4.4 Influencia de las experiencias previas                               | 25 |
| <b>2.5 LLANTO EN ODONTOPEDIATRÍA</b>                                       | 25 |
| <b>2.6 TIPOS DE LLANTO EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA</b>                       | 26 |
| <b>2.7 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA</b>                                  | 27 |
| 2.7.1 Técnicas comunicativas   | 27 |
| 2.7.1.1 Técnica decir, mostrar y hacer                                     | 27 |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.7.1.2 Desensibilización .....   | 29        |
| 2.7.1.3 Imitación .....   | 29        |
| <b>2.8 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA .....</b>  | <b>29</b> |
| 2.8.1 Refuerzo positivo .....   | 29        |
| 2.8.2 Refuerzo negativo .....   | 29        |
| 2.8.3 Tiempo fuera .....  | 30        |
| 2.8.4 Distracción audio-visual .....  | 30        |
| 2.8.5 Escape contingente .....  | 30        |
| 2.8.6 Control de voz .....  | 30        |
| <b>2.9 TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO .....</b>   | <b>30</b> |
| 2.9.1 Mano sobre boca .....   | 31        |
| 2.9.2 Bloques de mordida, abre bocas .....  | 31        |
| <b>2.10 TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS .....</b>   | <b>31</b> |
| 2.10.1 Sedación mínima (ansiolisis) .....   | 32        |
| 2.10.2 Sedación moderada o consciente .....   | 32        |
| 2.10.3 Sedación profunda .....  | 32        |
| <b>3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>3.1 ETIOLOGÍA .....</b>  | <b>33</b> |
| 3.1.1 Factores prenatales .....   | 34        |
| 3.1.2 Factores perinatales .....  | 34        |
| 3.1.3 Factores postnatales .....  | 34        |
| 3.1.4 Toxinas .....   | 34        |
| 3.1.5 Condiciones médicas imitadoras de TDAH .....  | 35        |
| <b>3.2 DIAGNOSTICO DEL TDAH .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>3.3 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (DSM-V) .....</b> | <b>36</b> |
| 3.3.1 Desatención .....   | 36        |
| 3.3.2 Hiperactividad-impulsividad .....   | 37        |
| 3.3.2.1 Hiperactividad .....  | 37        |
| 3.3.2.2 Impulsividad .....  | 38        |
| <b>3.4 LA COMBINACIÓN DE AMBAS .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....</b>   | <b>39</b> |
| 3.5.1 TDAH predominantemente inatento .....   | 39        |
| 3.5.2 TDAH con predominio hiperactivo- impulsivo .....  | 40        |
| 3.5.2.1 Impulsividad .....  | 40        |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>43</b> |

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene como característica tres principales síntomas, los cuales son: hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Esta se desarrolla desde la infancia, si no es diagnosticada y tratada de manera correcta, puede continuar durante la adolescencia y llegar a la adultez causando en este tiempo problemas escolares y sociales.

En la consulta pediátrica la comunicación es esencial para llevar a cabo un tratamiento exitoso, existen diversas técnicas de manejo conductual para mantener inmerso al niño en las diversas técnicas odontológicas, estas técnicas ayudan al niño receptivo y no receptivo, logrando disminuir el miedo y ansiedad que suelen tener, permitiendo de esta manera que el niño desarrolle una actitud positiva ante la salud oral.

La programación neurolingüística (PNL) es un modelo de comunicación que busca encontrar modelos de pensamiento que actúen sobre el comportamiento de una persona influyendo de manera positiva mejorando su calidad de vida; en el caso de los pacientes con TDAH se busca encontrar un modelo con el cual el niño mantenga su atención en la consulta odontológica el mayor tiempo posible.

# 1 PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL)

La PNL es el conjunto de modelos, técnicas y recursos aplicados en la vida cotidiana, nos ayuda a entender como filtramos e interpretamos la información percibida a través de los cinco sentidos.

## 1.1. ANTECEDENTES

En 1975 el profesor de psicología, asistente de lingüística John Grinder y el estudiante de psicología Richard Bandler de la Universidad de California en Santa Cruz, analizaron cómo percibían y filtraban la información los más prestigiosos terapeutas. (Figura 1) (Figura 2)

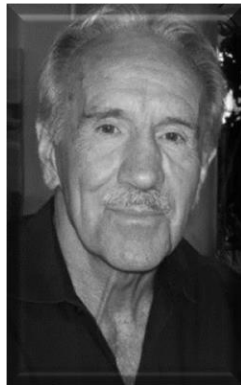


Figura 1. JOHN GRINDER <sup>1</sup>



Figura 2. RICHARD BANDLER <sup>2</sup>

## VIRGINIA SATIR (EUA 1916 – 1988)

Terapeuta familiar y pionera en el planteamiento de una especie de “psicogenética”, localizando ciertos comportamientos heredados de generación en generación.

Excepcional terapeuta modelada por Bandler y Grinder para crear el Meta Modelo. (Figura 3)



Figura 3. VIRGINIA SATIR <sup>3</sup>



## FRIEDRICH SALOMON PERLS (Alemania 1893 – 1970)

Psicoterapeuta y fundador de la terapia Gestalt, modelo de terapia humanista-existencialista que fue originalmente diseñado como una alternativa al psicoanálisis convencional. (Figura 4)



Figura 4. FRIEDRICH PERLS <sup>4</sup>

## MILTON ERICKSON (USA 1901 - 1980)

Hipnoterapeuta, principal figura de la llamada hipnoterapia Ericksoniana, enfoque psicoterapéutico que usa el trance hipnótico para ayudar al paciente a utilizar sus propias asociaciones mentales, recuerdos y potenciales de vida para lograr sus metas terapéuticas. (Figura 5)



Figura 5. MILTON ERICKSON <sup>5</sup>

Gracias a los resultados de esta investigación, Grinder y Bandler lograron estandarizar dichos patrones en común y los ofrecieron como un modelo propio de aprendizaje.

La PNL se va modificando como una teoría sobre como un individuo se comunica con su entorno y consigo mismo, en base a la utilización de "mapas" establecidos por los que destacan en alguna actividad o faceta y de esa forma operativizarlo: permitiendo así que otros puedan mejorar su propio rendimiento.

#### MAURICIO LEÓN LEFCOVICH (Argentina)

Define la PNL como el estudio de los factores cerebrales que influyen sobre nuestra forma de pensar, comunicarnos y comprendernos. Modo de codificar y reproducir la excelencia que nos permite obtener los resultados deseados que queremos alcanzar en nuestra vida, trabajo o empresa. <sup>6</sup>

(Figura 6)



Figura 6. MAURICIO LEÓN LEFCOVICH. <sup>7</sup>

#### MARCELO ACTIS DANNA (Argentina)

Manifiesta que la PNL es un modelo explícito de la experiencia humana, o sea, un mapa con el cual nos adentramos a ese mundo incognoscible y maravilloso que es el alma del hombre. <sup>8</sup> (Figura 7)



Figura 7. MARCELO ACTIS DANNA. <sup>9</sup>

## RICHARD CHURCHES (Figura 8) ROGER TERRY (Figura 9)

Definen en el 2007 la PNL como el conjunto de fenómenos y conceptos, apoyan que los humanos pueden ser considerados como un solo sistema mente-cuerpo en el que se definen los patrones de conexión que unen la experiencia y el lenguaje interno (neuro y lingüística) con la conducta (programación).<sup>10</sup>



Figura 8. RICHARD CHURCHES. <sup>11</sup>



Figura 9. ROGER TERRY. <sup>12</sup>

### 1.2 ORIGEN DEL NOMBRE

Richard Bandler y John Grinder (1993) y posteriormente Catherine Cudicio (1996) lograron englobar y definir los conceptos del término PNL de la manera siguiente:

1. **Programación:** refiriéndose al proceso de organizar los elementos de un sistema (representaciones sensoriales) para lograr resultados específicos.

**Cudicio** la define como la organización de nuestro comportamiento interior al percibir al mundo por medio de la información sensorial que nos transmiten nuestros sentidos.<sup>13</sup>

2. **Neuro:** derivado del griego “*Neurón*” que significa “*Nervio*” y representa el principio básico de que toda conducta es el resultado de los procesos neurológicos.

**Cudicio** define que es la percepción sensorial que determina nuestro estado interior es decir, nuestro estado emocional, subjetivo e individual.<sup>13</sup>

3. **Lingüística:** derivado del latín “lingua” que quiere decir “lenguaje”, indica que los procesos nerviosos están representados y a la vez organizados secuencialmente en modelos y estrategias mediante el sistema del lenguaje y de la comunicación.

**Cudicio** la explica la lingüística como el comportamiento verbal y no verbal que manifestamos al exterior cuando nos comunicamos. <sup>13</sup>

### 1.3 MARCOS DE CONDUCTA DE LA PNL

Consisten en formas de pensar acerca de cómo actuamos.

#### 1.3.1 Orientación hacia el objetivo más que hacía los problemas

Se basa en descubrir lo que nosotros y los demás queremos, descubrir los propios recursos y utilizarlos para dirigirnos hacia nuestra meta. Busca realizar un análisis detallado acerca de lo que está mal; formulando preguntas como ¿Por qué tengo este problema?, ¿En qué medida me limita?, ¿Quién tiene la culpa? <sup>14, 15, 16</sup>

#### 1.3.2 ¿Cómo? más que el ¿Por qué?

Las preguntas sobre el ¿cómo? le llevarán a comprender la estructura de un problema.

Las preguntas sobre el porqué probablemente le proporcionarán justificaciones y razones, sin producir ningún cambio. <sup>14, 15, 16</sup>

#### 1.3.3 Interacción frente al fracaso.

*“El fracaso no existe, sólo hay resultados”*, considerado uno de los mensajes más importantes de la PNL debido a que nunca hay fracasos; al momento de actuar se consideran resultados. <sup>14</sup>

Al considerar una acción fallida como un error, se percibe con una sensación desagradable y de fracaso, generando la falta de medidas preventivas en un futuro; al vivir con la idea del fracaso generamos un

miedo el cual nos detiene causando el dejar de lado cosas que nos lleven al éxito

#### 1.3.4. Posibilidad más que necesidad

Fijarse en lo que se puede hacer, en las opciones posibles, más que en las limitaciones de una situación, “a menudo las barreras son menos grandiosas de lo que parecen”. <sup>14, 15, 16</sup>

#### 1.3.5. la PNL como curiosidad y fascinación más que de hacer suposiciones

Esta es una idea muy sencilla que tiene profundas consecuencias, los jóvenes aprenden a una velocidad tremenda, gracias a su curiosidad por todo.

Son “ignorantes”, saben que lo son. Y por eso temen ser juzgados si hacen preguntas. <sup>14, 15, 16</sup>

### 1.4. MODELOS

Los modelos para organizar y codificar las interacciones de personas en su entorno han recibido nombres como *cultura, religión, arte, psicología, filosofía, política, industria y ciencia*.

Éstos pueden complementarse con otros y puede incluir modelos más pequeños anidados dentro de los mismos, así como la ciencia incluye física, biología, oceanografía, química, etc. <sup>14, 15, 16</sup>

Difieren de otros en términos de la porción de la experiencia humana que representa y enfatiza; los modelos son similares en el manejo de objetivos de conductas humanas.

El propósito es identificar los patrones de interacción entre la conducta humana y el entorno; logrando sistematizar la conducta del humano dentro de un contexto seleccionado para obtener los objetivos deseados de forma eficiente y efectiva.

### 1.4.1 El mapa no es el territorio

Los creadores de modelos, diseñan y extienden los modelos culturales, operan a través de interpretaciones codificadas del entorno; en base de señales recibidas y procesadas en su sistema sensorial de representación (vista, oído, olfato, tacto y gusto).

Siendo esta información recibida, organizada, consolidada y transmitida por el sistema de redes neuronales al cerebro por medio de estrategias de procesamiento interno en base a experiencias previas y a éste resultado, se le llama "conducta". (Figura 10)

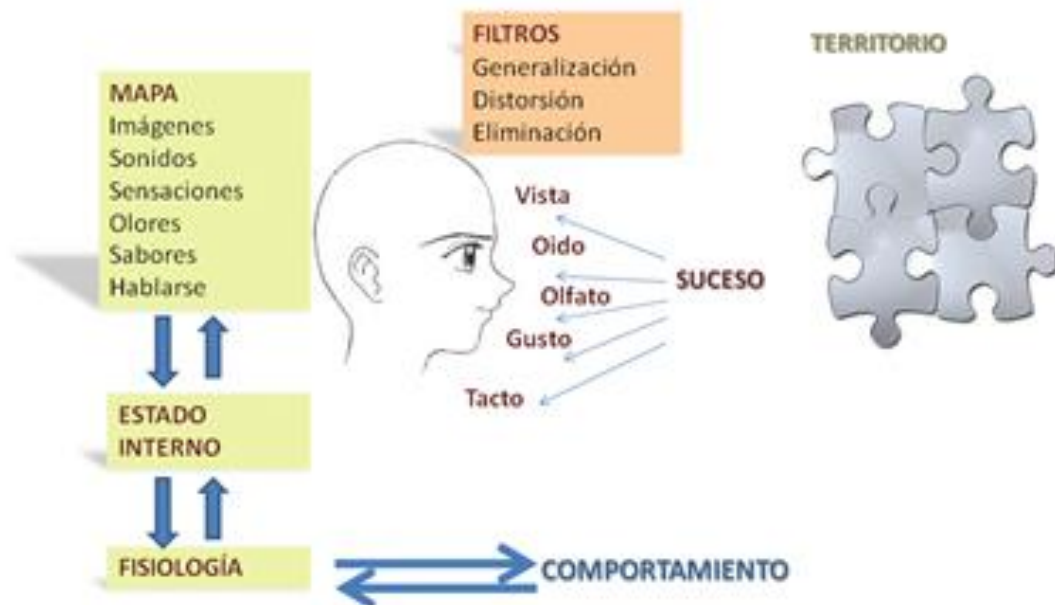


Figura 10. el mapa no es el territorio. <sup>17</sup>

En PNL, la conducta es definida como:

*“Todas las representaciones sensoriales experimentadas y expresadas internamente y/o externamente para las cuales la evidencia está disponible desde un sujeto y/o de un observador humano de ese sujeto”* <sup>14</sup>

La macro conducta es externa y fácilmente observable (hablar, pelear, comer) y la micro conducta que involucra fenómenos sutiles pero importantes (latido del corazón, velocidad de la voz, cambios en la coloración de la piel, dilatación de la pupila). Ambas conductas son programadas por el sistema neurológico.

#### 1.4.2 La PNL como modelo

Es un meta-modelo, gracias a esto dista de otros modelos y se puede lograr un amplio rango de aplicaciones prácticas que van desde interacciones individuales hasta dinámicas, sistémicas, grupales y corporativas de cualquier tipo, permitiendo identificar, organizar y programar los parámetros conductuales para obtener objetivos específicos.

### 1.5 SISTEMAS REPRESENTACIONALES

Los elementos básicos que forman los patrones de la conducta humana son los sistemas perceptuales, a través de los cuales los seres humanos funcionan en su entorno: *visual* (vista), *auditivo* (oído), *kinestésico* (sensaciones corporales) y *olfato/gusto* (olores y sabores).<sup>14, 15, 16, 18</sup> (Figura 11)

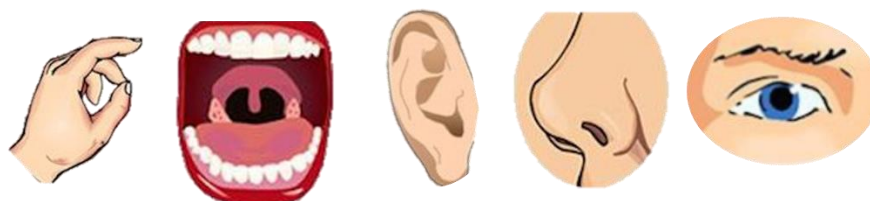


Figura 11. cinco sentidos<sup>19</sup>

La información sensorial recibida inicia y se modula por medio de interconexiones neuronales, procesos conductuales y salida de información

Se formará un complejo sensorio-motor que será el responsable de generar ciertas clases de conducta, siendo conocidos en PNL como *Sistemas representacionales*.

Estos sistemas sensoriales al ser considerados como mecanismo activo de entrada de información, tienen un significado funcional mayor que en los modelos clásicos.

Cada sistema representacional forma una red de tres partes:

- 1) **Entrada:** La primera etapa involucra la recolección de información y obtención de retroalimentación del entorno, tanto interno como externo.
- 2) **Representación/procesamiento:** incluye el mapeo del entorno y el establecimiento de estrategias conductuales como el aprendizaje, la toma de decisiones, el almacenamiento de información, etc.
- 3) **Salida:** es la transformación casual del proceso del mapeo representacional. <sup>14, 15, 16, 18</sup>

Los actos de ver, escuchar y sentir, pensar, son conductas, toda salida es una conducta desde los puntos de vista micro conductuales, los movimientos oculares laterales, cambios tonales en la voz y patrones de respiración, hasta salidas macro conductuales, como discutir, enfermarse o golpear un balón. <sup>14</sup>

En Programación Neuro-Lingüística, "*conducta*" se refiere a la actividad en un sistema representacional sin importar la etapa.

En PNL se les llama estrategias a los patrones formales obtenidos de los modelos desarrollados al ordenar nuestros patrones conductuales.

## 1.6.- SINESTESIA

Es un fenómeno neurológico que se produce cuando en una misma percepción hay interferencia de varios tipos de sensaciones de diferentes sentidos

La PNL identifica estas secuencias sinestésicas; que nos llevan a un objetivo específico y las dispone al público para lograr reproducir cualquier conducta deseada.



Las conexiones cruzadas existentes entre sistemas representacionales generan una interconexión a nivel neurológico de tal manera que un sistema puede iniciar actividad en otro.

Por ejemplo: escuchar una voz grave y sentirse incomodo es generado por una sinestesia auditiva-kinestésica, ver sangre y sentir un mareo es sinestesia visual-kinestésica, escuchar música e imaginar la escena es sinestesia auditivo-visual.<sup>14</sup>

Las correlaciones entre sistemas representacionales son los generadores de procesos como el conocimiento y la comunicación, las diferencias entre habilidades y talentos de las personas derivan de las correlaciones sinestésicas en sus particulares dominios de experiencia.

## **2 MANEJO CONDUCTUAL PEDIÁTRICO**

Es importante para el odontopediatra comprender la conducta del niño, y conocer las características de desarrollo que presenta, ya que ésta varía con la edad.

### **2.1 DESARROLLO DEL NIÑO**

Desde la concepción se experimentan procesos de desarrollo en distintas intensidades a lo largo de la vida de los seres humanos, estos procesos involucran los ámbitos físicos, cognitivos y psicosociales. <sup>20</sup>

- Físico: crecimiento corporal, capacidad sensorial, habilidades motoras.
- Cognitivo: aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, creatividad, razonamiento.
- Psicosocial: personalidad, vida emocional y relaciones sociales.

### **2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS SEGÚN SU EDAD**

A lo largo de la infancia y adolescencia, los niños se enfrentan a constantes cambios tanto fisiológicos, psicológicos y sociales, es de suma importancia conocer estos cambios ya que permiten entender el comportamiento y nivel de comunicación a usar.

#### **2.2.1 Del nacimiento a los dos años**

Dependencia absoluta de los padres, incapacidad de comprensión, reconoce el rostro de los padres a los 6 meses y desarrolla vínculos sólidos con ellos. <sup>20, 21</sup>

Al primer año las capacidades motoras aumentan (aprende a caminar, interacciona con los objetos, se sienta sin ayuda) comienza a demostrar signos de independencia, balbucea dos o tres palabras. <sup>20</sup>

Entre el año y medio y los dos años hace uso de 15 a 20 palabras, aunque entiende más de las que puede decir y llega a extender este vocabulario hasta las 50 palabras. <sup>20, 21, 22</sup>

### 2.2.2 De los dos años a los tres años

El desarrollo motor muestra un aumento permitiendo que el niño corra, salte, hace garabatos; presenta una mayor estabilidad emocional, puede esperar periodos cortos y tolerar alguna frustración temporal. <sup>20</sup>

A partir de los dos años y medio se vuelve más inflexible, es muy dominante, la comunicación se vuelve más complicada, expresa sus emociones de forma violenta. <sup>20, 21</sup>

A los tres años se comunica y puede razonar, construye oraciones de tres palabras, posee un vocabulario de aproximadamente mil palabras, es capaz de comprender y son susceptibles al elogio. <sup>20, 21, 22</sup>

### 2.2.3 De los cuatro a los seis años

A los cuatro años se muestra una pérdida del control de la conducta, el niño tiende a patear, romper cosas por ira, utilizar un lenguaje ofensivo ya que su vocabulario alcanza las dos mil palabras, responde al llamado por su nombre, su comprensión ya es del 100%. <sup>20, 21, 22</sup>

A los cinco y seis años el niño presenta aumento en su confianza, comprensión, aunque seguimos encontrando un predominio de rabietas, constantes picos de tensión, presenta una necesidad por tener la razón. <sup>9</sup>

### 2.2.4 De los siete a los once años

El desarrollo cognitivo se muestra más marcado, busca identidad y aceptación entrando en un sector específico de amigos, presentan temor al ridículo, a los fracasos y a cualquier daño corporal; desarrolla sensaciones de ansiedad y preocupación, se siente incómodo al tener muestras evidentes de cariño. <sup>20, 21</sup>

## 2.2.5 De los doce a los dieciocho años

Etapa crítica en la cual se produce una serie importante de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que los hacen presentar incomodidad e indecisión sobre estos cambios, buscan mayor independencia y por ello la relación con los padres disminuye. <sup>20, 21</sup>

## 2.3 ACTITUD DEL NIÑO ANTE LA CONSULTA

La actitud mostrada por el paciente ante la consulta, es una de las partes importantes a conocer, para, de esta forma descifrar que tipo de técnica comunicativa es la más efectiva para lograr un vínculo sólido con el paciente.

### 2.3.1 Clasificaciones

Los niños presentan patrones de comportamiento que facilitan o dificultan el tratamiento.

El conocer estas escalas permite categorizar la conducta del niño. Las escalas más conocidas son:

#### 2.3.1.1 Escala de Rud y Kisling

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling crearon en 1973 esta escala para valorar la respuesta del niño ante la consulta. <sup>23</sup>

- Grado 0 (no aceptación): protestas verbales o físicas manifestantes de llanto.
- Grado 1 (aceptación con desgana): falta de conversación y respuesta, posición poco relajada en el sillón dental.
- Grado 2 (aceptación indiferente): conversaciones o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos, falta de atención, expresión ocular indiferente, posición relajada en el sillón dental.

- Grado 3 (aceptación positiva): voluntad de preguntar y contestar preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados sobre él.

### 2.3.1.2 Escala de Frankl

Spencer Frankl (USA 1933-2007) creó junto a colaboradores en el año 1962 una escala de comportamiento la cual se ha reportado como el instrumento más usado para determinar el comportamiento de los pacientes.<sup>24</sup>

- Tipo 1: Comportamiento negativo; este rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
- Tipo 2: Comportamiento definitivamente negativo; ellos no cooperan, tiene algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas (ariscas, lejanas).
- Tipo 3: Comportamiento positivo; ellos aceptan el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
- Tipo 4: Comportamiento definitivamente positivo; tienen una buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

### 2.3.1.3 Escala de Fernando Escobar

Fernando Escobar odontopediatra originario de Chile, master of science por la universidad de Michigan, miembro de la Academia Americana de Odontología pediátrica, autor del libro "Odontología Pediátrica"

### 2.3.1.3.1 Cooperadores

Pacientes relajados con un mínimo de temor, entusiastas, establecen una fácil y rápida comunicación con el odontólogo, una capacidad de adaptación amplia. Se puede colocar en este rubro a la mayoría de los niños. <sup>25</sup>

### 2.3.1.3.2 Cooperadores potenciales

En este rubro se coloca a los niños que pueden causar problemas, presentan una conducta no cooperadora, pero, se puede modificar la conducta de una manera favorable una vez reconocido el tipo de conducta que presenta. <sup>25</sup>

- Conducta incontrolada

Suele observarse en niños menores de 3 a 6 años, en su primera visita al odontólogo. Presentan rabietas fuertes con movimientos muy bruscos de brazos y piernas, tendencia a tirarse al piso y resistencia al intentar ponerlos de pie. <sup>25</sup>

En estos casos el niño debe ser retirado de la sala de espera ya que la conducta negativa puede generar una reacción en cadena con los otros niños. <sup>25</sup>

- Conducta desafiante

La edad para mostrar esta conducta no ha sido definida, pero es más peculiar la edad escolar básica. <sup>25</sup>

Los pacientes se muestran indiferentes ante las explicaciones y buscan el enfrentamiento con el odontólogo.

- Resistencia pasiva

Se observa con frecuencia en niños mayores, acercándose a la adolescencia.

Estos jóvenes en su mayoría presentan rebeldía, más si los forzamos a estar en la consulta. Se requiere comprensión en su conducta y establecer una vía de comunicación para reconocer las causas de aquella actitud. <sup>25</sup>

- Timidez

Considerada una forma leve de negativismo y si la manejamos erróneamente puede pasar a transformarse en una conducta incontrolada. Esta se puede dar o se puede identificar en pacientes que puedan o hayan desarrollado miedo. <sup>25</sup>

- Cooperador tenso

Es un límite entre conductas negativas y positivas, los niños aceptan el tratamiento, pero hay varios signos corporales que delatan tensión: seguir nuestros movimientos con la vista, temblor al hablar, le transpiran las manos, cejas y labio superior. <sup>25</sup>

## 2.4 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

La interacción entre factores naturales y ambientales da como resultado el comportamiento y personalidad del niño.

### 2.4.1 Influencia de los padres

Diana Baumrind (USA 1917 – 2018) Psicóloga clínica, investigó estilos educativos de los padres, se encontró con cuatro características principales de prácticas educativas: autoritario, permisivo, democrático y negligencia – rechazo.

Entre padres e hijos la comunicación se puede encontrar de una manera altamente comunicativas o de bajos niveles de comunicación, los padres comunicativos utilizan el razonamiento, toman en cuenta la opinión de sus hijos, los animan a que se expresen.

Por el contrario, en los bajos niveles de comunicación, los padres no abordan los problemas con sus hijos y no los explican las reglas de comportamiento. <sup>20</sup>

- Estilo autoritario: aplican normas estrictas, utilizan la sanción cuando el niño presenta una mala conducta, no contribuye al dialogo, utiliza medidas disciplinarias y la comunicación padres e hijo es escasa. <sup>26,27</sup>
- Estilo democrático: demuestran afecto, la comunicación con los hijos es significativa, evitan los castigos, no son indulgentes, son afectuosos, plantean exigencias e independencia, marcan limites, escuchan las ideas de sus hijos para llegar a un acuerdo con ellos. <sup>26, 27</sup>
- Estilo permisivo: padres con un alto nivel de comunicación, afectuosos con sus hijos, aceptan conductas y actitudes no correctas, no exigen orden, no controlan a sus hijos y no utilizan el castigo. <sup>26, 27</sup>
- Estilo permisivo-indulgente: padres sobreprotectores, tienen muestras de cariño, buena comunicación con ellos, no utilizan las sanciones pero es difícil que controlen a sus hijos. <sup>26, 27</sup>

Darío Cárdenas J. autor del libro “Odontología pediátrica: fundamentos de odontología” Incluye factores como (edad, grado de escolaridad, rasgos emocionales) logrando de esta manera identificar cinco tipos de padres, los cuales son:

- Motivados: muestran un interés en el tratamiento de su hijo, participan y aceptan lo que el odontólogo recomienda. <sup>26, 27</sup>
- Ansiosos: presentan un alto nivel de ansiedad, se muestran motivados y colaboradores. <sup>26, 27</sup>



- Autoritarios: Buscan modelar a sus hijos con un comportamiento específico el cual tiende a ser severo e inflexible, de esta manera produce negativismo, pasividad e inseguridad en el niño. <sup>26, 27</sup>
- Manipuladores: buscan que se realicen sus deseos a base de sutilezas, logran que el niño pierda seguridad y capacidad de decisión. <sup>26, 27</sup>
- Indiferentes: muestran un marcado desinterés en la salud bucal de sus hijos, exceptuando urgencias o necesidades estéticas. <sup>26, 27</sup>

#### 2.4.2 Influencia de los hermanos y otros familiares

Es de importancia en la atención pediátrica el tener en cuenta el ambiente familiar en el que se desenvuelve el paciente, ya que este influye en las reacciones que el paciente tiene durante las sesiones.

Los padres, hermanos y demás familiares funcionan como modelo positivo o negativo en la conducta, ellos premian o castigan el comportamiento en el núcleo principal del niño, afectando de esta forma las expectativas de roles, creencias o interacción que el este maneje. <sup>27</sup>

#### 2.4.3 Influencia sociocultural

Diversos factores como son: lugar en el que vive, situación económica de la familia, tipo de escuela, lugares frecuentados, influyen en el comportamiento del paciente pediátrico ante la capacidad de interacción con figuras de autoridad y otros niños de su edad.

Esto facilita el saber que le gusta al niño, de qué forma se le debe hablar, que objetos usar como reforzadores de conducta y establecer un nivel empático de comunicación. <sup>27</sup>

#### 2.4.4 Influencia de las experiencias previas

Es de gran importancia el conocer el antecedente médico del paciente una vez este llega a consulta.

Antecedentes como procedimientos prolongados, dolorosos o presencia de alguna enfermedad sistémica predispone negativamente al paciente.<sup>27</sup>

En el caso pediátrico se debe investigar sobre los procedimientos que se llevaron a cabo y el trato recibido por otros odontólogos: conocer esto permite el establecer una correcta relación con el paciente.

### 2.5 LLANTO EN ODONTOPEDIATRÍA

La intención comunicativa está presente desde el nacimiento, el llanto es la principal forma para él bebé de expresar necesidades y sentimientos.

El comportamiento humano presenta distintas manifestaciones emocionales; el llanto es una de éstas, siendo una expresión de personalidad del individuo. El niño desarrollara una variedad de llantos alrededor del año y medio de edad.

Entre los factores que determinan la cantidad del llanto se encuentran: la personalidad de la madre, receptividad a sus necesidades, la personalidad del niño y su manera de controlar su entorno.

Durante el tratamiento odontopediátrico el manejo del llanto es una situación frecuente, debido a que los niños presentan ansiedad frente a situaciones vividas previamente o desconocidas, el profesional debe tener la capacidad para lidiar con esta situación y generar empatía con el paciente haciéndole sentir que se está pendiente de sus sentimientos.

## 2.6 TIPOS DE LLANTO EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

En la consulta pediátrica, el llanto no se presenta exclusivamente por miedo, el dolor, ansiedad o rechazo al tratamiento pueden ser causantes del mismo,

los tipos de llanto más frecuentes son:

- **Obstinado:** llanto agudo fuerte, continuo; comparado con el sonido de una "sirena", resultado de la ansiedad que siente el niño, se recomienda manejarla antes de iniciar el tratamiento.<sup>27</sup>
- **Temor:** llanto silencioso acompañado de hipo, sollozos y un conjunto de lágrimas. El niño que presenta este llanto, llega atemorizado a la consulta por lo cual se debe procurar el inspirar confianza.<sup>27</sup>
- **Daño:** Directamente relacionado con la causa. Se debe detener el tratamiento inmediatamente. Llanto fuerte y frecuente al sentir el estímulo.<sup>27</sup>
- **Compensatorio:** el niño intenta contrarrestar el ruido generado en la consulta por lo cual presenta un lloriqueo continuo, monótono. Se presenta la mayoría de veces en niños muy pequeños. <sup>27</sup>
- **Manipulador:** característico en niños con padres consentidores, lloran por simpatía y escapan de la mayoría de situaciones llorando.  
<sup>27</sup>
- **Aburrimiento:** lloriqueo, en general suena como un gemido. Suele detenerse abruptamente cuando el tratamiento se detiene. <sup>27</sup>

## 2.7 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

Pinkham (1995) clasifico las técnicas de manejo conductual en:

Técnicas no farmacológicas.

- Técnicas Comunicativas

- Técnica decir, mostrar y hacer
- Desensibilización
- Modelamiento
- Manejo de la contingencia
- Distracción

#### Técnicas Aversivas.

- Control de la voz
- Mano sobre la boca
- Abre boca o apoyo de mordida
- Estabilización protectora (restricción física)

#### Técnicas farmacológicas

- Sedación mínima
- Sedación moderada o sedación consciente
- Sedación profunda
- Anestesia general

### 2.7.1 TÉCNICAS COMUNICATIVAS

En la odontología pediátrica son técnicas que pueden ayudar al niño a desarrollar una actitud positiva ante el tratamiento, disminuyendo la inseguridad y ansiedad que se puede presentar, éstas pueden ser utilizadas tanto en pacientes receptivos como en los no receptivos. <sup>28</sup>

#### 2.7.1.1 Técnica decir, mostrar y hacer

La técnica más utilizada en odontopediatría, encaminada a dar seguridad al niño sobre el uso de instrumental que se ocupa durante el tratamiento, esta debe ser corta y fácil de explicar.

El objetivo de esta técnica es enseñar los aspectos importantes de la visita odontológica y familiarizar al paciente con los elementos del

consultorio y moldear la respuesta del paciente frente a los tratamientos a través de la desensibilización, con expectativas claramente definidas.

Aplicada en niños a partir de los 18 meses de edad, en pacientes que acuden por primera vez al odontólogo o que no fueron inducidos de forma óptima a los tratamientos dentales, disminuyendo su inseguridad hacia los mismos y previniendo el inicio o desarrollo de temores odontológicos.<sup>29</sup>

En primera instancia se le explica al niño como se va a efectuar el tratamiento, luego se muestra sobre un tipo odonto fuera de la boca y para finalizar se realiza el procedimiento explicado exceptuando la técnica anestésica.

Es de suma importancia evitar que los niños observen instrumental que pueda generar ansiedad o temor; como puede ser la aguja anestésica, la cual debe ocultarse para evitar un comportamiento negativo en el paciente, se debe evitar de igual manera el uso de lenguaje rudo.<sup>29</sup>

Existen ciertos eufemismos que se pueden utilizar para tener mejor comunicación con el niño.

| Equipo/Procedimiento | Lenguaje pediátrico                        |
|----------------------|--|
| Pieza de mano        | Licuada de gusanos / Avión                 |
| Jeringa triple       | Regadera y secadora de dientes             |
| Anestesia local      | Agua mágica, hormigas, jugo duerme dientes |
| Dique de hule        | Portería de boca                           |
| Succión              | Aspiradora                                 |
| Radiografía          | Fotografía                                 |
| Explorador           | Contador de dientes                        |

**Tabla 1. Lenguaje pediátrico. Términos amigables para describir el tratamiento al niño.**<sup>30</sup>

### 2.7.1.2 Desensibilización

Técnica efectiva y más utilizada para reducir la ansiedad, consiste en mostrarle al niño técnicas de relajación, logrando así una relajación muscular al paciente, mostrándole y describiéndole escenas que tengan relación con sus miedos; esto es efectivo por que el paciente pediátrico aprende a sustituir la conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. Utilizada frecuentemente en combinación con la técnica Decir-Mostrar-Hacer permitiendo al niño conocer lo que se le hará.<sup>23</sup>

### 2.7.1.3 Imitación

Permite que el niño aprenda sobre las situaciones dentales, observando como otros niños reciben tratamientos, también puede servir mostrarles un video de como un niño se deja atender, su objetivo es ganarse la atención del niño enseñándoles así una conducta apropiada dándole seguridad.

Efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

31

## 2.8 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Tiene como objetivo cambiar y mantener el comportamiento del niño durante la consulta, utilizando distintos enfoques psicológicos.

### 2.8.1 Refuerzo positivo

Esta técnica ayuda a reforzar una actitud favorable durante la conducta mediante un estímulo o algo significativo para el niño.<sup>32</sup>

### 2.8.2 Refuerzo negativo

Ayuda a disminuir una conducta negativa quitándole al niño algo que está favoreciendo su conducta (la presencia de los padres en la conducta).<sup>32</sup>

### 2.8.3 Tiempo fuera

Parecida a la anterior la diferencia que es aplicada en niños mayores suspendiendo en este caso la atención y solo se retomara si el promete cooperar. <sup>32</sup>

### 2.8.4 Distracción audio-visual

Utilizada ante la reacción del dolo durante procedimientos cortos e invasivos. Observar la televisión o escuchar música pueden ayudar a distraer la atención del niño ante los estímulos que provoquen ansiedad, lo cual provoca su relajación. <sup>32</sup>

### 2.8.5 Escape contingente

Se hace creer al paciente que él tiene el control dentro del procedimiento, por ejemplo, cuando el niño eleva la mano derecha al sentir dolor el operador debe detenerse. <sup>32</sup>

### 2.8.6 Control de voz

Modificación del timbre, tono e intensidad de la voz con objetivo de obtener la completa atención del niño, evitar conductas negativas y establecer los roles de jerarquía entre el paciente y el odontólogo. Se habla en voz alta con el fin de ganar la atención del niño, una vez logrado esto se puede disminuir el timbre de voz y ajustarla al nivel del niño. Técnica Indicada en pacientes mayores de dos años. <sup>29</sup>

### 2.9 Técnicas de enfoque físico

Consiste en mantener el control de la cabeza e interrumpir los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño con ayuda de una cama y una red (pediwrap) durante el tratamiento dental. <sup>29</sup>

### 2.9.1 Mano sobre boca

Cada vez más en desuso, si el paciente inicia una rabieta durante el tratamiento, el odontólogo colocara su mano de manera firme sobre la boca del niño al tiempo que el asistente controla las piernas y brazos para evitar golpes. En voz baja y directamente al oído del niño se le explica que su forma de actuar es incorrecta y que retiraremos la mano cuando el decida cooperar con el tratamiento. <sup>30, 31</sup>

La finalidad de esta técnica es recuperar la comunicación con el niño; por esta razón es una técnica contraindicada en pacientes menores a tres años.

Con esta técnica no se busca asustar al niño, si no intentar obtener la atención y silencio para que pueda oír al odontólogo.

### 2.9.2 Bloques de mordida, abre bocas

Bloque de mordida es un artefacto de goma o silicón en forma de V doble, sobre el cual se colocan las caras oclusales de los dientes generando menor fatiga muscular y evitando así que el paciente pueda cerrar durante el tratamiento. <sup>31</sup>

Técnica enfocada en evitar que el niño mantenga la boca cerrada y evitar la fatiga muscular, esta puede ser realizada con monoblocks de silicona, abre bocas de metal de tijera o descartables.

## 2.10 TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS

En la consulta pediátrica, se puede tratar de manera convencional a la mayoría de los pacientes, con ayuda de manejo conductual y con anestesia local. <sup>33</sup>

Técnicas: sedación consciente, sedación profunda y anestesia general.



### 2.10.1 Sedación minina (ansiolisis)

Estado inducido por drogas, el paciente responde normalmente a órdenes verbales. La función cognitiva y coordinación se encuentran afectadas, función ventilatoria y cardiovascular no presentan variaciones. <sup>33</sup>

### 2.10.2 Sedación moderada o consciente

Depresión de la consciencia, el paciente responde a comandos verbales mediante una ligera estimulación táctil. No requiere intervención en vía aérea. <sup>33</sup>

### 2.10.3 Sedación profunda

Estado controlado de consciencia deprimida, puede acompañarse de pérdida parcial o completa de reflejos protectores, capacidad para conservar en forma independiente una vía respiratoria permeable y reaccionar de modo intencional a la estimulación física. La debe aplicar un profesional capacitado. <sup>33</sup>

## **3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Trastorno neurológico y biológico, comenzando su desarrollo desde el inicio de la infancia y prevalece hasta la vida adulta; afecta al metabolismo de los neurotransmisores; generando una incapacidad para regular su actividad, inhibición del comportamiento y la inatención de tareas de manera apropiada a su desarrollo.

Estas características deben ser mostradas antes de los 12 años de edad de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

### **3.1 ETIOLOGÍA**

Existen diversos factores que permiten el desarrollo de este trastorno, entre los factores médicos encontramos el desarrollo prenatal, perinatal, postnatal, genética, biológicos, psicológicos, bioquímicos, ambientales y neurológicos; estos factores son fundamentales a la hora de ofrecer un diagnóstico preciso. <sup>34</sup>

#### **3.1.1 Factores prenatales**

- Enfermedades infecciosas de la madre

Durante el primer trimestre de gestación la administración de medicamentos como antibióticos y anti convulsionantes aumentan el riesgo de TDAH; los hijos de madres que consumieron estas sustancias presentan un deficiente desarrollo psicomotor. <sup>34, 35</sup>

- Complicaciones

Traumatismos, inmadurez del aparato reproductor en madres jóvenes, sangrados vaginales.

- Hemorragia cerebral en el bebé

Generalmente producidas por un trauma directo, toxemia del embarazo.

### 3.1.2 Factores perinatales

- Anoxia

Producida por, dificultad al inicio y mantenimiento de la respiración posterior al nacimiento, hipotonía, hipertermia, indebido uso de anestésicos en la madre, mal uso de sedantes.

La hipoxia es la complicación mas común de daño cerebral en el recién nacido, esto debido a que a la falta de oxigenación muere la población neuronal en hasta un 30 % siendo evidentes las alteraciones clínicas. <sup>34, 35</sup>

### 3.1.3 Factores postnatales

- Traumatismos craneanos

Las lesiones cerebrales causan desde alteraciones neuropsiquiátricas residuales hasta la muerte, esto como una consecuencia del traumatismo; estas alteraciones generan un compromiso conductual como impulsividad o trastorno de la atención. <sup>34, 35</sup>

### 3.1.4 Toxinas

Sustancias creadas por plantas y animales, son venenosas o tóxicas para los seres humanos.

Incluyen algunos medicamentos que son útiles en pequeñas dosis, pero tóxicos cuando se utilizan en grandes cantidades.

La exposición y abuso de las drogas durante la gestación causa efectos dañinos sobre el sistema nervioso central.

El tabaco presenta alrededor de 3000 toxinas, es una potencial causa de TDAH gracias al plomo y el monóxido de carbono; que produce hipoxia fetal y daño cerebral.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM sus siglas en inglés) el consumo de alcohol durante la gestación está relacionado con el síndrome de alcohol fetal (FAS) generando bajo peso al nacer, dificultad intelectual. Los niños con diagnóstico de FAS presentan las misma hiperactividad y falta de atención que los niños con TDAH. <sup>34, 36</sup>

### **3.1.5 CONDICIONES MÉDICAS IMITADORAS DE TDAH**

Existen algunas condiciones que imitan síntomas del TDAH.

1. A nivel sensorial, los problemas tanto visuales como auditivos pueden ser causantes de que los niños se distraigan y no capten lo ocurrido en clase.
2. Alteraciones de la glucosa en sangre (diabetes e hiperglucemia) pueden generar problemas al nivel de actividad del niño y en su concentración.
3. Problemas respiratorios como lo son el asma y las alergias provocando alteraciones en la ventilación, causando así, una pérdida de la concentración del niño.
4. Crisis de ausencia; es un tipo de crisis convulsiva caracterizada por perder la noción del tiempo durante segundos e inclusive por minutos. Una vez que se toma conciencia nuevamente se presenta un periodo de amnesia y confusión, perdiendo la continuidad de la actividad realizada, generando un rendimiento escolar bajo. <sup>37</sup>

### **3.2 DIAGNÓSTICO DEL TDAH**

El TDAH se clasifica según el DSM-V como un trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador; se ha caracterizado como un trastorno del desarrollo del autocontrol, conformado por dificultades en el

intervalo de atención, control de los impulsos y exceso de actividad motora.

38

Barkley (1997) considera el déficit en la inhibición de la conducta conlleva un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación del afecto/motivación/activación y la reconstitución.

## **3.2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (DSM-V)**

Se reconocen como criterios de diagnóstico al conjunto de síntomas que deben presentarse para realizar un diagnóstico.

La American Psychiatric Association (APA) publicó en 2013 la quinta revisión de su manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) el cual contiene los criterios a continuación mencionados.

### **3.3.1 DESATENCIÓN**

La desatención evita la atención en los detalles, promueve el cometer errores, genera dificultad para realizar alguna tarea e incluso llevarla a término.<sup>39</sup>

Cambios constantes en los temas de conversación, no atendiendo lo que se comenta, son una muestra de desatención en un ámbito social.

Se diagnostica si seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos 6 meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Desatención**

a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como actividades escolares o domésticas).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias. <sup>39</sup>

### 3.3.2 HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD

Se diagnostica si seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: <sup>39</sup>

#### 3.3.2.1 Hiperactividad

Habla constante, no realizar actividades recreativas con tranquilidad, inquietud al momento del juego son las manifestaciones de esta.

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso. <sup>39</sup>

### 3.3.2.2 Impulsividad

Dificultad a la espera, interrupciones frecuentes generan problemas en situaciones sociales, académicas y familiares son manifestaciones de impulsividad. <sup>27</sup>

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido complementadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).
- d) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención, que causaban alteraciones, estaban presentes antes de los doce años de edad.
- e) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en la casa).
- f) Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

g) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).<sup>39</sup>

### **3.4 LA COMBINACIÓN DE AMBAS**

Si se satisfacen los criterios de desatención e hiperactividad (mencionados anteriormente) durante los 6 últimos meses.

Jerome Murray Sattler (2003) enlista los índices de frecuencia estimados de determinadas afecciones coexistentes:

- Trastornos de aprendizaje, 25 a 50%
- Trastorno negativista desafiante, 35%
- Trastorno de conducta, 26%
- Trastorno depresivo, 18%
- Trastorno de ansiedad, 26%

### **3.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

El TDAH combina fundamentalmente tres síntomas: Déficit de atención, hiperactividad y la impulsividad.

DSM-V describe los dos tipos fundamentales que los pacientes pueden presentar: predominantemente inatento y en la que predomina la impulsividad e hiperactividad.

#### **3.5.1 TDAH predominantemente inatento**

Principal característica clínica se muestra una excesiva distracción, desviando su atención, parece no escuchar al hablarle directamente, dificultad de seguir instrucciones, aún mayor si estas son complejas o con



distintos pasos a seguir; especialmente en realización de tareas ya que las perciben como tareas monótonas y aburridas.<sup>39</sup>

Frecuentemente se presentan ensoñaciones, abstracción durante el día en sus propios pensamientos, cambios frecuentes de actividad sin importar el no acabar la anterior, falta de atención a los pequeños detalles.

Estos niños utilizan un método memorístico a la hora de estudiar generando un agotamiento mayor según aumentan las exigencias escolares; presentan problemas de organización.<sup>36, 37, 38</sup>

Se debe entender que el TDAH no es una inatención absoluta o imposibilidad, se necesita de estímulos de intensidad variable para sobrepasar el umbral de atención en cada niño.

### 3.5.2 TDAH con predominio hiperactivo- impulsivo

El niño con este tipo de conducta no presenta inquietud por explorar y conocer el mundo, tiene acercamiento con diferentes estímulos de manera no intencionada y no busca investigar estos a profundidad.

Los niños hiperactivos son aquellos que están en constante movimiento. La percepción de sus padres y el entorno social hacia ellos es que son excesivamente activos, les cuesta permanecer sentados, de modo que si lo están mantienen movimientos en la silla, cambian de postura, se levantan cada que tienen oportunidad.<sup>36, 37</sup>

Estos niños presentan un alto grado de movimientos innecesarios en manos y pies, generan ruidos inadecuados a tal grado que pueden generar molestias en su entorno. A la hora de jugar pueden presentar problemas con sus compañeros, en los juegos normativos son conflictivos debido a la dificultad que tienen para respetar sus propios límites y de los demás, hablan en exceso.

### 3.5.2.1 Impulsividad

Los pacientes que presentan impulsividad manifiestan dificultades al esperar su turno, al realizarles una pregunta expresan la respuesta antes de que la terminen, causando así que la mayoría de veces tengan equivocaciones.

Los niños que no pueden esperar diversos lapsos de tiempo para obtener un estímulo y requieren del mismo en el momento que piensan en ello. Presentan dificultad al momento de seguir las normas y un posterior arrepentimiento al reconocer su error. En muchas ocasiones actúan sin medir las consecuencias de sus actos por lo cual suelen tener problemas y accidentes fácilmente.

Estos niños suelen presentar respuestas emocionales intensas, baja tolerancia a la frustración, enojos con mucha facilidad, sencillez para perder el control. <sup>39</sup>

## CONCLUSIONES

De origen neurobiológico, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede ser confundido debido a la imitación existente en otras condiciones.

El odontólogo debe conocer sobre el tema y sus diferentes combinaciones para lograr un tratamiento multidisciplinario exitoso.

La comunicación con los niños requiere de un conocimiento teórico y práctico de las técnicas comunicativas que ayuden a conseguir la creación de un vínculo tanto con niños como con los padres, y la programación neurolingüística provee de técnicas que permiten la comunicación más allá de un sistema oral.

El conocer la edad, los puntos de interés del paciente, angustias sobre el tratamiento o su entorno, permite identificar como el paciente se percibe ante el mundo y entender que técnicas o temas clave nos ayudaran a mantener mejor comunicación, de la misma forma el saber cómo los papás perciben al niño ante el mundo te da las pautas para poder dar una mejor explicación sobre el tratamiento y los procedimientos a realizar.

Los niños con TDAH que llegan a consulta, en su mayoría son debido a golpes, caídas, traumatismos como manifestación de la hiperactividad generada por este trastorno.

La técnica decir - mostrar - hacer es la estrategia más completa para lograr un nexo de comunicación con el niño y los padres, ya que nos permite aplicar el conocimiento adquirido gracias a los sistemas representacionales, generar un mapeo del paciente, desarrollar una estrategia que logre, en el caso puntual del niño con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, captar su atención durante la duración de la consulta y reducir su ansiedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. John Grinder. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]  
Disponible en: <http://monicaperezdelasheras.blogspot.com/2010/04/entrevista-exclusiva-con-john-grinder.html>
2. Richard Bandler. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]  
Disponible en: <https://portaldelcoaching.com/entrevista/richard-bandler/>
3. Virginia Satir. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]  
Disponible en: <https://willingcya.wordpress.com/2012/10/04/conociendo-a-virginia-satir/>
4. Friedrich Salomon Perls. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Fritz\\_Perls](https://es.wikipedia.org/wiki/Fritz_Perls)
5. Milton Erickson. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]  
Disponible en: <https://www.lifeder.com/milton-erickson/>
6. Lefcovich, M. Reconceptualización de los negocios: El PNL como herramienta para modificar las creencias. 2006. Monografía. [internet] [revisado 2020, citado 3 Enero 2020]. Disponible en: <https://winred.es/management/reconceptualizacion-de-los-negocios-la-creacion-imaginacion-e-innovacion-en-la-accion-empresaria/gmx-niv116-con2255.htm>
7. Mauricio León Lefcovich. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en: [https://www.xing.com/profile/Mauricio\\_Lefcovich2](https://www.xing.com/profile/Mauricio_Lefcovich2)
8. Actis Danna, M. PNL. Programación neurolingüística claves para ser mas feliz. 4ª ed. Argentina: Longseller; 2006
9. Marcelo Actis Danna. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en: <https://es-la.facebook.com/marceActisDanna>
10. Churches R. Terry R. NLP for Teachers: how to be a Highly Effective Teacher [internet]. UK. Crown House Publishing. 2007 [revisado

- 2020; citado 3 Enero 2020 ]. Disponible en:  
[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=p14gBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT20&dq=churches+y+terry+2007&ots=oGEpHNdpQY&sig=grNOue\\_9v1UNa51QxH14y-tCj1l&redir\\_esc=y#v=onepage&q=churches%20y%20terry%202007&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=p14gBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT20&dq=churches+y+terry+2007&ots=oGEpHNdpQY&sig=grNOue_9v1UNa51QxH14y-tCj1l&redir_esc=y#v=onepage&q=churches%20y%20terry%202007&f=false)
11. Richard Churches. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Richard\\_Churches](https://www.researchgate.net/profile/Richard_Churches)
12. Roger Terry. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en: <https://www.crownhouse.co.uk/authors/roger-terry>
13. Cudicio C. comprender la PNL la programación neurolingüística, herramienta de comunicación. Editorial Juan Granica S.A. Barcelona 1991 pp. 13-39
14. Bandler R, Grinder J, Dilts R. programación neuro-lingüística volumen I. USA: khaos, 1998. pp. 27- 58
15. Grinder J, Bandler R. la estructura de la magia vol. 1: lenguaje y terapia. Editorial cuatrovientos. 1998. Pp. 15-40
16. O'Connor J, Seymour J. introducción a la PNL. Editorial Urano 8ª edición. 2007 pp. 27-49, 57-70
17. El mapa no es el territorio. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en:  
[https://www.taringa.net/+ciencia\\_educacion/te-mintieron-en-realidad-tenemos-9-sentidos-no-5\\_hho6o](https://www.taringa.net/+ciencia_educacion/te-mintieron-en-realidad-tenemos-9-sentidos-no-5_hho6o)
18. Dilts R. *El poder de la palabra PNL La magia del cambio de creencias a través de la conversación*. Barcelona: Urano. 2003
19. Cinco sentidos. [internet] [revisado 2020, citado 14 Enero 2020] Disponible en: <http://pnluruguay.blogspot.com/2011/10/normal-0-21-false-false-false-es-trad-x.html>
20. Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva F. Estomatología Pediátrica. 1era ed. Madrid: Ripano; 2014; p.71-90.

21. Ayala C. Manejo conductual, dolor, miedo, ansiedad y estrés en la práctica odontopediátrica. [internet] Odontopediatria Actual. 2013 [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]. Disponible en: [https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=94621&id\\_seccion=4684&id\\_ejemplar=9251&id\\_revista=304](https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=94621&id_seccion=4684&id_ejemplar=9251&id_revista=304)
22. Elías P. Arellano S. ODONTOLOGIA PARA BEBES. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. España. Ed. medica ripano. 2013. P. 42-43
23. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatria. La evolución del niño al adulto joven. España. Ed. Medica Ripano. 2012. P. 97-107
24. Fonseca GL, Sanchis FC, Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatria. Revisión bibliográfica. 2013 [revisado 2020, citado 14 Enero 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4579644.pdf>
25. Escobar A, Mercado R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual 1ª ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2010 P. 94-105
26. Vergara C. Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital De La Misericordia en el primer semestre del año 2013. [internet] Bogotá- Colombia; 2013. [revisado 2020, citado 15 Enero 2020]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/12808/1/catalinavergaracastrillon.2013.pdf>
27. Guaderas V. "Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediatria de la clínica de la universidad de las Américas. [internet] 2016. [revisado 2020, citado 15 Enero 2020]. Disponible en:

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/4799/1/UDLA-EC-TOD-2016-10.pdf>

28. Rodríguez S, Pinto F, Alcocer J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. *Odontología vital*. 2009; P.58-68.
29. Abanto J, Pinto K, Bönecker M, Nahás F, Salete M. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*. [internet] 2010.[revisado 2020, citado 17 Enero 2020] disponible en: <https://docplayer.es/35107261-Propuestas-no-farmacologicas-de-manejo-del-comportamiento-en-ninos.html>
30. Tabla 1. Lenguaje Pediátrico. Terminos amigables para describir el tratamiento al niño. Creación propia.
31. Escobar M. F. Conducción psicológica del paciente niño en odontopediatría. *Odontología pediátrica*. 1ª ed. Madrid; Ripano, 2012. P. 30-45
32. Kawia H, Mbawalla H, Kahabuka F. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. *The Open Dentistry Journal*. 2015;[internet] p.455-461 [revisado 2020, citado 18 Enero 2020] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768663/>
33. Castillo M., Perona G., Kanashiro C. *Estomatología pediátrica*. Ed. medica ripano. 2014. Pág. 72-77
34. Rivera F, G. Etiología del TDAH. Arequipa, Perú. *Acta de investigación psicológica*, 2013, vol. 3. P. 1079-1091.
35. Giménez S, S. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Enfoque Integral*. Elsevier. [internet] septiembre 2003. [revisado 2020, citado enero 20]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-trastorno-por-deficit-atencion-con-13051748>
36. Rojas, N.E. Guía de manejo paciente con hiperactividad. Fundación HOMI. [internet] 2009. [revisado 2020, citado 20 Enero 2020].

Disponible en:

[http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion\\_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Hiperactividad.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Hiperactividad.pdf)

37. Wielink, V, M. G. Déficit de atención con hiperactividad. Mexico. 1<sup>a</sup> ed. Impresora formal. 2000.
38. Morrison, J. DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico. 1<sup>a</sup> ed. Manual Moderno, editor. 2015. P.12-15,33,38
39. American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Barcelona: Masson.