



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A
NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA CRISTINA MENDOZA ALVARADO

DIRECTORA: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



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.

Dedicatorias

Con todo mi amor para ustedes:

Dios

Gracias por ser mi luz en todo momento por más adverso que fuere, por cuidarme a mí y a mi familia, por darme la fortaleza y el valor para siempre salir adelante y lograr uno de mis más anhelados sueños y lo más importante ser mi mejor amigo.

Mi angelito
J.M.

Gracias porque eres parte de mí y aunque no estés aquí siempre te llevo en mi corazón y se que siempre me cuidas. Te Amo.

Mis papás
Paty y Arturo

Mis dos grandes héroes, que en todo momento de mi vida han estado presentes para protegerme de todo mal.

Gracias por todo su amor, por su sacrificio, por su ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por las grandes aventuras y momentos hermosos, por los regaños que me han hecho madurar y ser la persona que soy, por sus desvelos, por sus caricias y apapachos e indudablemente por ayudar a que este sueño se realizara.

Los Amo
Son los número 1

Mi hermanita
Claudette

Mil gracias peque por que a pesar de ser más chica que yo siempre estas al pendiente de mí! Por siempre subirme el ánimo y sacarme una sonrisa, por tus besitos, por confiar en mí, por supuesto por colaborar arduamente en la elaboración de esta tesina (ayudarme a imprimir, desvelarte conmigo) en fin... simplemente por ser como eres. Te Amo.

Christhyan

Gracias por todo tu amor, tu paciencia, tu apoyo incondicional, por siempre tratar de alegrarme y hacerme sentir bien, por creer siempre en mi y nunca dejarme caer, por estar hombro a hombro durante todos estos años en la Facultad, por todos los momentos increíbles y todas nuestras chocoaventuras y por supuesto ser parte fundamental de este sueño y ayudarme a cumplirlo.

Siempre Juntos
Te Amo

Agradecimientos

Universidad Nacional Autónoma de México

Gracias por ser mi segunda casa y me siento orgullosa de pertenecer a ella.

Dra. Leonor Ochoa García

Le doy las gracias por todo el apoyo, consejos y cariño que he recibido de usted desde la Clínica periférica "Las Águilas" hasta este momento crucial de mi vida como el sueño de realizarme como profesionista y ser parte de ello, por su paciencia, su dedicación y saber ser una gran maestra y amiga le estaré siempre agradecida y siempre tendrá todo mi cariño y admiración. Que Dios la bendiga siempre!

Dra. María Elena Nieto y Paty Hinojín

Gracias por hacer de este seminario una experiencia inolvidable, por toda la preocupación y dedicación que demostraron hacia nosotros y por ser unos seres humanos lindísimos! Que Dios siempre las conserve así.

Familia Mendoza Manzur y Familia Alvarado Meza

A todos los que conforman estas maravillosas familias. MI FAMILIA les doy las gracias a todos (abuelos, tíos y primos)
Por siempre creer en mí, porque de una u otra forma, son parte de este sueño! Los Amo!

A todos mis profesores, pacientes y amigos mil gracias!!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1 ANTECEDENTES	1
1.1 Aspectos históricos	1
1.2 Epidemiología	5
1.3 Diagnóstico diferencial del TDA	6
2 MARCO TEÓRICO	10
2.1 Definición	10
2.1.1 Trastorno	10
2.1.2 Déficit	11
2.1.3 Déficit de atención	12
2.1.4 Subtipos	14
2.2 Características principales de los niños con déficit de atención	15
2.3 Trastorno por déficit de atención en la educación escolar	19
2.4 Etiología	21
2.5 Tratamiento	24
2.6 Tratamiento psicopedagógico	27
2.7 Medición del trastorno por déficit de atención	31
2.7.1 Medición psicológica	31
2.7.2 Medición neurológica	34
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38

4 JUSTIFICACIÓN	39
5 OBJETIVOS	40
5.1 Objetivo general	40
5.2 Objetivos específicos	40
6 PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDO A NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN	41
6.1 Justificación	41
6.2 Objetivo general	41
6.3 Objetivos específicos	42
6.4 Contenido temático	43
6.5 Metas	43
6.6 Estrategias	44
6.6.1 Estrategias destinadas a mantener la atención del paciente con Trastorno por déficit de atención	45
6.7 Límites del programa	46
6.7.1 De espacio geográfico	46
6.7.2 De tiempo	47
6.7.3 Universo de trabajo	47
6.8 Especificación de actividades	47
6.8.1 Cronograma de actividades	49

7 ORGANIZACIÓN	51
7.1 Recursos materiales	51
7.2 Recursos humanos	53
7.3 Recursos financieros	53
7.4 Evaluación	53
8 CONCLUSIONES	54
9 BIBLIOGRAFÍA	55
10 ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

La inteligencia es quizás el atributo más maravilloso de la condición humana y su utilización ha permitido a la humanidad salvar obstáculos que parecían imposibles.

Por ello su máximo aprovechamiento es fundamental para desempeñarse en un mundo competitivo, cambiante y lleno de complejidades y desafíos.

El trastorno por déficit de atención constituye una entidad clínica que pertenece a la tierra de todos y, por eso mismo, a la de nadie. Los niños con déficit de atención generalmente presentan dificultades para mantener fija su atención, lo cual le impide realizar diversas actividades de forma efectiva, por lo cual el cirujano dentista debe tomar en cuenta que pueden presentar mayores problemas de salud bucodental que el resto de la población por su falta de interés en seguir las instrucciones que se le indican como por ejemplo la técnica de cepillado.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar y mejorar la salud dental a través de un programa enfocado principalmente en la prevención de enfermedades bucodentales e informar como tener un mejor manejo de estos pacientes y poder entenderlos mejor.

Por tal motivo, considero de especial interés el presente programa de educación para la salud bucal dirigido especialmente a este grupo de individuos ya que en muchas ocasiones el cirujano dentista no cuenta con la suficiente información o está capacitado para el manejo de estos en la consulta dental pública o privada.

1 ANTECEDENTES

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

En el siglo XIX, los psicólogos Maudsley y Bourneville realizaron las primeras descripciones de lo que hoy se conoce como TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA). En Europa (1902), Still y Tregold (médicos) informaron acerca de 20 niños que tenían hiperactividad e incapacidad para sostener la atención, situaciones que condicionaban problemas escolares, aun en ausencia de retraso mental, y aparente falta de respuesta a los castigos; por ello se consideró que padecían un “defecto del control moral” o una especie de agenesia moral.¹

A lo cual estos autores supusieron que tal conducta constituía una anomalía biológica que resultaba de una lesión prenatal o postnatal y que no correspondía a psicosis o demencia.¹

En 1908 Tregold (médico) describe niños con características de hiperactividad y daño cerebral mínimo y denomina a estos pacientes como portadores de alto grado de debilidad mental toda vez que no se beneficiaban de la educación escolar regular, pero si de una atención e instrucción individualizadas. Les consideraba proclives a un comportamiento criminal, aunque hubieran sido formados en un ambiente adecuado, probablemente por anormalidad orgánica de los niveles cerebrales superiores y suponía que las áreas donde se localizaba el sentido de la moralidad.²

Creía también en la posibilidad de heredar este daño de generación en generación lo cual generaría diversos problemas: hiperactividad, migraña, modalidades leves de epilepsia, histeria y neurastenia y le llamó “diátesis neuropática”, “diátesis psicopática” y “blastoforia”.²

En Estados Unidos (1917 y 1918), la epidemia de encefalitis viral demostró la relación existente entre la lesión cerebral demostrable y la conducta hiperactiva y desinhibida, los problemas de aprendizaje y los cambios catastróficos de personalidad (Omán 1922, Ebaugh 1923), y se acuñó el término “trastorno de conducta posencefalítico”.²

En Norteamérica Alfred Strauss y Heinze Werner (médicos neurólogos) evaluaron a niños con lesiones cerebrales y pretendieron encontrar patrones anormales de funcionamiento de ellos (1928). Basados en los antecedentes personales y de desarrollo, clasificaron a estos niños en dos categorías: los que tenían daño demostrable en el cerebro y quienes no lo presentaban. Al comparar a ambos grupos en lo cognitivo y en lo emocional, hallaron que los pacientes con antecedentes patológicos tenían mayor intensidad de hiperactividad, labilidad emocional, trastornos de la percepción, impulsividad, distractibilidad, rigidez y perseverancia. En el grupo sin antecedentes, también había un número de niños con comportamientos hiperactivos e impulsivos y, ante la ausencia de elementos de daño cerebral evidente, se les clasificó como portadores de un “daño cerebral mínimo”.³

Posteriormente Clements encontró evidencia de un trastorno funcional más que de un daño cerebral y se sugirió que la génesis de estos trastornos era consecutiva a una disfunción o inmadurez de la corteza cerebral, como el área primaria de aprendizaje, y se le denominó: “disfunción cerebral mínima”.³

Recomendaba el uso de este término enfatizando que estos niños sufrían de una combinación de problemas de aprendizaje y emocionales, discapacidades y dificultades para controlar la atención y la impulsividad.³

A partir de la década de los 60, surgieron grandes contribuciones que hicieron posible diferenciar la hiperactividad relacionada o no con daño cerebral.³

Los trabajos de Laufer (1957) y de Chess E.E.U.U (1960) definieron el síndrome hiperkinético en cuanto a sus características clínicas y se crearon las primeras herramientas de evaluación, como la escala de Conners (1969,1970) que permitió una medición estandarizada de algunas conductas propias de la infancia.³

También se perfeccionaron las evaluaciones neuroquímicas, por imagen, genética, neurofisiología, epidemiológica y neuropsicológica que dan sustento al TDA como se conceptúa hoy en día.⁴

En la segunda mitad del siglo XX, la *American Psychiatric Association* publicó el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en el cual se establece el término “TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN” y se diferencia de otros diagnósticos.⁴

El trastorno por déficit de atención es un problema de salud pública mundial que afecta del 4 al 10 % de la población escolar y es considerado el trastorno neuropsiquiátrico más común en la infancia.⁴

Se considera que en México existe cerca de 1 millón 500 mil niños portadores del TDA; y aproximadamente cinco de cada cien niños presentan este trastorno, aunque desgraciadamente la mayoría no son diagnosticados, y por ello se les trata como niños torpes, maleducados o consentidos.⁵

Se les clasifica como niños con problemas de conducta, cuando en realidad son niños que necesitan un tratamiento especial y, sobretodo y principalmente, un diagnóstico adecuado que arroje a padres y profesores una luz para que estos niños se sientan menos culpables de su falta de control.⁵

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia estimada del TDA es de aproximadamente dos millones de niños, esto es 3-5 % de los niños en edad escolar, y se halla con mayor presencia en el sexo masculino que en el femenino en una proporción que varía entre 4 a 1 y 9 a 1 (Asociación de Psiquiatría Americana, 1995).⁶

El TDA es un trastorno relativamente frecuente. En Europa, la prevalencia se sitúa entre el 1, 2 % de los escolares entre 6 y 7 años. En España, existen pocos estudios pero las cifras parecen similares con una prevalencia de 3 a 5 % de los escolares si bien algún estudio, como el realizado en la comunidad valenciana, recoge cifras de hasta el 10 % a la edad de 10 años.⁶

Los resultados de estos estudios tienden a variar, de esta manera, estudios epidemiológicos realizados en Tennessee revelan que el 4.7% padecen de TDA del tipo desatento, 3.4% tenían predominio de la hiperactividad y un 4.4% presentaban TDA del tipo combinado (Wolraich 1999). En Alemania se encontró que un 9% presentaba TDA del tipo desatento, un 3.9 eran hiperactivos, y un 4.8% tenían TDA del tipo combinado (Baumgaertel 1999), es decir que en ambos grupos predominaba la desatención.⁶

En un estudio realizado por Anicama y colaboradores en una zona urbano marginal de Lima (1999) perteneciente a una clase socio-económica baja, no se encontró diferencias por sexo en ningunas de las escalas del EDDA, lo que indica que el déficit de atención afecta por igual a hombres y a mujeres.⁶

Posteriormente realizó un estudio en un grupo de niños de un Centro Educativo de una zona urbano marginal de Lima, a quienes se les aplicó la Escala de Desordenes de Déficit de Atención (EDDA), encontró un 23% de prevalencia del TDA. Analizando la prevalencia por áreas, halló que el 38% de niños tienen problemas de hiperactividad, un 34% presentaba déficit de atención, y un 20% impulsividad.⁶

Los síntomas pueden persistir hasta la edad adulta en un 40 – 60 % de los casos, período en el que se manifiesta por dificultades en las relaciones interpersonales, laborales y sociales y por su alta comorbilidad con personalidad disocial, dependencia de fármacos y alcoholismo, entre otros trastornos de conducta. Aproximadamente en un 20% de los casos en que el TDA persiste en la adultez se presentaría esta comorbilidad.⁶

Se ha de tener en cuenta que estos datos en relación con el TDA varían en función de diferentes circunstancias, entre ellas se encuentran el tipo de población que se toma como referencia, el criterio diagnóstico y los instrumentos de medida que se usan.⁶

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TDA

Existen ciertas condiciones médicas que se confunden con uno o varios de los síntomas del TDA; entre ellas, encontramos las siguientes:

- **Problemas en la ventilación corporal.**- Pueden ser producidos por alergias, asma o crecimiento de adenoides, suelen alterar la concentración del niño y además provoca trastornos del sueño y el pequeño tiende a dormir durante el día, con los consiguientes problemas de atención. Sin embargo, esta condición se corrige fácilmente con cirugía.⁷

- **Problemas sensoriales de la audición o de la vista.**- Pueden ser erróneamente identificados con el TDA si los niños no son evaluados en forma adecuada. Resulta evidente que un niño que oye y/o ve mal no se entera de lo que sucede en el salón de clases, dando la apariencia de que no es capaz de mantener su atención en los procesos del aprendizaje. Por ello es esencial un buen diagnóstico profesional.

Asimismo hay defectos sensoriales menos evidentes que los anteriores que requieren un alto nivel de sospecha para detectarlos. El problema del rastreo ocular consiste en una incapacidad del niño para seguir una línea con la vista, lo que le impide poder seguir un orden en los renglones que intenta leer, de manera que “brinca” de un renglón a otro involuntariamente, con la consiguiente dificultad para la lectura.⁷

- **Problemas en el nivel de azúcar (glucosa) en la sangre.**- Ya sea por elevación como ocurre en la diabetes, o ya sea por disminución (hipoglucemia), suelen causar problemas en la concentración, así como en el nivel de actividad del niño. Sabemos que las células nerviosas (neuronas) reaccionan inmediatamente ante la baja de glucosa porque ésta, junto con el oxígeno constituye la fuente principal de energía.⁷

- **La anemia.**- No importa la causa que la provoque, ocasiona una baja en la atención. Sabemos que las células de la sangre (glóbulos rojos) encargadas de llevar el oxígeno a los tejidos contienen una molécula llamada hemoglobina que contiene hierro. La deficiencia de este metal es la causa más frecuente de anemia.⁷

En países con mala higiene pública es común que los niños tengan anemia debido a la presencia de lombrices intestinales, un problema que es fácil y barato de corregir, con las medidas adecuadas.⁷

- **Las crisis convulsivas.**- Especialmente del tipo ausencia (parciales complejas) simulan perfectamente el TDA. Durante la ausencia el paciente parece estar distraído a lo largo de algunos segundos, sin darse cuenta de ello para luego retomar de inmediato lo que estaba haciendo. Estos cambios pueden ser tan sutiles que los niños pasan años con el problema sin ser diagnosticados. Durante una crisis, el niño “se desconecta” del ambiente, pierde la noción del tiempo por unos segundos y al tomar conciencia nuevamente tiene un periodo de amnesia y confusión que abarca más de los segundos que duró la crisis. Esto hace que pierda el hilo de lo que ocurre a su alrededor, no memoriza ni entiende la lección y, en consecuencia, su rendimiento escolar es muy bajo.⁷

- **Los problemas psiquiátricos.**- Como depresión o ansiedad, pueden confundirse con el TDA. Los adultos suelen pensar que el niño es inmune a estas condiciones, simplemente porque no las manifiesta como el adulto; nada más equivocado. Sin embargo, cada uno de estos problemas psiquiátricos pueden causar un falso TDA, que requiere un tratamiento especial. En este tipo de casos la psicoterapia tiene buenos resultados.

Hay desórdenes del talante (es decir, del humor o estado de ánimo), que no son necesariamente provocados por una condición psiquiátrica y que pueden simular el TDA; entre este tipo de desórdenes podemos mencionar la falta de motivación o el simple aburrimiento.⁷

- **Trastornos de aprendizaje.**- Es de gran importancia en el desarrollo de las habilidades mentales del niño, y muchos de ellos también pueden llegar a simular el TDA.⁷

2 MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

2.1.1 TRASTORNO

El término “trastorno” es definido muy pocas veces de manera aislada, dado el uso cotidiano que psicólogos clínicos, forenses y especialistas en psiquiatría le dan, se considera que pudo haber pasado como sobreentendido.⁸

La Real Academia Española de la lengua (1988) lo define como la acción y el efecto de trastornar, esto es inquietar, desordenar, perturbar y causar disturbios.⁸

La Organización Mundial de la Salud (1992) considera que el término “trastorno” es muy útil pues tolera la ambigüedad, evitando los problemas que plantea el utilizar términos como “padecimiento” o “enfermedad”, aunque “trastorno” no es un término muy preciso se utiliza para señalar la presencia de comportamientos o síntomas que producen malestar e interfieren con la actividad del individuo.¹¹

2.1.2 DÉFICIT

El diccionario de la lengua española (1988) señala el término “déficit” como ausencia o carencia de aquello que se juzgue como necesario.⁸

En Psicología el “déficit” denota carencia o ausencia de habilidades, destrezas y capacidades, relacionadas a un área determinada del funcionamiento del individuo.⁸

En el plano aplicativo el término “déficit” suele estar comúnmente relacionado con palabras como: deficiencia, insuficiencia, limitaciones y discapacidades.⁸

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (1992) señala que la deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función, mientras que discapacidad es la ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad dentro del rango que se considera normal para el ser humano, esto es consecuencia de la deficiencia.¹¹

Sin embargo, se hace necesario diferenciarlo de “dificultades” o “defectos”, pues estos términos son populares y muy generales y no se limitan a señalar solo las carencias, sino también los excesos, mientras que el “déficit” designa únicamente ausencias, carencias e insuficiencias de algo considerado como necesario para su funcionamiento adecuado.⁸

2.1.3 DÉFICIT DE ATENCIÓN

A continuación mencionaremos algunas definiciones del Trastorno por déficit de atención:

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) está constituido por un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención y la hiperactividad; se refiere también al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente, lo cual le impide al niño realizar actividades en forma efectiva.⁹

Pineda y colaboradores, grupo de investigación de la fundación de Manizales (1999) desde el punto de vista neurológico, asumen que el Déficit de atención es un trastorno de la función cerebral en niños, adolescentes y adultos, caracterizados por la presencia persistente de síntomas comportamentales y cognoscitivos como la deficiencia atencional, la hiperactividad y la impulsividad.⁹

Las psicólogas Ardila y Rosselli (1992) mencionan al déficit de atención como defectos atencionales, y proponen que estos son provocados por lesiones cerebrales, es esencial encontrar: insuficiencias en el nivel de alerta, fluctuaciones de la atención, defectos de la concentración e impulsividad, tales defectos son especialmente evidentes en caso de patologías de los lóbulos frontales y es usual encontrarlos en pacientes que hayan sufrido trastornos craneoencefálicos.⁹

Operacionalmente el déficit de atención es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas.⁹

La Organización Mundial de la salud (1992) señala que los déficits de atención se ponen de manifiesto cuando los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse en otra.¹¹

La Asociación de Psiquiatría Americana (1995) a través del manual diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento (DSM-IV) indica que las personas con déficit de atención o desatención se caracterizan por:⁹

- No prestar suficiente atención a los detalles, por lo que se incurre en errores en tareas escolares o laborales.
- Presentar dificultades en mantener la atención en tareas y actividades.
- Dar la impresión de no escuchar cuando se le habla directamente.
- No seguir instrucciones y no finalizar tareas y obligaciones.
- Presentar dificultades en organizar tareas y actividades.
- Evitar actividades que requieran de un esfuerzo mental sostenido.
- Extraviar objetos de importancia para tareas o actividades.

- Ser susceptibles a la distracción por estímulos irrelevantes.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (1992) hace mención a los trastornos hiperkinéticos, siendo los rasgos principales el déficit de atención y la hiperactividad, los que se deben manifestar en más de una situación, y que producen relaciones sociales desinhibidas, comportamiento antisocial y baja autoestima.¹¹

2.1.4 SUBTIPOS

Teniendo en cuenta la independencia entre las variables déficit de atención e hiperactividad – impulsividad, se han establecido los siguientes subtipos:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.- El tipo combinado nos indica que deben haber existido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención, y seis (o más) síntomas de hiperactividad – impulsividad.¹⁰

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.- Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención, pero menos de seis síntomas de hiperactividad – impulsividad.¹⁰

Trastorno por déficit de atención, tipo con predominio de la hiperactividad – impulsividad.- Este subtipo se utiliza si han persistido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de hiperactividad – impulsividad, pero menos de seis síntomas de desatención.¹⁰

2.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

Antes de reseñar las principales características del niño con TDA hemos de decir que no tienen un comportamiento extravagante extraño o inusual durante la infancia. Mantienen conductas conflictivas sólo por la frecuencia que la mantienen, la intensidad y la inoportunidad del momento en el que ocurren. Estos niños tienen dificultad para controlar su conducta en presencia de otros y les resulta más fácil cuando están solos. No todos los niños con TDA mantienen las mismas características que a continuación se describen pero las dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad son rasgos comunes que presentan todos los niños.¹⁰

Como características se destacan:

- **Atención**

Lo que más caracteriza al niño con TDA es su falta de atención cercana a detalles. La distracción más vulnerable es a los estímulos del contexto ambiental.¹¹

En casa tienen dificultades para seguir las directrices que se le marcan, para organizarse y parece que no escuchan cuando se les habla.¹⁵ En el colegio cometen errores por no fijarse en los trabajos o en las diferentes actividades. Con frecuencia saltan de una tarea a otra sin terminarla, ya que evitan situaciones que implican un nivel constante de esfuerzo mental.¹¹



<http://www.google.com.dgrs/htm>

- **Impulsividad**

Reacción sin reflexión, de forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias. Estado de actividad muscular excesivo.¹¹

Con frecuencia está inquieto con las manos o los pies y no puede sentarse quieto. Está activo en situaciones en que es inapropiado.

Habla de forma excesiva, responde antes de que la otra persona termine, tiene dificultad para esperar su turno y frecuentemente interrumpe.¹¹



<http://www.google.com.grs/htm>

- **Hiperactividad**

Lo más característico de estos niños es la excesiva actividad motora. Siempre están en continuo movimiento, corren, saltan por la calle. Su excesivo movimiento no persigue ningún objetivo, carece de finalidad.¹¹



<http://www.yahoo.com/da.htm>

- **Comportamiento**

Su comportamiento es imprevisible, inmaduro, inapropiado para su edad. No son malos pero sí que son traviesos. Se muestran violentos y agresivos verbal y físicamente. Con frecuencia mienten y cometen hurtos.¹¹

- **Aprendizaje**

La mayoría de los niños con trastorno de déficit de atención presentan dificultades en el aprendizaje. El 40 ó 50% de los niños con TDA tienen un bajo rendimiento escolar. Tienen dificultades perceptivas, con lo cual no diferencian bien entre letras y líneas y tienen poca capacidad para estructurar la información que recibe a través de los distintos sentidos.¹¹

Las dificultades de los niños TDA estriban en la adquisición y el manejo de la lectura, escritura y el cálculo. Son torpes para escribir o dibujar, tienen mala letra y cometen grandes errores de ortografía.¹¹

En cálculo, se olvidan de las operaciones básicas.¹¹

En lectura, omiten palabras, sílabas e incluso renglones, no comprenden lo que leen, pueden identificar las letras pero no saben pronunciarlas correctamente. Tienen dificultad para memorizar y para generalizar la información adquirida.¹¹



<http://www.google.corp/htm>

- **Desobediencia**

Como dijimos anteriormente, al niño con trastorno de déficit de atención le cuesta seguir las directrices que se le marcan en casa. El niño hace lo contrario de lo que se dice o pide. Los padres tienen especial dificultad para educarlos en adquirir patrones de conducta (hábitos de higiene, cortesía..).¹¹

- **Estabilidad Emocional**

Presentan cambios bruscos de humor, tienen un concepto pobre de sí mismo y no aceptan perder, por lo que no asumen sus propios fracasos.¹¹

2.3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN LA EDUCACIÓN ESCOLAR

El trastorno por déficit de atención afecta el desempeño escolar de los niños y sus relaciones con los demás.¹²

Los padres de los niños que tienen este trastorno a menudo están exhaustos y frustrados por la conducta de sus hijos.¹²

Los problemas de aprendizaje están referidos a la dificultad en seguir normalmente la educación escolar o preescolar, lo cual se manifiesta en un rendimiento insuficiente en la mayoría de tareas escolares, así como lentitud para seguir el ritmo de trabajo de los compañeros de clase.¹²

Estos problemas son causados por inmadurez escolar, deficiencias sensoriales (visuales, auditivas o motoras), retardo o lentitud intelectual, perturbaciones emocionales, falta de motivación para aprender y métodos inadecuados de enseñanza, estas causas en su mayoría son externas al sujeto.¹²

Si bien las causas del TDAH difieren de la de los problemas de aprendizaje anteriormente mencionados, los síntomas que presente el niño con TDAH dificultarán su aprendizaje, es decir, tendrá problemas para aprender y para rendir de acuerdo a su capacidad, ya que con la atención los contenidos se asimilan mejor, se arraigan más en la memoria y se producen asociaciones con otros contenidos ya aprendidos, su carencia o debilidad producirá naturalmente que se escape los conocimientos a los alumnos.¹²

Se da el caso que algunos niños fallan en sus tareas escolares porque son demasiados impulsivos, es decir tienen un déficit en la capacidad de inhibición de respuestas, en estos niños el tiempo de latencia de respuesta es menor, cometen errores pues eligen y toman decisiones sin un examen previo de la situación, aunque su equipo intelectual sea adecuado, son inmaduros en lo que respecta a la intensidad y duración de su concentración, y en su habilidad para mantener un foco de atención en la tarea que se le presenta, teniendo una atención sub-enfocada.¹²

Sin embargo, otro grupo de niños fallan en sus tareas escolares porque son demasiado compulsivos y tienen una atención sobre-exclusiva. Ross (1995) señala que la atención sobre-exclusiva es la tendencia que tiene el niño de concentrarse solo en un aspecto de un estímulo de un ambiente complejo, dicho de otro modo, se concentran tanto tiempo en una porción de trabajo que en total no aprenden lo suficiente. Kinsbourne y Kaplan (1990) designan a esta dificultad como atención super-enfocada.¹²

Lo cierto es que generalmente los niños con TDA presentan un rendimiento escolar insatisfactorio, vale decir que su rendimiento puede ser lo suficiente como para aprobar un curso, pero no es lo esperado de acuerdo con su capacidad intelectual. El bajo rendimiento escolar puede pasar desapercibido en niños de los primeros años de la educación primaria, siendo más notorio en los años superiores, mientras que este problema se ve compensado en niños con TDA con capacidad intelectual superior, manteniendo un rendimiento escolar promedio, pero inferior a su capacidad.¹²

2.4 ETIOLOGÍA

A pesar que se trata de un trastorno muy frecuente en la infancia, y que desde hace bastante tiempo es objeto de interés por parte de muchos especialistas, hasta la actualidad no se llega a precisar la etiología del trastorno por déficit de atención.¹³

La existencia de un factor hereditario como causa del TDA es clara. Los datos y estimaciones surgidos de la población estudiada indican que, de 55 a 92% de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos.¹³

Cuando los padres tienen TDA de inicio, en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es de 57% y de éstos, la mayoría ha estado, o está, en tratamiento.¹³

Ahora bien, aunque la probabilidad de manifestar TDA es alta cuando hay genes que predispongan a ello, existen otros factores que determinan si se presentará o no; como son:

- **Encefalopatía hipóxica/Isquémica:** El daño al cerebro ocasionado por la falta parcial de oxígeno y una pobre circulación de la sangre que ocurre antes, durante o después del parto, se llama encefalopatía hipóxica/isquémica. Este daño es especialmente frecuente en los pequeños que nacen en forma prematura y sufren algún daño cerebral.¹³

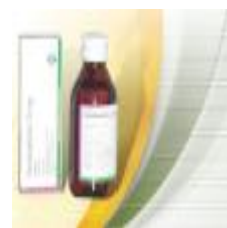
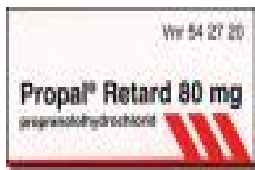
- **Traumatismo craneal:** La posibilidad de que se manifieste algún tipo de cambio en la personalidad, o en las habilidades intelectuales, después de un golpe en la cabeza es sumamente conocida. En ciertas ocasiones el golpe no causa pérdida del estado de conciencia pero si daño cerebral. Entre las consecuencias de un traumatismo craneal está el TDA, en especial cuando el daño se registra en la parte anterior de cerebro (corteza prefrontal).¹³
- **Toxinas externas:** La intoxicación crónica por plomo puede producir TDA, lo que puede ocurrir en niños que raspan y comen la pintura a base de plomo, comen en cerámica vidriada, por la inhalación de los humos que emanan de la combustión de la gasolina que contienen dicho metal carburante. Existe suficiente evidencia como para afirmar que el abuso de drogas (cocaína, mariguana, heroína) durante la gestación, tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central del niño.¹³

El tabaco tiene cerca de 3000 toxinas, entre ellas, plomo y monóxido de carbono por lo que es una causa potencial de TDA, de igual forma el uso de alcohol por parte de la madre durante el embarazo(síndrome alcohol-fetal) se ha asociado con el TDA, así mismo el uso de cocaína en el periodo prenatal.¹³



<http://www.google.dkt.htm>

- **Tiroides:** La resistencia a la hormona tiroidea (RHT) se ha asociado con el TDA, pero es extremadamente rara. ¹³
- **Radiación:** Se sabe que el embrión en desarrollo es más sensible a los rayos x que el adulto, ya que en el primero el cerebro está en formación y, por lo mismo, esta es una causa potencial del TDA. ¹³
- **Medicamentos:** En la actualidad se ha descubierto que existen diversos medicamentos que producen trastornos del comportamiento idénticos al TDA, como los agonistas beta adrenérgicos (albuterol, propanolol) que se usan como preventivos en la migraña; los anticonvulsivos, especialmente el fenobarbital y fármacos utilizados en enfermedades respiratorias. ¹³



<http://www.google.com/rtsa.htm>

Finalmente los factores aquí mencionados pueden interactuar conjuntamente a distintos niveles e intensidad, en tanto que los estudios se inclinan mayormente a considerar el desbalance bioquímico como causa principal del trastorno, por lo pronto se continúa admitiendo la idea que sugiere una etiología multifactorial, al no identificar un factor causal único. ¹³

2.5 TRATAMIENTO

El tratamiento del TDAH es multimodal, eso quiere decir que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana.¹⁴

Se proponen por tanto, los siguientes componentes posibles de un tratamiento:

- **Conductual** para fomentar las conductas positivas.¹⁴
- **Cognitivo** para ayudar a establecer un pensamiento organizado en el que el niño/a adolescente prevea las consecuencias de los comportamientos y busque alternativas.¹⁴
- **Ayuda a los padres:** mediante cursos de formación, conferencias, grupos de trabajo...¹⁴
- **Asesoramiento a profesores:** mediante información del TDA y/o cursos de formación.¹⁴
- **Farmacológico:** siempre bajo prescripción y seguimiento médico.¹⁴
- **Cursos:** para el niño/a adolescente de habilidades sociales.¹⁴
- **Psicopedagógico** o refuerzo escolar especializado.¹⁴

El tratamiento no cura pero favorece una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, y aborda los problemas y/o trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen.¹⁴

Mencionaremos algunos fármacos que utilizan los individuos con Trastorno por Déficit de Atención:

El principal fármaco que se utiliza es el **Metilfenidato (Ritalina, Metadate)**. Esta sustancia química se comercializa con distintos nombres en diferentes países como España y Estados Unidos. Sus efectos inmediatos son un aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperactividad y la movilidad en el niño, debido a que a través de ese agente externo se estimula al cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención (lo que repercute en una mejora de muchos otros síntomas). Como efectos secundarios, en algunos casos se produce una falta de apetito y de sueño. Sin embargo, dichos efectos duran poco tiempo: se elimina por la orina en unas cuantas horas y, es preciso volver a tomar otra pastilla.¹⁵

RITALIN



<http://www.google.com.jre/htm>

Los medicamentos que se utilizan con estos niños, son un buen apoyo mientras se combinen con procesos de enseñanza para que aprenda a regular su conducta por sí mismo. ¹⁵

Normalmente es adecuado medicar al niño después de los 5 años. Antes de esta edad no se puede medicar porque es difícil diagnosticar en el niño el déficit de atención, ya que está desarrollando su capacidad de atención y está en un período de exploración y manipulación, lo que hace difícil discriminar entre lo que es su comportamiento normal y el que no lo es. ¹⁵

En el caso de no obtener mejorías con la administración del metilfenidato se recomienda utilizar ***Dextroanfetamina (Dexedrina)*** antes de pasar a drogas de otro tipo que no sean psicoestimulantes; éstos son los medicamentos más utilizados. ¹⁵

DEXEDRINA



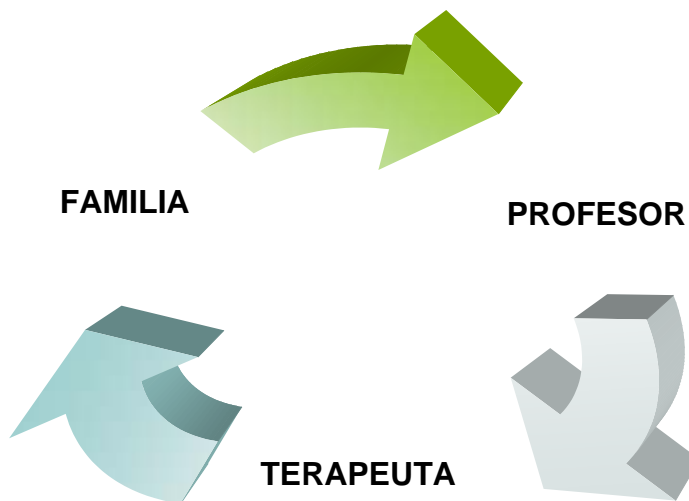
<http://www.google.com/dta.htm>

Los efectos secundarios más comunes de los estimulantes pueden incluir, pero no están limitados a, los siguientes:¹⁵

- Constipación visión borrosa
- **sequedad de la boca**
- **sequedad de las mucosas**
- retención urinaria
- insomnio
- disminución del apetito
- dolor de estómago

2.6 TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO

Tiene tres grandes frentes, que deben conocerse perfectamente para poder trabajar sobre las diferentes áreas y conductas. ¹⁶



Veamos las pautas que un niño con TDA necesita en la familia.

Pautas FAMILIARES para un niño con TDA

La familia deberá:

- Tener normas claras y bien definidas.
- Dar órdenes cortas y de una en una.
- Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.
- Reconocer el esfuerzo realizado por el niño. Aumentar su autoestima.
- Evitar ser súper protectora y no dejarse manipular por sus caprichos.
- Cumplir siempre los castigos y las recompensas ante sus acciones.
- Darle pequeñas responsabilidades.
- Aceptarle tal y como es.
- Saber que el trabajo es mucho y que se necesita mucha constancia.
- Fomentar sus puntos fuertes, sus facultades.¹⁶

Pautas ESCOLARES para un niño con TDA

El profesor deberá:

- Ser un profesor que comprenda y asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él.
- Sentarle en el lugar adecuado, lejos de estímulos, enfrente de él, entre niños tranquilos.

- Darle órdenes simples y breves. Establecer contacto visual con el niño.
- Darle encargos una vez que haya realizado el anterior, no dejar que deje las cosas a medio hacer.
- No se le puede exigir todo a la vez, se debe desmenuzar la conducta a modificar en pequeños pasos y reforzar cada uno de ellos: si comienza por acabar las tareas, se le felicita para conseguirlo, luego que lo intente con buena letra y se valorará, más tarde que el contenido sea también correcto. Pedirle todo a la vez, le desmotivará porque no puede realizarlo.
- Alternar el trabajo de pupitre con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco.
- Enseñarle y obligarle a mantener el orden en su mesa.
- Hacer concesiones especiales, darle más tiempo en los exámenes, indicarle cuando se está equivocando por un descuido, o facilitarles un examen oral de vez en cuando para que descanse de la escritura, etc.
- Premiar las conductas positivas es imprescindible, haber atendido, levantar la mano en clase, intentar buena letra, o contestar sin equivocarse son conductas a reforzar en el niño hiperactivo, dicho refuerzo puede ser con privilegios de clase (borrar la pizarra, repartir el material, hacer recados, lo que además le permite moverse que es lo que necesita), o bien dedicarle una atención especial, reconocimiento o halago público: comentarios positivos en alto, o en privado a otro profesor para que lo oiga el niño, notas para casa destacando aspectos positivos, una felicitación de la clase, un trabajo en el corcho, etc...

- Evitar humillarle o contestarle en los mismos términos.
- Evitar insistir siempre sobre todo lo que hace mal.
- Tener entrevistas frecuentes con los padres para seguir su evolución.
- Darle ánimos continuamente, una palmada en el hombro, una sonrisa ante cualquier esfuerzo que presenta, por pequeño que sea. ¹⁶

Pautas TERAPEÚTICAS para un niño con TDA

El terapeuta deberá:

- Orientar a los padres acerca del trastorno que padece su hijo.
- Darles pautas de conducta y actuación con su hijo.
- Reeducar las dificultades de aprendizaje asociadas (dislexias, falta de memoria, etc)
- Entrenarle en la resolución de problemas...
- Entrenarle en habilidades sociales puesto que suele presentar problemas con los demás. ¹⁶

En general estos niños solo necesitan que seamos conscientes de sus dificultades, de sus limitaciones, que sepamos, ya que el déficit de atención es una entidad propia, con la sintomatología que acabamos de describir y, sobre la que aún, se están publicando continuos estudios, puesto que aún nos queda mucho por descubrir acerca de sus bases biológicas, la influencia del entorno y las posibilidades terapéuticas, pero creo que lo fundamental es que se reconozca el síndrome como tal. ¹⁶

2.7 MEDICIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

El examen de un psicólogo, y de un psiquiatra o un neurólogo es imprescindible, porque las áreas que estos profesionales abarcan son básicas para reeducar un trastorno por déficit de atención.¹⁷

Dado que la atención tiene una serie de manifestaciones tanto fisiológicas, motoras, cognitivas, y que el déficit atencional desfavorece el buen rendimiento del individuo en contextos como la familia, escuela y la comunidad, es que se han desarrollado instrumentos que contribuyen a su detección y medición en el área psicológica y neurológica.¹⁷

2.7.1 MEDICIÓN PSICOLÓGICA

La labor del psicólogo consiste en determinar las áreas que se encuentren en déficit en el individuo a fin de contribuir con su desarrollo.¹⁷

De esta manera, en casos de personas que presenten déficit en la atención, el profesional deberá realizar un examen psicológico completo e indagar sobre los factores ambientales y personales intervinientes con la finalidad de considerar el apoyo de otros profesionales.¹⁷

A la actualidad no contamos con un instrumento exclusivo para medir aisladamente la capacidad de atención, motivo por el cual es indispensable el uso de sub-escalas de pruebas que midan otras funciones y que nos otorguen elementos necesarios y suficientes para determinar la actuación de algún componente atencional en dichos instrumentos.¹⁷

Respecto a la evaluación con pruebas neuropsicológicas, Ardila (1997) afirma que los problemas de atención pueden interferir en el adecuado desempeño del sujeto en estas pruebas, por lo que se debe evitar las sesiones prolongadas superior a 45 minutos, siendo necesario incluir recesos, pues la fatiga incrementa los defectos atencionales en personas que ya la tienen. Así mismo se considera que el grado de atención de un individuo es estudiado desde el momento que comienza la entrevista, durante su desarrollo y a través de un interrogatorio directamente dirigido a este objetivo.¹⁷

La observación conductual de la atención se hace necesaria, y consiste en analizar sus manifestaciones conductuales, aunque la observación de conductas de falta de atención puede ser insuficiente, esta se apoya en técnicas complementarias como la entrevista y la aplicación de escalas y cuestionarios para ser contestados por el mismo individuo o por otras personas allegadas a el, siendo en este caso una estrategia de evaluación indirecta. Aunque gran parte de las escalas no cuentan con parámetros de evaluación objetiva de la atención, pues se dirigen también a la cuantificación de otras conductas como la hiperactividad, impulsividad, agresividad, etc.¹⁷

Entre los instrumentos que pueden ser utilizados para medir el déficit de atención tenemos los más utilizados:

- **Escala de valoración para padres.**- La Escala de valoración para padres de Connors ha sido la más utilizada y estudiada, fue creada el año de 1969 por C. Keith Connors, y consta de 48 reactivos en su versión reducida, evalúa cinco factores: problemas de atención-aprendizaje, problemas de agresividad-conducta, problemas de impulsividad-hiperactividad, dificultades psicósomáticas y alteraciones por ansiedad.¹⁷

- **Escala de valoración para el maestro.**- La escala de valoración para el maestro de Connors, fue elaborada el año de 1969 por C. Keith Connors y consta de 39 reactivos, al igual que la anterior ha sido una de las más utilizadas. Los objetivos principales de esta escala son identificar los principales indicadores de problemas de conducta como hiperactividad y los problemas de atención, el instrumento es aplicable para evaluar a sujetos desde los 3 hasta los 17 años y lo resuelve el maestro del niño, puede ser utilizado como un dispositivo inicial de detección del déficit atencional en el colegio.¹⁸

Al respecto, Silva (1997) estandarizó las escalas de Connors para padres y maestros en una muestra de 1283 estudiantes de primaria de 88 colegios de Lima .¹⁷

- **Escala de Desordenes de Déficit de Atención (EDDA).**- Esta escala fue construida por Anicama en 1997 con la finalidad de evaluar las áreas de hiperactividad, falta de atención, impulsividad e interacción, está compuesta de 30 preguntas. Esta escala es aplicable a niños de seis a once años de edad o que se encuentren cursando la educación primaria.¹⁷

2.7.2 MEDICIÓN NEUROLÓGICA

La evaluación neurológica es útil en la medida que permite al profesional detectar anomalías funcionales y/o estructurales del cerebro, los cuales devendrán en un tratamiento de dicha especialidad. El déficit de atención en Neurología es considerado como un trastorno de la función cerebral denominado el trastorno por déficit de atención, propiamente dicho. Sin embargo para el déficit atencional considerada como un trastorno, los exámenes auxiliares de neurología tienen un valor limitado, dado que el defecto principal de este síndrome es bioquímico, imposible de ser observado en exámenes de neuroimagen, a pesar que exista una anomalía estructural grosera, esta no será necesariamente su causa, lo que no suponen inevitablemente que el niño haya sufrido alguna alteración cerebral.¹⁸

Las manifestaciones de la atención han sido estudiadas en situaciones en la que aparecen estímulos interesantes y novedosos a los cuales el sujeto ha de prestar atención, o en situaciones en la que se exige un gran nivel de concentración y esfuerzo mental.¹⁸

En la investigación neurológica las distintas manifestaciones de la atención se miden gracias a las siguientes técnicas e instrumentos:

- **La electroencefalografía.**- Es el registro de la actividad eléctrica de las regiones corticales, dicho potencial se manifiesta a través del electroencefalógrafo en el que la actividad eléctrica aparece como una línea en la que se aprecia un conjunto variado de frecuencias. La electroencefalografía proporciona en ocasiones datos irrefutables de trastorno estructural del cerebro.

Campos (1997) consideró que el electroencefalograma solo corrobora la impresión diagnóstica en casos de crisis convulsivas, no sirve para ver la etiología, ni para diagnosticar un trastorno de déficit de atención, así mismo refiere que una persona con o sin síndrome de déficit de atención puede tener un encefalograma anormal, pues pertenece al 2% de la población que tiene anomalías eléctricas inespecíficas.¹⁸

- **Registro de potenciales evocados.**- Esta técnica consiste en la presentación de un estímulo visual o auditivo, el cual produce una respuesta eléctrica en la correspondiente región de la corteza cerebral. El estímulo se presenta varias veces y una serie de electrodos registran la actividad que sigue el estímulo, el potencial evocado se manifiesta en el aparato de registro como una onda sinusoidal.¹⁸

- **Registro de la actividad electrodérmica.**- Es el registro de la actividad eléctrica de la piel, se lleva a cabo ubicando dos electrodos en áreas activas de la piel que permiten el registro a través de un polígrafo.¹⁸
- **Electromiografía.**- Consiste en el registro de la actividad eléctrica de los músculos, se lleva a cabo ubicando unos electrodos sobre un músculo superficial o intramuscular, se registra el número de despolarizaciones que tiene lugar cuando el músculo es activado. La electromiografía se manifiesta a través de un aparato como un conjunto irregular de ondas.¹⁸
- **Electrocardiografía.**- Es la medida de la frecuencia cardiaca a través de un aparato llamado electrocardiógrafo, utilizando electrodos de superficie que permiten registrar las señales emitidas por el organismo y obtener por lo tanto la tasa cardiaca.¹⁸
- **Técnicas de neuroimagen.**- Es el registro de imágenes cerebrales a través de la computadora. Una de las técnicas más utilizadas ha sido la tomografía por emisión de positrones (TEP), que consiste en la inyección intravenosa de una sustancia radioactiva de corta duración durante el tiempo que el sujeto este realizando una determinada tarea. El resultado es un mapa cerebral donde las distintas regiones del cerebro aparecen con diferentes colores en función al nivel de activación alcanzado durante la ejecución de la tarea.¹⁸

- **Pupilometría.-** Es el estudio de los cambios en el tamaño de la pupila, y la técnica utilizada para el registro de los movimientos oculares se denomina pupilografía.¹⁸

Entre otros estudios de imagen están la tomografía axial computarizada cerebral y la resonancia magnética cerebral, exámenes que permiten visualizar gran parte de las estructuras del cerebro humano.¹⁸

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 25 años, la prevención se ha vuelto un asunto importante, sobre todo en la odontopediatría, y los clínicos que se orientan a la prevención son un “producto” cada vez más deseable en el plan de estudios de las escuelas de odontología. Este énfasis de la prevención cuando se combina con pacientes con alguna discapacidad o algún trastorno como lo es el déficit de atención se puede complicar por muchos factores por ejemplo; los costos de la atención odontológica son elevados en comparación con la población en general, porque pueden implicar técnicas más sofisticadas como son: técnicas psicológicas, sedación por vía oral, inhalatoria y en ocasiones anestesia general.

Desafortunadamente en la mayoría de las facultades o escuelas de odontología no se forman recursos humanos que se aboquen a este sector de la población, tomando en cuenta de que el tratamiento bucodental de un niño con déficit de atención es un reto que no todos los odontólogos son capaces de aceptar.

La prevención es sin duda alguna la mejor atención dental que se le puede proporcionar a los niños que presentan trastorno por déficit de atención (TDA), ya que generalmente por su distracción y su indiferencia presentan mayores problemas de salud bucodental que el resto de los individuos.

Por este motivo se considera que es necesario contar con un programa de salud bucodental para dicha comunidad y conseguir mejorar y mantener su salud bucodental.

4 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país el interés por las personas con problemas de conducta como son los niños con trastorno por déficit de atención ha ido en aumento, pero a pesar de esta apertura, la desinformación y la falta de educación no permite un verdadero acercamiento y preocupación a dichas personas.

El cirujano dentista que proporciona atención pública o privada no conoce el manejo de los pacientes que presentan trastorno por déficit atención, ya que no existe algún programa dirigido hacia estos.

Por lo anterior y previniendo futuros padecimientos dentales es necesario el diseño de un programa de salud bucodental para dicha población, buscando con esto despertar un interés en la comunidad odontológica y en las instituciones de salud para así mejorar su calidad de vida y salud integral.

OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de un programa de educación bucodental dirigido a niños con trastorno por déficit de atención.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar un tríptico informativo para los padres y maestros sobre el trastorno por déficit de atención.

6 PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Diseño de un programa de educación bucodental dirigido a niños con trastorno por déficit de atención.

6.1 JUSTIFICACIÓN

Los padres de familia muestran poco interés en la salud bucodental de sus hijos, ya que para ellos es más importante el trastorno por déficit de atención que estos presentan ya que tienen que llevarlos continuamente a consultas psicofarmacológicas para superar este problema sin contar las continuas llamadas de atención de parte de la escuela donde estudia debido a quejas de los profesores o alumnos, a todo esto se suma la falta de información y de interés que existe entre algunos odontólogos para el manejo de éstos pacientes, por lo que se propone orientar y enseñar técnicas específicas para un mejor cuidado bucodental.

6.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este programa es motivar a los niños que presentan trastorno por déficit de atención y a sus padres sobre la importancia de la salud bucal, proporcionándoles estrategias diseñadas especialmente para ellos enfocándonos principalmente en la prevención.

6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la importancia que le dan los padres de familia al cuidado dental de sus hijos.
- Mejorar y mantener la salud bucodental en niños con trastorno por déficit de atención.
- Determinar la prevalencia de caries a través del CPO-D (cariado, perdido y obturado, por diente) en niños con trastorno por déficit de atención de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Determinar la prevalencia de caries a través del ceo (cariado, extraído y obturado) en niños con trastorno por déficit de atención de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Determinar la higiene bucodental a través del índice de Higiene Oral simplificado (HIOS) en niños con trastorno por déficit de atención de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Determinar la efectividad del programa de educación bucodental a través de la prevalencia e incidencia de la caries e higiene dental comparando antes de la intervención y después de la intervención.

6.4 CONTENIDO TEMÁTICO

- Higiene bucal: definición.
- Placa dental: etiología, tratamiento y medidas de prevención.
- Cálculo: etiología, tratamiento y medidas de prevención.
- Caries dental: etiología, tratamiento y medidas de prevención.
- Enfermedad periodontal: etiología, tratamiento y medidas de prevención.
- Nutrición.

6.5 METAS

- Mejorar en un 50% la higiene bucal de los niños que presentan trastorno por déficit de atención.
- Disminuir la incidencia de caries en un 80%.
- Motivar a los niños que presentan trastorno por déficit de atención a que se interesen por tener un mejor cuidado bucodental.
- Motivar a los padres de familia para que acudan ellos mismos y sus hijos al odontólogo.
- Mejorar dieta y proporcionar información sobre alimentos cariogénicos.

6.6 ESTRATEGIAS

- Aplicar cuestionarios a niños con trastorno por déficit de atención y a padres de familia para realizar un sondeo de sus conocimientos e interés respecto a su salud bucodental.
- Revisión bucodental a los niños con trastorno por déficit de atención para conocer su estado de salud.
- Realización de pláticas educativas e informativas sobre caries dental, enfermedad periodontal, hábitos de higiene, apoyados en carteles, rotafolios y videos.
- Enseñar a los padres y a los niños los procedimientos preventivos, como técnica de cepillado, aplicación de flúor y enjuagues bucales.
- Informar el tipo de alimentación más adecuado de acuerdo a su edad, a través de rotafolios en los adultos y en los niños juegos didácticos, carteles llamativos y charlas cortas para que no se pierda su atención.

6.6.1 ESTRATEGIAS DESTINADAS A MANTENER LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Los pacientes que presentan trastorno por déficit de atención prestarán atención a las instrucciones que le da su dentista cuando comprendan que le será útil para adaptarse a su ambiente, por lo que recomienda que actividades tales como técnica de cepillado o colaborar en su tratamiento se relacionen con los intereses naturales de los niños (por ejemplo, utilizar la técnica de decir, mostrar y hacer) para lograr el mismo efecto, el dentista puede establecer dinámicas o juegos que dependan del mantenimiento de la atención como el juego de simón, seguir la pista de un objeto oculto, o determinar si dos imágenes son idénticas o diferentes.

Mencionaremos algunas estrategias para mantener la atención y que podrán ayudar en la consulta odontológica:

- Variar los estímulos, pues un ambiente monótono disminuye el nivel de vigilancia, si hay cambios de estímulos o situaciones es más fácil mantener la atención.
- Crear conciencia de satisfacción hacia el rendimiento obtenido y conseguir que el paciente tenga satisfacción por atender.
- Mostrar un cierto grado de afectividad en el momento de transmitir la información.

- Acortar el tiempo de explicación oral.
- Realizar con frecuencia preguntas concretas para incrementar la participación ordenada de los pacientes.
- Proporcionar recompensas a las intervenciones positivas.
- Es útil interrumpir la transmisión de conocimientos para que los pacientes lo completen o terminen, pues cuando el paciente es más participativo, crece su nivel de atención.
- Hablar y repetir las instrucciones en voz alta.

6.7 LÍMITES DEL PROGRAMA

6.7.1 DE ESPACIO GEOGRÁFICO

“Clínica de la Conducta”

Turno matutino y vespertino Mixto

Ubicada en Presidente Mazarik # 526

Polanco Reforma

Delegación Miguel Hidalgo

6.7.2 DE TIEMPO

El programa se realizará durante 6 meses.

6.7.3 UNIVERSO DE TRABAJO

Niños con Trastorno por Déficit de Atención de 5 a 10 años de ambos sexos y que están inscritos en la Clínica de la Conducta en la Ciudad de México.

6.8 ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

- Se aplicará un cuestionario (diagnóstico) a los padres y a los niños, con la finalidad de obtener información sobre los conocimientos e interés que tienen en relación al cuidado de su salud bucal.
- Se levantarán los índices epidemiológicos CPOD, ceo, e IHOS, con el objetivo de obtener el diagnóstico de salud bucodental.
- Se llevarán pláticas cortas de no más de 10 minutos y juegos didácticos con la población objetivo, apoyada en material audiovisual muy llamativo, con la finalidad de informar sobre la caries dental, problemas periodontales y su prevención.

- Se mostrarán las técnicas de cepillado e hilo dental en diversas ocasiones, con material didáctico como tipodontos y cepillos gigantes, botargas, etc.
- Se aplicará un cuestionario de evaluación, para conocer el avance que dicha población ha tenido en relación a los conocimientos adquiridos, así como evaluar las técnicas de cepillado por medio de las pastillas reveladoras y del índice IHOS.
- Se llevarán a cabo profilaxis, aplicaciones tópicas con fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.

6.8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DURACIÓN	ACTIVIDAD
2 semanas	Tramitar autorización del programa de salud ante las autoridades competentes.
2 semanas	Tramitar autorización de los padres de familia para llevar a cabo el programa a sus hijos.
2 semanas	Presentación con los niños y padres.
2 semanas	Realización de la encuesta diagnóstica.
2 semanas	Levantamiento de los índices CPOD, ceo e IHOS.
2 semanas	Evaluación de los índices.
2 semanas	Inicio del programa.
2 semanas	Pláticas educativas a la comunidad de padres de familia sobre una buena salud bucodental, utilizando rota folios esquemas y diapositivas.

2 semanas	Pláticas educativas a niños con trastorno por déficit de atención utilizando dinámicas, juegos, rota folios llamativos, tipodontos y cepillos gigantes
2 semanas	Evaluación de higiene bucal y conocimientos.
2 semanas	Aplicación tópica con fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.
2 semanas	Evaluación final del programa de educación para la salud bucal.

7 ORGANIZACIÓN

7.1 RECURSOS MATERIALES

- Material didáctico (rotafolios, muñecos, carteles, diapositivas, tipodontos, macromodelos, cepillo dental gigante)
- Espejos dentales y exploradores
- Cajas de guantes y cubrebocas
- Lentes de protección
- Abatelenguas
- Algodón
- Paquetes de toallas de papel
- Cuestionarios
- Lápices
- Cepillos dentales
- Pastas dentales
- Computadora

- Fluoruro en gel
- Selladores de fasetas y fisuras
- Lámpara para fotopolimerizar
- Pasta profiláctica
- Pieza de baja y contrángulo
- Cepillos profilácticos
- Hilo dental
- Colores
- Crayolas
- Cartulinas
- Papel bond
- Videos
- Material didáctico

7.2 RECURSOS HUMANOS

- Niños con Trastorno por Déficit de Atención.
- Padres de familia y/o tutores de niños con Trastorno por Déficit de Atención.
- Cirujano dentista.
- Un pasante de cirujano dentista.
- Personal que labora en la “Clínica de la Conducta”.

7.3 RECURSOS FINANCIEROS

Se buscará algún patrocinio para desarrollar este programa.

7.4 EVALUACIÓN

Se realizará la evaluación desde el inicio del programa, haciendo cortes de evaluación cada cuatro semanas hasta la evaluación final.

8 CONCLUSIONES

De esta manera podemos concluir que el diseño de un programa de educación bucodental dirigido a niños que presentan trastorno por déficit de atención sería de gran beneficio para ellos, ya que mejoraría su salud bucodental y por otra parte ayudaría al cirujano dentista, ya que hoy en día no existen programas de educación bucodental para dicho grupo y podrán tener mayor información y conocimientos de cómo atenderlos en el consultorio dental y comprenderlos mejor.

La implementación del programa nos dará a conocer los problemas bucodentales a los que se encuentran expuestos dicho grupo.

Al mismo tiempo mejorar las condiciones de higiene y crear conciencia de los daños y riesgos que puede provocar el no atender su salud bucodental.

Sería muy importante que Instituciones y escuelas como nuestra facultad que brindan servicio odontológico establecieran programas dirigidos a esta población y existiera mayor apertura por parte de los centros especializados en estos niños para brindarles una mejor calidad de vida.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Van-Wielink G. Déficit de Atención. 2ª.ed. México: Editorial Trillas, 2004. Pp. 19-40.
2. Gratch L.O. El trastorno por Déficit de Atención. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2000. Pp. 15-20 124-156.
3. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial Vol.III H-O. Editorial Santillana 2003.
4. Pinkham J. R. Odontología Pediátrica. 2ª. ed. México: Editorial Mc Graw- Hill, 2000. Pp 3-11.
5. Ruíz M. Trastorno por Déficit de Atención diagnóstico y tratamiento. 2ª .ed. México: Editorial de textos mexicanos, 2004. Pp 7-19 125-134.
6. Brown T.E. Trastornos por Déficit de Atención en niños, adolescentes y adultos. 2ª .ed. México: Editorial Masson depósito legal, 2003. Pp 24-53.
7. Halloweell E. M. TDA: Como superar el Déficit de Atención. 2ª .ed. Barcelona México: Editorial Paidós depósito legal, 2001. Pp 23-58 97-137.
8. Benavides G. El niño con Déficit de Atención. 2ª .ed. México: Editorial Trillas, 2001. Pp 14-45.

9. Mendoza E. M. T. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención?. 2ª .ed. México: Editorial Alfa Omega, 2002. Pp 17-32.
10. Miranda C.A. Trastorno por déficit de atención 2ª ed. Archidona Málaga: Editorial Aljibe, 2001. Pp 45-56.
11. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental: métodos básicos 4ª ed. 1997.
12. http://www.rehab-international.org/publications/10_24S.htm 15/01/06
15:45 pm.
13. <http://www.psicopedagogia.com.cid.uc/tda/v3n1.pdf> 17/01/06 01:35
am.
14. <http://www.adhd.mentalhelp.net/> 05/02/06 19:27
pm.
15. <http://www.nami.org/helpline/adhd-spanish.html> 10/02/06 14:45
pm.
16. <http://www.paidos.rediris.es/needirectorio/hiper.htm> 23/02/06 17:15
pm.
17. <http://www.deficitdeatencion.org/diagnostico.htm> 21/03/06 12:23
pm.
18. <http://www.psicopedagogia/deficit-de-atencion.publications> 21/03/06
13:15 pm.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**DR. UBALDO DE LA CRUZ VELÁZQUEZ
SERVICIOS ESCOLARES DE LA SEP
PRESENTE**


Por medio de la presente me permito solicitar a usted que la pasante Ana Cristina Mendoza Alvarado lleve a cabo un programa de Educación para la Salud en la clínica de la conducta, de la Secretaría de Educación Pública.

Esta petición esta basada en el interés que tiene la Facultad de llevar a cabo promoción de la salud bucal, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población. Los beneficiarios de dicho programa, serán los propios asistentes de la clínica.

Las estrategias seleccionadas para el programa estarán de acuerdo a la población a la que esta dirigida, tomando en cuenta la edad, escolaridad y nivel socioeconómico entre otros aspectos.

Sin otro particular, y en espera de contar con su apoyo para implementar el programa de salud, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 24 de enero de 2006


C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora



**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

**DR. UBALDO DE LA CRUZ VELÁZQUEZ
SERVICIOS ESCOLARES DE LA SEP
PRESENTE**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted que la pasante Ana Cristina Mendoza Alvarado lleve a cabo un programa de Educación para la Salud en la clínica de la conducta, de la Secretaría de Educación Pública.

Esta petición esta basada en el interés que tiene la Facultad de llevar a cabo promoción de la salud bucal, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población. Los beneficiarios de dicho programa, serán los propios asistentes de la clínica.

Las estrategias seleccionadas para el programa estarán de acuerdo a la población a la que esta dirigida, tomando en cuenta la edad, escolaridad y nivel socioeconómico entre otros aspectos.

Sin otro particular, y en espera de contar con su apoyo para implementar el programa de salud, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D.F., a 24 de enero de 2006

C.D. María Elena Nieto Cruz
Coordinadora

677





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE

MÉXICO
A QUIEN CORRESPONDA:

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD BUCAL**

Por medio de la presente informo a usted las actividades a realizar por la pasante Ana Cristina Mendoza Alvarado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con motivo de realizar un programa de educación bucodental a niños con déficit de atención:

1.- Aplicar cuestionarios de aspecto sociodemográfico:

- niños
- padres de familia

2.-Revisión bucodental a los niños.

3.-De acuerdo a la revisión bucodental, calcular índice de CPOD (caries, placa, obturaciones y dientes) y ceo (caries, dientes extraídos y obturaciones)

4.- De acuerdo a los datos obtenidos diseñar un programa de educación bucodental a niños con Déficit de Atención.

5.-Realizar pláticas didácticas a los niños con diferentes métodos como transparencias, juegos, rotafolios, etc con los siguientes temas:

- Técnica de cepillado
- Alimentación
- Hábitos

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN BUCODENTAL A NIÑOS CON DÉFICIT DE
ATENCIÓN DE LA CLÍNICA DE LA CONDUCTA**

CUESTIONARIO PARA NIÑOS DE LA CLÍNICA DE LA CONDUCTA

Nombre _____
Edad _____ Sexo F M
Grado escolar _____ Fecha _____

Contesta todas las preguntas del siguiente cuestionario:

- 1.-¿Has visitado alguna vez al dentista?
a) sí b) no
- 2.-¿Cuántas veces te lavas los dientes al día?
a) 3 veces b) 2 veces c) 1 vez d) ninguna
- 3.-¿Cuidas tus dientes?
a) mucho b) poco c) nada
- 4.-¿Crees que es importante cuidar tus dientes?
a) sí b) no
- 5.-¿Sabes como cepillarte tus dientes?
a) sí b) no c) más o menos
- 6.-¿Quién te enseñó?
a) mamá b) papá c) dentista d) en la escuela
- 7.-¿Sabes que pasa si no te lavas los dientes ?
a) nada b) no sé c) me sale caries
- 8.-¿Te gusta cepillarte los dientes?
a) mucho b) poco c) nada
- 9.-¿Comes muchos dulces?
a) sí b) pocos c) no me gustan
- 10.-¿ Te lavas los dientes después de comer y antes de dormirte?
a) sí b) no c) a veces

IHOS

DIENTE	16v	11L	26v	36L	31v	46L	TOTAL	PROMEDIO
Placa								() () ()
Calculo								() () ()

Índice periodístico comunitario

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

CPOD

			45	44	43	42	41	51	52	53	54	55							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
			75	74	73	72	71	61	62	63	64	65							

IHOS

DIENTE	16v	11L	26v	36L	31v	46L	TOTAL	PROMEDIO
Placa								() () ()
Calculo								() () ()

Índice periodístico comunitario

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

CPOD

			45	44	43	42	41	51	52	53	54	55							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
			75	74	73	72	71	61	62	63	64	65							

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN BUCODENTAL A NIÑOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN**

CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

Folio _____

Nombre del niño _____
Nombre de la madre o responsable _____
Edad _____ Fecha _____

Conteste cuidadosamente el siguiente cuestionario:

- 1.-¿A que se dedica?
a) hogar b) empleado c) trabaja por su cuenta
- 2.-Grado máximo de estudios?
a) primaria b) secundaria c) preparatoria d) licenciatura
- 3.-¿Cada cuando lleva a su hijo al dentista?
a) cada 6 meses b) cada 3 meses c) una vez al año d) nunca
- 4.-¿El dentista le explica los cuidados y riesgos a su hijo?
a) le explica todo b) muy poco c) no comenta nada
- 5.-¿Su dentista le comenta la importancia del cuidado de sus dientes?
a) sí b) poco c) nada
- 6.-¿Que lugar de importancia ocupa en su vida el cuidado dental?
a) muy importante b) poco importante c) nada importante
- 7.-¿Su hijo toma algún medicamento como tratamiento del TDA?
a) sí b) no
- 8.-Mencione el nombre de los medicamentos que toma su hijo.
- 9.-¿Usted se cuida sus dientes?
a) mucho b) poco c) nada
- 10.-¿Cree que es importante el cuidado de los dientes de su hijo?
a) mucho b) poco c) nada

Firma del padre o tutor _____