



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

GLORIA JUDITH GODÍNEZ GARCÍA

TUTORA: MTRA. PATRICIA DÍAZ COPPE

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de conocerlo y haber estado a mi lado en cada cosa que he hecho a lo largo de mi vida; por darme el corazón y el alma para ser una mujer con ideales y sueños y sobre todo por ayudarme a entender que la vida no tiene que ser perfecta para ser hermosa; dejándome ver que jamás estaré sola mientras continúe tomada de su mano.

A mi madre Sofía García, por ayudarme y apoyarme en cada dedición que he tomado a lo largo de mi vida, por ver en mí su mayor logro, por cada una de sus platicas y consejos, por mantener a nuestra familia unida, por inculcarme el valor de luchar por lo que amo, por ser el pilar de mi vida, por haber sido la autora principal de mi educación y valores y por demostrarme que no hay nada en este mundo que una madre no sea capaz de hacer por amor a sus hijos.

A mi padre Armando Godínez, por enseñarme a luchar por mis ideales, por inculcar en mí el orgullo y coraje para lograr lo que quiero y por que a pesar de todos y cada uno de sus defectos me ha enseñado que cada cosa que se hace en esta vida tiene un efecto irreversible e indeleble en el alma de las personas que nos aman.

A mi hermana Araceli por haberme cuidado de niña, por esas platicas en las que nos confiábamos nuestros secretos, anhelos y sueños, por que a pesar



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

de nuestra diferencia en caracteres, he aprendido a quererla y aceptarla tal cual es, sin importar que habeces no este de acuerdo en muchas de sus acciones y actitudes.

A mi hermano Jesús Armando, por no solo ser un hermano para mí, sino un amigo y un apoyo en diversos momentos importantes de mi vida, por dejarme ver que la edad no es sinónimo de madures, por cada tarde de risas y de juegos y por no perder nunca esa sencillez y humildad que le ha caracterizado desde siempre.

A todos y cada uno de los amigos que han estado conmigo en las buenas y en las malas; Mina (Rip), Arturo, Jacqueline (Rip), Mitzy, Mary, Rocío, Edén, Alejandra, Carlos y Malena; pero muy en especial a las famosas y aclamadas "Mujeres desesperadas" Evelyn, Luz del Carmen, Sandra y Sandrita; por cada una de nuestras locuras, por todas nuestra tardes de alegrías, por compartir nuestras angustias y frustraciones y por haber tenido la fortuna de haber pasado con ustedes el mejor año escolar de mi vida.

Y por ultimo en orden, pero no en importancia a mi mejor amigo, esa personita que se convirtió en parte fundamental de mi crecimiento espiritual, por estar conmigo en la alegría y en la tristeza, en la angustia y en el miedo, por haber escuchado cada una de mis locuras, ideas, anhelos y sueños por cumplir, por nunca dejarme sola cuando más lo necesitaba, por que a pesar de su pasividad, se convirtió en una gran diferencia en mi vida y por saber el momento exacto en el que eran necesarias unas palabras de aliento, un buen abrazo o en su defecto un buen regaño, además de siempre haber hecho todo lo posible por verme sonreír.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



AGRADECIMIENTOS

A esta maravillosa Facultad por haber sido la formadora de mi vocación y por haber albergado cada uno de mis sueños durante mis estudios profesionales.

A mi tutora, la Dra. Patricia Díaz Coppe; por realmente hacerme sentir su apoyo y asesoría; no solo durante la realización de este trabajo, sino durante el tiempo en el que tuve el privilegio de ser su alumna. Gracias Dra. Paty por ser un ejemplo de trabajo y entrega en todo lo que hace, por no dejarse doblegar por nada ni nadie y por enseñarnos a no ser parte de la sociedad inútil que enferma al mundo.

A cada uno de mis maestros, desde la educación básica hasta la licenciatura; ya que muy a pesar de sus conocimientos y habilidades, me enseñaron que tipo de profesionista quiero y no quiero ser.

A cada uno de los pacientes que atendí durante mis años de estudiante, por haber sido parte fundamental de mi aprendizaje y por haber sido comprensivos en cuanto a la mucha o poca habilidad que tenía para devolverles la salud.

Y por último, a cada uno de esos angelitos que con sus sonrisas, juegos, ocurrencias y bromas, me recordaron que en algún momento de mi vida también fui niña y tal vez nunca he dejado de serlo. Gracias pequeños, ya que sin sus miradas llenas de dulzura y amistad mi vida profesional no hubiera sido la misma.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

“Aspiren a los dones de Dios más excelentes. Voy a mostrarles el camino mejor de todos. Aunque yo hablara las lenguas de los hombres y de los ángeles, si no tengo amor, no soy más que una campana que resuena o unos platillos que aturden. Aunque yo tuviera el don de profecía y penetrara todos los misterios, aunque yo poseyera en grado sublime el don de ciencia y mi fé fuera tan grande como para cambiar de sitio las montañas, si no tengo amor, nada soy. Aunque yo repartiera en limosna todos mis bienes y aunque me dejara quemar vivo, si no tengo amor, de nada me sirve.

*El amor es comprensivo, el amor es servicial y no tiene envidia; el amor no es presumido ni se envanece; no es grosero ni egoísta; no se irrita ni guarda rencor; no se alegra con la injusticia, sino que goza con la verdad. **El amor disculpa sin límites, confía sin límites, espera sin límites, soporta sin límites.***

El amor dura por siempre; en cambio, el don de profecía se acabará; el don de lenguas desaparecerá y el don de ciencia dejará de existir, porque nuestros dones de ciencia y de profecía son imperfectos”.

Primera carta del Apóstol San Pablo a los Corintios.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. GENERALIDADES

1.1. Antecedentes	4
1.2. Características generales	7
1.3. Etiología	10
1.4. Clasificación	11
1.5. Comorbilidad	
1.5.1. Comorbilidad con trastornos de ansiedad	14
1.5.2. Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo	15
1.5.3. Comorbilidad con trastornos de conducta	16
1.5.4. Comorbilidad con tics o Síndrome de Tourette	17
1.5.5. Comorbilidad con trastornos de aprendizaje	18
1.5.6. Comorbilidad con autismo	19
1.5.7. Comorbilidad con trastornos de comunicación	19

2. CONSECUENCIAS DEL TDAH

2.1 En el niño y adolescente	20
2.2 Reacciones de los padres ante el TDAH	22
2.3 Actitudes recomendadas para el TDAH	
2.3.1. Padres	24
2.3.2. Adolescentes con TDAH	25



3. DESARROLLO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON TDAH

3.1. Características generales del niño y adolescente	27
3.2. Historia evolutiva del niño y adolescente con TDAH	
3.2.1. Infancia (0-3 años)	31
3.2.2. Edad pre-escolar (3-5 años)	32
3.2.3. Edad escolar (6-12 años)	32
3.2.4. Adolescencia (12-18 años)	34

4. TÉCNICAS DE MANEJO Y CONTROL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TDAH

4.1. Objetivos	36
4.2. Consideraciones generales	37
4.3. Clasificación	37

5. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TDAH EN LA CONSULTA DENTAL

5.1. Técnicas cognitivo-conductuales en el consultorio	
5.1.1. Técnicas conductuales	44
5.1.2. Técnicas cognitivas	47
5.2. Papel de los padres	49

CONCLUSIONES	51
---------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo principal mostrar diversas estrategias que el Cirujano Dentista puede emplear para manejar adecuadamente la conducta de un paciente pediátrico con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) dentro de la consulta odontológica.

El tratamiento odontológico en niños se realiza, desde hace más de 25 años en nuestro país, con un enfoque donde el paciente infantil ya no es tratado como el adulto chiquito. Las razones no dentales de las dificultades en un tratamiento se deben con frecuencia a los trastornos de conducta.

Los pacientes con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) están aumentando, parte es debido a los factores ambientales como la pobreza, psicopatología de los padres, así como el excesivo consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo; ya que se sabe que tienen una base genética.

Este padecimiento es crónico y conlleva a la inatención, hiperactividad e impulsividad; afectando el funcionamiento social y académico de quien lo presenta.

Tiene una elevada comorbilidad con otras psicopatologías y su diagnóstico tiene que establecerse de forma clínica, su abordaje terapéutico debe ser por medio de fármacos y ayuda del psicoterapeuta.

El TDAH surge como un problema de salud pública en el siglo XX, afecta de 4 a 12% de los escolares, se calcula que en México existen 1.500.000 pacientes.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Niños mentalmente normales, no pueden fijar su atención ni para oír, ni comprender, ni responder, no dominan sus reacciones por lo tanto la desproporción de sus actos. Los padres les llaman nerviosos y las personas a su alrededor indisciplinados

El desarrollo del tema se ha dividido en cinco secciones, la primera corresponde a las generalidades en donde se exponen antecedentes históricos, definición, origen, clasificación, la comorbilidad; es decir: con que otras patologías puede acompañarse este trastorno de conducta.

La segunda parte hace mención de las características de los niños y adolescentes con TDAH, al impacto que pueda tener esta enfermedad en el estado de ánimo y autoestima del paciente; además de las repercusiones que este trastorno puede acarrear a su ambiente familiar y escolar.

En la tercera parte, se expondrá el desarrollo conductual normal de un paciente sano así como el de uno con TDAH, para detectar las diferencias entre ambos.

En la cuarta parte se abordaran las diversas técnicas de manejo y control de la conducta que se pueden emplear en pacientes con TDAH en la consulta dental, para así finalmente abarcar las diversas estrategias que se pueden emplear en niños y adolescentes con TDAH; para que su estancia en el consultorio dental no represente todo un desafío.

Cada tema se ha desarrollado de tal manera que el Odontólogo logre comprender la mejor manera de abordar a este tipo de pacientes y a su vez proporcionarle los fundamentos necesarios para que elabore sus propias técnicas conductuales.



1. GENERALIDADES

1.1 Antecedentes

Pocos trastornos de la conducta han generado tanto interés y controversia en cuanto a su presunta etiología y elementos constitutivos, por lo que a lo largo de los años se han propuesto hipótesis variadas para su explicación.

En 1854, el Dr. Hoffman describió por primera vez un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento al que llamo “enfermedad de Hoffman”¹

George Still y Alfred Tredgold en 1902, describieron lo que ellos conceptualizaron como “defectos en el control moral”. Aseguraban que había mayor incidencia en niños que en niñas; la sintomatología consistía en: trastornos del aprendizaje, hiperactividad, trastornos generales de la conducta y dificultades para mantener la atención.

Still y Tredgold asociaron estos síntomas a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneales²

En Estados Unidos (1917-1918) después de la primera guerra mundial, una epidemia de encefalitis permitió a Ebaugh observar una sintomatología

¹ Ana Miranda Casas. Trastorno por déficit de Atención. Málaga, aljibe, 2001. Pág. 11

² Gratch, Luis Oscar. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, adolescencia y la adultez. Argentina, Editorial Medica Panamericana, 2003. Pág. 13



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



muy similar a la descrita por Still, en sujetos que habían padecido esta enfermedad.

Bradley en 1937 utilizó por primera vez la bencedrina como tranquilizante en pacientes con TDAH³

Strauss y Lehtien en 1947 introdujeron el término de “daño cerebral”. Sin embargo muchos de los niños estudiados no presentaban alteraciones cerebrales demostrables. Los autores interpretaron que el examen neurológico no era sensible para detectarlos⁴

En la década de los 50' se estudiaron los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad. Laufer y Denhoff consideraron que un pobre filtro a nivel talámico era la causa del, por entonces ya llamado, Síndrome Hiperquínético.

En los años 60' el término “daño cerebral mínimo” fue lentamente abandonado, se consideró incorrecto inferir la presencia de daño cerebral en niños que sólo presentaban problemas conductuales.

Chess estableció el nivel de actividad como característica definitoria del síndrome; viéndose reflejado esto en la segunda edición del *Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales* (DSM II), publicadas por la Asociación Psiquiátrica Americana, con el nombre de Reacción Hiperquínética de la infancia.

³ Ib. Pág. 13

⁴ Joselevich, Estrella. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos. 1ra ed.; 3ra reimp. Buenos Aires, Paidós SAICF, 2005. Pág. 21



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



La visión americana comenzó a diferir de la europea. Los americanos consideraban a la hiperactividad como un desorden frecuente en la conducta infantil, no asociada a daño cerebral, que se debía a un grado extremo de la variabilidad normal del temperamento, por lo tanto de influencia genética⁵

A partir de 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección en el tratamiento del TDAH. Virginia Douglas en 1972, señaló que las características esenciales de este síndrome eran la dificultad del control de impulsos y la falta de atención por períodos largos.⁶

La Asociación Psiquiátrica Americana en 1980, adoptó el término “Déficit de atención, con y sin hiperactividad” (DSM III).

Lahey y Carlson encontraron que los niños con problemas de atención sin hiperactividad se caracterizaban por ser soñadores, letárgicos y con peor rendimiento escolar, menos agresivos y con menos problemas sociales que los hiperactivos.⁷

En la clasificación de 1987 (DSM III-R) fue incluida la categoría de Déficit de Atención no diferenciado, como categoría separada del Déficit de Atención/Hiperactividad.

Investigaciones realizadas por Barkley y Loney permitieron discriminar empíricamente entre la hiperactividad y los trastornos de conducta-agresión, estableciendo un pronóstico negativo en la adolescencia para aquellos casos de hiperactividad asociados a problemas de conducta.

⁵ Ib. Pág. 22

⁶ Gratch. Op cit., pág. 12

⁷ Joselevich. Op cit., pág. 22



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



El criterio diagnóstico adoptado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1994 (DSM IV) estableció el diagnóstico en base a dos dimensiones de la conducta: Hiperactividad- impulsividad y falta de atención, puesto que la mayoría de los estudios no discriminaron a la impulsividad como dimensión separada de la hiperactividad.

Se reconoce por lo tanto, un TDAH predominantemente desatento, TDAH hiperactivo-impulsivo y TDAH mixto.⁸

1.2 Características generales

El TDAH es muy común entre la comunidad pediátrica; su clasificación en cuanto a la incidencia varía según diversos estudios; desde un 3% a 5% (Barkley, 1981); a un 5% a 20%, para todos los niños (Serfontein, 1998).

Las características principales de este trastorno son las siguientes:

* Dificultades para mantener la atención durante un periodo razonable de tiempo (Inatención). Estos pacientes tienen dificultades para enfocar y mantener la atención lo suficiente para realizar cualquier tarea.

Se distrae fácilmente lo que ocasiona problemas en la escuela. Comete errores por descuido.

Su nivel de concentración es bajo y tienden a distraerse fácilmente a través de diversos estímulos como lo es el ruido.

⁸ Ib. pág. 23



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

Diversas investigaciones indican que las manifestaciones de inatención se mantienen constantes y persisten por mucho tiempo (Hart, Lahey, Loeber y Applegate, 1995).⁹

- * Dificultades para leer.
- * Se aburre con facilidad.
- * Dan la apariencia de no escuchar cuando se le habla directamente.
- * Presentan atención dividida (no pueden realizar dos acciones diferentes al mismo tiempo), atención focalizada (no se dan cuenta de lo que ocurre a su alrededor), atención selectiva (no presta atención a detalles) y atención sostenida (no pueden mantener la misma actividad por mucho tiempo).
- * Pierde las cosas necesarias para tareas o actividades (juguetes, lápices, libros o herramientas).¹⁰
- * Por lo general tienen un nivel de actividad mayor en comparación con niños de su edad. Son inquietos y tienen problemas permanecer sentados.
- * Son impulsivos. Actúan sin pensar las consecuencias de sus acciones. También son desorganizados.

⁹ La resolución de problemas aritmético- verbales con alumnos con TDAH.

<http://www.tesisexarxa.net>

¹⁰ <http://www.familydoctor.org>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



* La memoria a corto plazo es escasa. Todo aprendizaje adquirido debe ser reforzado durante un periodo de tiempo con la finalidad de que se repita constantemente y sea almacenado en la memoria a largo plazo.

También tienen dificultades para retener información auditiva o verbal que la visual. Muchas veces se les dan instrucciones, pero no pueden retenerlas el tiempo suficiente para realizarlas.

* Presentan retraso en el desarrollo de la estructura de las oraciones y en la expresión verbal.

* No son capaces de planear con anterioridad efectivamente.

* Son olvidadizos.¹¹

* Dice las respuestas bruscamente antes de que se hayan completado las preguntas.

* Tiene dificultad para esperar el turno.

* Algunos síntomas hiperactivos-impulsivos o de inatención que causaron el deterioro estaban presentes antes de la edad 7 años.

* Sufren daño crónico en la autoestima.¹²

¹¹ <http://www.tdahytda.org>

¹² Gratch. Op cit., pp. 2-3



1.3 Etiología

De origen multifactorial; se produce durante el embarazo o entorno al nacimiento (perinatales). Entre las causas más importantes de esta enfermedad están:

- * Genéticas. Diversas investigaciones muestran que el TDAH es más común en niños que tienen parientes cercanos con este trastorno.

- * Neurológicas: Los niños que tienen TDAH no fabrican suficientes sustancias químicas en áreas claves del cerebro que son responsables de organizar el pensamiento.

Sin tener una adecuada cantidad de esas sustancias químicas, los centros del cerebro que se encargan de la organización no pueden trabajar correctamente.

- * Bajo peso al nacer.

- * Adversidad psicosocial.

- * Malos hábitos de la madre durante el embarazo (Alcoholismo y Tabaquismo).¹³

1.4 .

¹³ Sautullo, Cesar. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Medica panamericana, Buenos Aires, 2005. Pág. 31



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Consiste en una asociación sindrónica, se manifiesta desde la infancia caracterizado por tres síntomas: Escasa capacidad de atención, hiperactividad estéril e impulsividad. Estos síntomas deben observarse por lo menos en dos ambientes distintos.¹⁴

En la cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM IV), se clasifica como:

1. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente distraído o inatento.

Estos pacientes a menudo:

- * No ponen atención a los detalles.
- * No pueden mantenerse enfocados en juegos o trabajos.
- * No siguen instrucciones.
- * Parecen no poder organizar sus tareas y actividades.
- * Se distraen fácilmente.
- * Pierden cosas tales como juguetes, trabajos escolares y libros.
- * Tienen dificultades para seguir instrucciones.
- * Dan la impresión de no prestar atención cuando se le habla.
- * Son desorganizados.
- * Tienen dificultades para realizar cosas que requieren planeación.

¹⁴ Aparicio, J M. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El niño hiperactivo. Revista Española de pediatría 2006; 58(346). Pág. 228



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



* Olvidan las cosas.

2. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad de tipo predominantemente hiperactivo o impulsivo.

El paciente hiperactivo siempre está en movimiento (con la edad, este nivel de actividad puede disminuir) y actúan antes de pensar (impulsividad). La hiperactividad e impulsividad tienden a manifestarse juntas. Los niños con el tipo hiperactivo-impulsivo a menudo pueden:

- * Estar inquietos y torcerse.
- * Correr constantemente o subirse por todos lados.
- * Tener dificultad en jugar tranquilamente (no puede jugar en silencio).
- * Hablar demasiado.
- * Decir abruptamente las respuestas antes de que se completen las preguntas.
- * Tener dificultad en esperar su turno.
- * Interrumpir a los demás cuando están hablando.
- * Interrumpir los juegos de los demás.
- * No quedarse sentados por periodos largos.
- * Siempre estar en movimiento.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



3. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad de tipo combinado.

Presenta los síntomas de ambos tipos descritos anteriormente.

Seis o más de las características mencionadas deben estar presentes en dos o más lugares (escuela, trabajo, casa, etc.) para poder considerar la presencia del TDAH tipo hiperactivo, inatento o mixto.¹⁵

Estas conductas pueden causar que el niño tenga verdaderos problemas en el hogar, escuela, y con los amigos. Como resultado se sienten ansiosos, inseguros, y deprimidos.¹⁶

1.5 Comorbilidad

Al hablar de comorbilidad nos referimos a la presencia en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Es muy poco probable que el TDAH se presente sin que lo acompañe algún diagnóstico asociado.¹⁷

Lo anterior no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo paciente, las que poseen características clínicas y un curso evolutivo propios en cada una de ellas.

¹⁵ <http://www.familydoctor.org>

¹⁶ Gratch. Op cit., pp. 12-13

¹⁷ Artigas-Pallarés. [Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.](http://www.paidopsiquiatria.com)
<http://www.paidopsiquiatria.com>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Aproximadamente en el 65% de los casos el TDAH se encuentra asociado con otras patologías. Estos altos niveles han llevado a que actualmente se considere a este trastorno como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potencialmente diferentes.¹⁸

1.5.1. Comorbilidad con trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad presentan como características principales temores y preocupaciones excesivas y persistentes, además de sensación de catástrofe inminente conocidos como ataques de pánico. Estos son los trastornos más frecuentes en la edad infantil.

Un 20% de los niños con TDAH sufren severos trastornos de ansiedad; la forma en la que comúnmente se presenta es como angustia o ansiedad de separación (tienen un temor patológico a desprenderse de sus padres).

En algunos casos puede oponerse a ir a la escuela o algún sitio en donde no tenga a sus padres cerca (la consulta dental). En otros casos tienen un temor exagerado a quedar en ridículo, suelen ser tensos, muy autocríticos y viven con el temor de no ser aceptados socialmente¹⁹

El niño ansioso suele estar siempre en un estado exagerado de preocupación o aprensión difícil de controlar, junto con algunos síntomas que

se confunden con los propios del TDAH (inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos de sueño).²⁰

¹⁸ Joselevich. Op cit., pág. 42

¹⁹ Ib. Pág. 43

²⁰ Artigas-Pallarés. Art. Cit. Pág. S74



1.5.2. Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo

Aproximadamente entre un 20 a 30% de los niños y adolescentes con TDAH presentan cuadros depresivos.

Las características de la depresión generalmente son la tristeza o irritabilidad persistentes (más común en niños), y/o la pérdida de interés en todas las actividades que pudiera realizar.

Los rasgos depresivos que más se llegan a presentar en niños con TDAH son la falta de autoestima, el estado de ánimo irritable, falta de energía y problemas de sueño.²¹

Los síntomas del TDAH y los problemas de conducta empeoran cuando se desencadena un cuadro depresivo. El riesgo del abuso del alcohol o de drogas es mayor.

Si al TDAH con depresión, se le agrega una personalidad impulsiva-agresiva, el riesgo de suicidio se potencializa considerablemente.

Es importante tener en cuenta que el TDAH no es en sí un trastorno afectivo, si bien muchos niños hiperactivos se irritan y explotan con facilidad frente a la frustración. Cuando el enojo y el malhumor son persistentes hay posibilidades de que esté presente un cuadro depresivo.²²

²¹ Ib. Pág. S74

²² Joselevich. Op cit., pp. 44-45



1.5.3. Comorbilidad con trastornos de conducta

Los trastornos de conducta son aquellos problemas de comportamiento que debido a su persistencia y a la afectación que producen en la vida del niño y su familia, llegan a constituir entidades clínicas definidas; estos son: el trastorno oposicionista desafiante y conducta antisocial.

Se asocia al TDAH en un 20 al 40% de los casos los cuales son más rechazados socialmente. Estos niños suelen ofenderse y perder los estribos fácilmente, además de que tienden a atribuir sus faltas a terceros.

La comorbilidad con estos problemas, especialmente el trastorno de conducta antisocial; aumenta en forma muy significativa el riesgo de abuso de sustancias y de conductas delictivas en la adolescencia.²³

1.5.4. Comorbilidad con tics o Síndrome de Torette

Se denominan tics a los movimientos motores o vocales repentinos, rápidos, recurrentes y sin un patrón rítmico que aparecen varias veces al día.

Pueden dividirse en simples y complejos; o en cuanto a su evolución en transitorios (duran más de un mes pero menos de un año) o crónicos (se extiende por un periodo de tiempo prolongado).

Los tics crónicos pueden ser solamente motores, vocales o mixtos, siendo estos últimos los que constituyen el Síndrome de Giles de La Torette²⁴. De acuerdo con la última definición del DSN IV TUR, el S. Torette debe cumplir los criterios de:

²³ lb. pág. 46

²⁴ lb. pág. 47



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



- * Tics múltiples motores y uno o más tics vocales.
- * Los tics deben de presentarse varias veces al día (en brotes).
- * Sus manifestaciones se deben de mostrar antes de los 18 años.

La prevalencia de tics es del 10%, y del S. Torette del 40% en niños y adolescentes con TDAH.²⁵

Los pacientes que presentan este tipo de comorbilidad suelen ver más afectada su calidad de vida por los síntomas del TDAH que por los tics, salvo que estos últimos sean de una severidad tal que afecte la vida social.

1.5.5. Comorbilidad con trastornos de aprendizaje

Los trastornos de aprendizaje son aquellas dificultades persistentes en un área académica en la que el niño rinde significativamente por debajo de lo esperado de acuerdo con su nivel intelectual, sin que esto se deba a problemas físicos.

En los niños y adolescentes con TDAH se presenta aproximadamente en un 20%.

Cuando ambas patologías se asocian, los problemas de rendimiento académico se elevan, provocando que el paciente con TDAH tenga problemas

²⁵ Artigas-Pallarés. Art. Cit. Pág. S71



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



graves no sólo para aprender cosas en la escuela: sino también cuando se le pretende inculcar normas de limpieza o de salud (una adecuada técnica de cepillado); aun en los niños y adolescentes que tengan un elevado coeficiente intelectual.²⁶

1.5.6. Comorbilidad con autismo

Las características de los niños hiperactivos que se relacionan con el autismo son: el aleteo de manos, picar con los dedos, balancear la cabeza además de la repetición monótona de sonidos

Los niños con TDAH pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios.

Los problemas de lenguaje, provocan que se adquieran algunas características propias del autismo.

1.5.7. Comorbilidad con trastornos de comunicación

Este tipo de trastornos, también llamados trastornos específicos del lenguaje (TEL) se relacionan fuertemente con el TDAH así como con la dislexia.

En niños tiene un grave riesgo de tener dificultades en el aprendizaje de la lectura- escritura.

Aproximadamente entre los pacientes con TDAH, del 8 al 39% muestran este tipo de comorbilidad.²⁷

²⁶ Joselevich. Op cit., pág. 48

²⁷ Artigas-Pallarés. Art. Cit. Pág. S72



2. CONSECUENCIAS DEL TDAH

2.1 En el niño y el adolescente

El TDAH necesita un diagnóstico y tratamiento adecuado, de no ser así, este trastorno puede provocar graves problemas en el desarrollo del niño y adolescente, entre los que se encuentran:

1. Disminución en el rendimiento académico.

A largo plazo, los problemas de paciente con TDAH con los estudios pueden llevarlo al fracaso académico, e incluso pueden orillar a que con el adolescente considere el abandonar la escuela.¹

Cuando se les pide que realicen actividades que les resultan sumamente difíciles, se aíslan y se enojan. Con esta actitud inconscientemente buscan ocultar sus deficiencias.

Al necesitar mayor tiempo para realizar sus actividades escolares puede adquirir sentimientos de frustración, ya que siente que lo único que hace es hacer tareas, mientras que sus demás compañeros solo juegan.

¹ Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.
<http://www.feaadah.org/default>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



2. Dificultad de adaptación social.

Los niños con TDAH, se meten en problemas por lo que generalmente tiene pocas amistades las cuales son efímeras y poco estrechas.

Esta situación los orilla a pensar que son incapaces de tener amigos.²

3. Problemas psicológicos.

Los fracasos académicos, la falta de amigos; así como los conflictos con los padres por la mala conducta, suelen provocar depresión en niños con TDAH.

En algunos casos estos pacientes comienzan a adquirir comportamientos negativos, desobediencia, desafío a la autoridad de los padres o maestros y con el paso del tiempo los adolescentes pueden adquirir problemas como abuso de drogas y alcohol.

Esto puede traer como consecuencia que en un futuro sean empleados en trabajos muy por debajo de sus verdaderas capacidades intelectuales, lo cual puede crear frustración.³

Cuando los niños son pequeños, los padres son las personas que más pueden influenciar en su comportamiento. Sin embargo al iniciar la

adolescencia el paciente se acercara más a sus amigos, los cuales ahora serán los que determinen su conducta.

² El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. <http://www.feaa.org>

³ Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. <http://www.feadah.org/default>



El problema más grave que puede llegar a surgir, es que el adolescente conviva con personas que pueden influir negativamente en él. Muchas veces ante esta situación, los padres recurren a los regaños y castigos con la finalidad de separarlos de este tipo de influencias; situación que puede resultar contraproducente ya que ante tanta presión el adolescente puede mostrarse sumamente rebelde.

2.2. Reacciones de los padres ante el TDAH

Para los padres no resulta sencillo el saber que su hijo sufre de TDAH. Las reacciones que pueden llegar a presentar son:

- * Negación: Surge del miedo a que su hijo sufra el rechazo de su círculo social, familiares y profesores.

- * Enfado: Se relaciona con la frustración ante la esperanza de que el niño pudiera superar su problema, si se esfuerza lo suficiente. A la vez los padres sienten coraje hacia ellos mismos, al creer que en algo fallaron a su hijo.

- * Culpa: Surgen dudas sobre cualquier aspecto que haya podido provocar el TDAH (descuidos durante el embarazo, educación, traumas, etc.)

- * Miedo. Este sentimiento se origina ante la ignorancia de las características del TDAH. Hay temor hacia el rechazo social ante la posibilidad de que ellos mismos padezcan el trastorno. Se preocupan sobre si su hijo tendrá amigos, pareja, si podrá estudiar o podrá ganarse la vida.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



* Rechazo. Generalmente está dirigido al niño y el resto de la familia. Hay gran dificultad de creer que el niño con TDAH pueda algún día tener un desarrollo normal.

*Desilusión. Este sentimiento puede orillar a los padres a no aceptar a su hijo tal como es, exigiéndole cosas que él no puede hacer.

*Alivio. Algunos padres pueden sentir alivio al saber que su hijo tiene TDAH ya que al ser este un trastorno de carácter genético, se sienten menos culpables.⁴

Una vez superadas estas etapas, a los padres les será más fácil entender este tipo de comportamiento y podrán encauzar sus esfuerzos hacia la búsqueda de la mejor forma de educar y comportarse con sus hijos.

2.3. Actitudes recomendadas para el TDAH

2.3.1. Padres

Es importante que establezcan una adecuada comunicación con su hijo, una vez logrado esto; deben informarse sobre los aspectos del comportamiento para así saber de qué forma se les puede ayudar a llevar una vida más tranquila.

Las principales acciones que deben emprender son:

* Buscar la evaluación y tratamiento profesional.

⁴ El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. <http://www.fea.org>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



- * Integrarse a algún programa de apoyo para padres. Esto ayuda a cambiar las conductas y mejorar la relación padres- hijos.
- * Aprender a manejar el enfado y la ira. Estos sentimientos son normales en los padres de hijos con problemas de conducta.

Es fundamental reconocer los sentimientos negativos y aprender a manejarlos, generalmente se requiere de la ayuda de un terapeuta y requiere de mucho tiempo.⁵

- * Mantener una actitud positiva. Los padres deben concentrarse en los aspectos positivos de su hijo, esto disminuye las sensaciones negativas lo que facilitara el manejo de este trastorno.

Es importante estar atento a los logros del niño y estimularle a que mejore su comportamiento. Esto ayudara a que le paciente desarrolle autoconfianza y una buena autoestima.

- * Mantener una rutina y un comportamiento estable. Un niño con TDAH tiene gran facilidad para distraerse, lo cual provoca en los padres una sensación de fastidio e impaciencia; una rutina diaria ayudará a una buena organización y a que se conserve la calma.

2.3.2. Adolescentes con TDAH

⁵ Federación española de asociación de ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.
<http://www.feeedah.org/default>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Tener TDAH es muy desgastante, por lo que frecuentemente el adolescente desea ya no tenerlo. Muchos jóvenes son hábiles en los primeros años escolares, pero al llegar a la secundaria es diferente.

Siguiendo estrategias simples, puede hacer que su vida sea más fácil:

- * Informarle a toda persona que conviva con él, sobre el trastorno que padece.

- * Como no puede retener por sí solo demasiada información, debe utilizar como recordatorio cuadernos para tareas, agendas y tarjetas revisándolas diariamente. Debe hacer una lista de las cosas que se tienen que hacer en base a la actividad que se desee tener (viajar,

materiales de la escuela que necesita llevar a casa, cosas que hacer antes de ir a la cama).

- * Debe usar diferentes carpetas donde guardará tareas ya terminadas y en otra los pendientes.

- * Necesita utilizar una mochila como un organizador, una vez terminada las tareas debe inmediatamente guardarlas así no olvidará sus trabajos.

- * Debe sentarse cerca del profesor, así será más fácil poner atención y sin distracciones.

- * Ser psicológicamente activo es importante para trabajar el exceso de energía y de estrés que posiblemente se tenga.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

* Debe aprender a expresar sus sentimientos apropiadamente, decir cosas sin pensar puede herir los sentimientos de las personas que lo rodean.⁶

⁶ TDAH: Una guía para adolescentes. <http://www.deficitdeatencion.org/adolescentes.htm>



3. DESARROLLO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON TDAH

3.1. Características generales del niño y adolescente

Desde el nacimiento hasta la adolescencia; el ser humano desarrolla diversas conductas que lo caracterizaran a lo largo de su vida, las cuales serán fundamentales para un correcto desenvolvimiento social.

1 año

Desarrolla su esquema de reflejos (exploración del mundo), comienza a desarrollar sus habilidades motoras.¹ Surge el auto reconocimiento.

Están presentes las señales de las emociones básicas; las emociones autoconscientes aparecen pero dependen de la presencia de otros.²

Aprende a caminar, se sienta y se levanta solo. Utiliza un lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos).

Se resiste a cumplir órdenes y desarrolla el sentido de su propia estima.

2 años

Aumenta el desarrollo motor, presenta un marcado desarrollo del lenguaje, dificultades para realizar relaciones interpersonales.

Se muestra muy dominante y exigente, expresando emociones de forma violenta.³

¹ Berk, Laura. Desarrollo del niño y del adolescente. 4ta. ed. España, Prentice Hall, 2001. Pág. 296

² Ib. pág. 535

³ Barbería, Elena. Odontopediatría. 2da. ed. Barcelona, Masson, 2002. Pág. 116



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



3 años

Quieren elegir y decidir por ellos mismos.

Usan palabras que afectan el comportamiento de un igual.⁴

Empiezan a comunicarse y a razonar, además de que les gusta hacer amigos.⁵

4 años

Pierde el control en todos los aspectos de la conducta (pega, partea y rompe cosa).

Puede utilizar un lenguaje ofensivo y chocante, le gusta discutir.

Presenta un enorme interés en los detalles.

5 años

Inicio de la fase social; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado.⁶

La autoestima se eleva, aparecen las atribuciones relacionadas con los logros, comienzan las estrategias de memoria.⁷

6 años

⁴ Berk. Op cit. pág. 816

⁵ Barbería. Op cit. pág. 116

⁶ Ib. pág. 117

⁴⁰ Berk. Op cit. pág. 386.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Se presenta el predominio de las rabietas violentas.

No pueden aceptar bien las críticas, el regaño y el castigo.

Necesitan tener razón y ganar, además de requerir muchos elogios.

7 años

Es un niño muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo.

Cree que la gente está en contra de él, que no lo quieren y que los padres son injustos.

8 años

Gran desarrollo intelectual, es expansivo y rápido.

Es más generoso con los demás pero también espera más a cambio.⁸

9 años

Muy independiente y confiado en sí mismo.

Está más interesado en los amigos que en su familia.

Puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerante en general.

10 años

Amistosos, positivo e integro, flexible, sincero y muy obediente.

11 a 18 años

⁸ Barbería. Op cit. pág. 117



Destaca las preocupaciones por los ideales y por la moral.

Aparece una gran búsqueda de la identidad, así como una necesidad de expresar la propia individualidad.⁹

3.2. Historia evolutiva del niño y adolescente con TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tiene diversas manifestaciones de acuerdo a la edad, en algunos casos; en la adolescencia se produce una espontánea desaparición de la sintomatología; pero en otros estas características se agudizan provocando un notable deterioro en la vida social del paciente.

Para su comprensión, se mencionaran los rasgos más comunes en el comportamiento de los niños con TDAH dependiendo de la etapa en la que se encuentren (infancia, pre-escolar, escolar y adolescente).

3.2.1. Infancia (0 a 3 años)

0 a 1 años

La primera y más significativa manifestación afecta a los patrones de sueño que se alteran conforme a lo que sería normal en este periodo.

Los niños se van a dormir a altas horas de la noche; aunque cuando finalmente se duermen dan la impresión de caer exhaustos. Se despiertan

⁹ lb. pág. 18



temprano y dan la sensación de que algún impulso los llevara a estar en continuo movimiento.¹⁰

Suelen tener más complicaciones de salud, como alergias, gripes y cólicos que persisten más de 3 o 4 días. Son bebés de temperamento extremo o difícil.

Es común que estos niños muestren un desarrollo motor precoz, empezando a caminar en muchos casos antes del año de vida.

2 años

Se caracterizan por un alto nivel de actividad, búsqueda constante de atención, rabieta diarias y dificultades para jugar solo.¹¹

3 años

Comienzan a evidenciar una tendencia a no obedecer a sus padres, aparentando no escucharlos. Tienen una marcada tendencia a sufrir accidentes.

Evidencian su tendencia a actuar antes de pensar. Como son desatentos tienen dificultad de aprender de las experiencias y tienden a cometer reiteradamente las mismas torpezas

3.2.2. Edad pre-escolar (3-5 años)

¹⁰ Gratch. Op cit., pág. 89

¹¹ Joselevich. Op cit., pág. 24



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Al empezar a ir al jardín de niños, tienen dificultades para seguir las indicaciones de su maestra, no se quedan quietos y se adaptan poco o con muchas dificultades a las actividades grupales.

Dan la apariencia de ser muy independientes además de comportarse muy agresivos con sus compañeros.

Manifiestan una curiosidad incontrolable, al ser castigados se enojan y tienen crisis de rabia como un efecto indirecto de su incapacidad para tolerar frustraciones.

Es muy habitual que discuta mucho y acuse a otras personas de sus errores.

Requieren un cuidado constante por su predisposición a exponerse a situaciones riesgosas.¹²

3.2.3. Edad escolar (6- 12 años)

Ésta es la etapa en la que este trastorno se evidencia aun más.

Los maestros notan y se quejan habitualmente de la mala conducta de estos niños a la hora de clase. Muchos niños como consecuencia de su impulsividad, al ver algo que quieren lo sustraen y resultan involucrados en pequeños robos.

¹² Ib. Pág. 90



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



Actúan y luego piensan, teniendo particular dificultad de reconocer las consecuencias negativas de sus actos. A veces muestran signos de depresión además de que su seguridad y autoestima se presenta fuertemente dañada.

A lo largo del tiempo comienzan a dudar de sus actividades intelectuales hasta llegar a considerarse a sí mismos como poco inteligentes, por lo que a menudo mienten con sus calificaciones, para ser mejor vistos por los demás.

Buscan destacar por otros medios: ser los chistosos de la clase, los que se animan a realizar lo que otros no, los que son capaces de desafiar la autoridad.

Se auto descalifican para las actividades intelectuales y no es fácil convencerlos de que son tan inteligentes como su otros compañeros.¹³

Cuando se les presenta una situación novedosa, los estímulos atractivos, en una relación uno a uno con un adulto que le dedica atención exclusiva, o en una situación de incertidumbre (la primera visita al consultorio dental), los problemas pueden ser menores o no existir.

A veces dicen lo primero que se les ocurre fuera de contexto. La falta de atención se traduce en tareas escolares incompletas, falta de organización, método y habito de estudio.

¹³ lb. pp. 91-92



Realizar los deberes o cumplir con las rutinas diarias en casa, como lavarse los dientes, bañarse u ordenar sus pertenencias, son otra causa de conflicto con sus padres.¹⁴

3.2.4. Adolescencia (12-18 años)

La hiperactividad suele disminuir significativamente y puede ser reemplazada por una sensación interna de inquietud, sin embargo la mayoría sigue presentando problemas de atención e impulsividad.

Su relación con los adultos es muy conflictiva, manifestándose a través de la rebelión, desafío de la autoridad y violación de las reglas; mostrando una conducta irresponsable e inmadura.¹⁵

Los adolescentes que además continúan experimentando los trastornos de conducta y de aprendizaje y que a su vez arrastran una baja autoestima y un mal concepto de las autoridades en la escuela; se ven a sí mismos poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito.

Comienzan a considerar el abandonar los estudios, para dejar de ser criticados; ya que a veces piensan que son el único motivo de discordia familiar. Esta situación los lleva a estar muy susceptibles al abuso de drogas y alcohol. Cuando prueban drogas que poseen efectos psicoestimulantes, sienten una mejoría en sus rendimientos.¹⁶

¹⁴ Joselevich. Op cit., pp. 26-27

¹⁵ Ib. pp. 27-28

¹⁶ Gratch. Op cit., pp. 92-93



4. TÉCNICAS DE MANEJO Y CONTROL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TDAH

El manejo de la conducta de paciente pediátrico con TDAH, requiere de un entrenamiento y condicionamiento del desarrollo emocional y social del niño.

El adecuado cuidado con el paciente para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad constituyen un gran reto para la habilidad y la experiencia en el consultorio.

El cuidado del niño no solo es esencial para completar los procedimientos dentales, además sirve para establecer una base fuerte en la futura aceptación del tratamiento dental.¹

4.1. Objetivos

Para la realización del tratamiento en un paciente debe considerarse:

- * Tratamiento individualizado.

- * Seguridad. Lo más importante será el proteger la integridad y seguridad física del paciente, así como la del personal del consultorio.

- * Comunicación. Debe ser clara y específica tanto con el paciente como con sus padres.

¹ Barbería. Op cit. pág. 127



* Confianza y motivación. Tanto de los padres como del paciente y así no se truncará el tratamiento.

4.2. Consideraciones generales

Existen factores controlables y no controlables dentro de la consulta dental.

* Factores controlables. Son una serie de situaciones que se presentan en el consultorio, incluyen el manejo del comportamiento, manejo de los padres, consentimiento informado, actividades pre-operatorias, medio ambiente y trabajo clínico.

* Factores no controlables. Incluyen todos los relacionados con el desarrollo normal del individuo como personalidad, temperamento, relación con los padres, influencia de hermanos, amigos, desarrollo emocional e intelectual, estereotipos sociales que el paciente tenga del odontólogo y los posibles antecedentes de maltrato físico.

4.3. Clasificación

Las técnicas de control de la conducta se basan en el conductismo (rama de la Psicología que plantea, que el comportamiento de una persona es

modificable si se altera el ambiente que lo rodea, basándose en el control de sus emociones.)²

² Cárdenas, Juan Manuel. Pautas para el manejo no farmacológico del paciente pediátrico. Revista odontológica. <http://encolombia.com/ortopedivol197-quiademanejo9-2.htm>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



No es correcto improvisar técnicas para el control de la conducta en niños con TDAH, sino que debemos basarnos en las características del paciente y en las técnicas existentes, para seleccionar y aplicar la adecuada en cada uno de ellos, podemos dividirlos en:

* De comunicación

El odontólogo debe tener una buena comunicación con su paciente, al niño se le debe saludar de forma amable, se debe buscar que el paciente se relaje y así lograr que se siente física y emocionalmente seguro.

Debe hablarse clara y apropiadamente tanto con los padres como con el niño. Las técnicas de comunicación que pueden emplearse en pacientes con TDAH son el decir, mostrar y hacer, su objetivo es familiarizar al niño con el ambiente dental.

- 1) Se le explica al niño lo que se le va a hacer, antes de comenzar el tratamiento.
- 2) Se le enseña al niño como se va a llevar a cabo la técnica.
- 3) Realizar la técnica tal y como se le ha enseñado al niño.

* De modificación de la conducta

Consiste en alterar un comportamiento individual hacia un objetivo deseado de forma gradual.

Es necesario que la información que se le proporcione en el consultorio dental sea comprendida y aplicada constantemente, para que así tengamos éxito en los tratamientos que se realizarán.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



La técnica de “refuerzo” consiste en premiar la buena conducta, así las próximas citas el paciente se comportará adecuadamente ya que conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente.

Otro tipo de modificación de la conducta que puede aplicarse en estos pacientes es la “imitación” en la cual el niño puede aprender sobre la consulta dental, viendo como otros niños reciben tratamiento.

* De enfoque físico.

Este tipo de técnicas tanto en niños sanos como en TDAH; no se utilizan como castigo, se define como la técnica que limita los movimientos de los niños para su seguridad, al realizar algún procedimiento dental.

Los objetivos son:

- 1) Ganar la atención del niño.
- 2) Mostrar la conducta que se espera de él.
- 3) Controlar sus movimientos.
- 4) Protegerlo de lesiones.
- 5) Hacer más rápido y fácil un tratamiento dental.

Las diferentes técnicas de enfoque físico que pueden aplicarse en pacientes con TDAH son:

- 1) USO DEL ABREBOCAS. Para controlar la apertura de la boca.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



- 2) CONTROL FÍSICO POR PARTE DEL C.D. Y EL ASISTENTE.
Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental.
- 3) CONTROL FÍSICO MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS.
Incluye toallas, sábanas o dispositivos comerciales como la "Red".

La única técnica contraindicada en este tipo de pacientes es MANO SOBRE BOCA ya que el niño con TDAH está de alguna manera acostumbrado a la agresión física por lo que en vez de disminuir su mal comportamiento lo puede llegar a elevar.

No hay que olvidar que antes de aplicar alguna técnica de restricción física se debe notificar a los padres explicándoles el motivo por el cual se aplicaran.³

³ Barbería. Op cit. pp. 128-136



5. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TDAH EN LA CONSULTA DENTAL

Después de haber hablado de las técnicas de control de la conducta que pueden aplicarse en niños con TDAH; debemos de crear una estrategia de trabajo para que cuando estos niños lleguen al consultorio sea fácil de manejar.

Considerando las características que presentan los niños y los adolescentes con TDAH, debemos de crear un adecuado plan de atención bucal; el cual no solo debe de abarcar los posibles tratamientos que pueda requerir el paciente, sino también su manejo conductual, con la finalidad de lograr un buen impacto y así conseguir que esté se interese en su tratamiento dental.

Debemos tomar muy en cuenta que ellos tienen dificultad para comprender instrucciones.

Los niños que están en un estado constante de actividad pueden representar un reto para el odontólogo. Debemos, con la ayuda de los padres, modificar sus hábitos de vida poco a poco y de esa forma lograr un buen impacto en la vida del paciente.

El Odontólogo puede realizar alguna de las siguientes actividades para lograr un adecuado manejo en el consultorio:

* Hacer un horario. Se deben fijar horas específicas para que el paciente realice todas y cada una de las actividades que el Odontólogo le haya indicado.



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

Se debe elaborar en un calendario con colores llamativos y debe colocarse donde niño lo vea; explicándole cualquier cambio en la rutina por adelantado.

* Simplificar las reglas. Estas deben ser comprensibles y claras. Debemos enfocarlos a una sola regla por sesión, ya que este tipo de pacientes no pueden recibir más de una indicación a la vez.

* Asegurarse de que las instrucciones son comprendidas. Se debe hacer que el paciente preste atención; hablándole y mirándolo directamente a los ojos.

Utilizando una voz clara y calmada indicar instrucciones simples y cortas. Se le debe pedir al niño que repita las instrucciones que se le hayan dado.

* Asegurarse de que el niño sea supervisado en todo momento. Puesto que son impulsivos, los niños que tienen TDAH pueden necesitar más supervisión de sus padres o del propio dentista comparado con otros niños de la misma edad.¹

Además de estas actividades, el Odontólogo debe apoyarse en estrategias psicopedagógicas basadas en técnicas cognitivo-conductuales; buscando como objetivo principal captar la atención de este tipo de pacientes

¹ El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. <http://www.feaa.org>



5.1. Técnicas cognitivo-conductuales en el consultorio

Consisten en técnicas en las que el niño analiza los motivos y las consecuencias de su conducta, para mejorar su autoestima y motivación y a la vez poder eliminar los comportamientos más conflictivos.²

A continuación se mencionaran algunos ejemplos de cómo el Odontólogo puede aplicar estas técnicas dentro de su consultorio.

5.1.1 Técnicas conductuales

Dentro de las técnicas conductuales, la más usada para incrementar la buena conducta, es el refuerzo positivo (todo objeto o experiencia que sigue a una conducta satisfactoria que hace que aumente la probabilidad de que la conducta se repita) y para reducir la mala conducta; esta el “castigo”.

El refuerzo positivo en el consultorio dental se puede aplicar a través de:

* Puntos por buen comportamiento.

Esta técnica consiste en dar al niño un punto cada vez que se considera que ha logrado un determinado objetivo (disminución de placa dentó bacteriana, un adecuado comportamiento en el consultorio, etc.)

Debe hacerse una lista de premios en la que se especifique la cantidad de puntos que se necesita para cada uno de ellos. Después de cierto número de citas, el niño podrá canjear los puntos ganados por uno de los premios de la lista o ahorrarlos para conseguir uno mayor.

² Aparicio. Op Cit.,. Pág. 233



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



La ventaja que se tiene es que el paciente recibe parte del premio de forma inmediata a su buena conducta aunque el premio real tarde un poco más (Fig. 1.)

PREMIO	PUNTOS
Un libro para colorear	4
Una pelota de vinyl	6
Un avión	12
Un Cohete	15
Una muñeca	20
Un muñeco (Batman, Superman, Hombre Araña)	20

Figura 1. Lista de premios al finalizar el tratamiento dental.

Este método ayuda a que los niños sean capaces de mantener el esfuerzo y esperar un tiempo para recibir el premio. Para que esta estrategia tenga éxito se debe considerar que:

- 1) Los puntos son temporales (como un reconocimiento al esfuerzo realizado).
- 2) Se dan por conductas que se quieren corregir. Las conductas por las que se dan puntos son individuales (un punto por cada una).
- 3) Los puntos ganados por una buena conducta no pueden perderse por una mala (en este caso el castigo sería no darle puntos nuevos).
- 4) Se debe respetar la validez de los premios (el niño no podrá cambiar un premio por otro de más valor)



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



* Reconocimiento del esfuerzo.

Las alabanzas por parte del Odontólogo también pueden ser muy eficaces, para lograr que se repita una buena conducta.

Para el niño con TDAH, la atención de los adultos es el recurso más eficaz; pero uno de los castigos más duros es el ser ignorado.

Para reducir las conductas negativas en el consultorio dental se usará el “castigo”. Este método se puede implementar mediante:

* Cese del refuerzo positivo.

Consiste en retirar al niño a un lugar cercano, lejos de estímulos gratificantes como personas o puntos positivos, esto le daría oportunidad a pensar que debe comportarse de una forma adecuada la próxima consulta.

Alejarnos o retirarnos a otra habitación mejorara el comportamiento más rápido.

* Reprimendas.

No es muy recomendable esta estrategia ya que estos niños están “acostumbrados” a los regaños; pero, en caso de aplicarlo, se debe llevar a cabo inmediatamente después de la conducta no deseada y de forma aislada (no debe de estar ninguna otra persona)



5.1.2 Técnicas cognitivas

Los niños con TDAH suelen ser muy influenciados por los adultos, compañeros y amigos, por ello una estrategia eficaz en el consultorio es enseñarles a autoevaluar su conducta, así como sus aciertos y errores.

La auto evaluación debe hacerse en dos aspectos:

1. Auto evaluación general del comportamiento que le permita tomar conciencia de las cosas que hace bien y las que no (no cepillarse los dientes); así como las posibles soluciones. De esta manera, el niño se irá involucrando en su propia salud bucal.

En los adolescentes, es importante ayudarlo a encontrar cosas positivas de su conducta, su estado bucal y como este repercute en la imagen que proyecta (debe destacarse todos los aspectos positivos que tenga; sin recurrir a mentiras).

2. Auto evaluación específica de las tareas a realizar durante la consulta dental (no tocar el instrumental, no colgarse de la lámpara de la unidad, etc.) o las que debe realizar en su casa (lavarse los dientes, disminuir la ingesta de dulces, no morder lápices, etc.), valorando la forma en la que las realice en una escala (0-muy mal, 1-mal, 2-regular, 3-bien, 4-muy bien)

Fig. 2

CONDUCTA	EVALUACIÓN
Lavarse los dientes tres veces al día	4
Comer sólo un dulce al día	3
Olvido usar el enjuague bucal	2
Jugó con la lámpara de la unidad durante la consulta	1
Tiro la charola del instrumental dental por estar jugando	0

Figura 2. Auto evaluación



5.2. Papel de los padres

Antes de iniciar el manejo cognitivo-conductual en el niño o adolescente con TDAH, se debe informar a los padres en qué consisten las estrategias que se aplicaran en la consulta así como sus objetivos.

El éxito o el fracaso de los refuerzos que el Odontólogo aplique dependen en gran medida del ambiente familiar en el que se desarrolle el paciente; un hogar en donde el cumplimiento o incumplimiento de las normas establecidas siempre tenga un beneficio o una consecuencia ayuda al Cirujano Dentista a conseguir buenos resultados con las técnicas conductuales que maneje.

Los niños y adolescentes con TDAH son muy vulnerables a las influencias de su entorno; si este es estresante, es muy probable que sea muy inestable (hiperactividad incontrolada).

El nivel de autocontrol que tenga el paciente también depende de la creación de buenos hábitos por parte de los padres, el grado de tolerancia está sumamente relacionada con la capacidad de la familia para hacer respetar la autoridad: esta debe establecer límites caros y adecuados a las capacidades del niño y hacerlos cumplir sin excepciones.

En general; los padres deben:

- * Proporcionar un ambiente estructurado



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL



- * Coordinar el intercambio de información

- * Poner límites

- * Favorecer la autonomía

- * Crear hábitos

- * Reforzar la autoestima³

³ <http://www.deficitdeatencion.org/padres.htm>



CONCLUSIONES

Cada día existen más niños que tienen el TDAH y muy pocas veces las personas que los rodean lo pueden identificar. En el pasado solíamos pensar que los niños podrían superar este trastorno. Ahora sabemos que esto no es cierto en la mayoría de ellos.

Los síntomas del TDAH con frecuencia mejoran a medida que los niños crecen y se adaptan a su condición, la hiperactividad generalmente se controlaba en la adolescencia tardía, cerca de la mitad de los niños que tienen TDAH continúan siendo distraídos con facilidad, teniendo cambios en el humor, malhumorados e incapaces de completar tareas.

Es importante que el Odontólogo aprenda a manejar a este tipo de pacientes, ya que cada día con más frecuencia se llegan a presentar dentro de la consulta dental.

No debemos catalogarlos solo como “pacientes problema” antes bien, es responsabilidad del C.D. como parte de la comunidad médica el brindarle no solo apoyo en cuanto a su estado de salud bucal, sino que, a través de buenas estrategias de manejo conductual, ayudarlos a no sentirse diferentes y poco a poco puedan desenvolverse con más naturalidad al sentirse comprendidos por su Odontólogo.

A la vez es importante hacerles saber a los padres de estos niños que entendemos las posibles limitaciones de sus hijos; para que así ellos puedan



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

adquirir confianza tanto en los tratamientos que lleguemos a realizar como de la forma en cómo se maneja su conducta.

Es importante tomar en cuenta que los niños que tienen padres amorosos que les brindan apoyo y que trabajan conjuntamente con el personal del colegio, con los profesionales de salud mental, con su médico y odontólogo, tienen mayores probabilidades de convertirse en adultos adaptados a la sociedad.

Por último, debemos ser conscientes de que habrá ocasiones en que el niño y el adolescente con TDAH sienta que no puede seguir luchando contra sus problemas de conducta; en casos como este, debemos tener en cuenta que:

“Cuando el niño o adolescente tengan un mal día,
recuérdale (y acuérdesese) de sus cualidades”



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio, J M. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El niño hiperactivo. Revista Española de pediatría 2006; 58(346).

Artigas-Pallarés. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. <http://www.paidopsiquiatria.com>

Barbería, Elena. Odontopediatría. 2da. ed. Barcelona, Masson, 2002.

Berk, Laura. Desarrollo del niño y del adolescente. 4ta. ed. España, Prentice Hall, 2001.

Cárdenas, Juan Manuel. Pautas para el manejo no farmacológico del paciente pediátrico. Revista odontológica.
<http://encolombia.com/ortopedivol197-guiademanejo9-2.htm>

El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad.
<http://www.fea.org>

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. <http://www.feaadah.org/default>



EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL

Gratch, Luis Oscar. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, adolescencia y la adultez. Argentina, Editorial Medica Panamericana, 2003.

<http://www.deficitdeatencion.org/padres.htm>

<http://www.familydoctor.org>

<http://www.tdahytda.org>

Joselevich, Estrella. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos. 1ra ed.; 3ra reimp. Buenos Aires, Paidós SAICF, 2005.

La resolución de problemas aritmético- verbales con alumnos con TDAH.
<http://www.tesisexarxa.net>

Miranda, Casa Ana. Trastorno por déficit de Atención. Málaga, Aljibe, 2001.

Sautullo, Cesar. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Medica panamericana, Buenos Aires, 2005.

TDAH: Una guía para adolescentes.

<http://www.deficitdeatencion.org/adolescentes.htm>