



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS
EMOCIONALES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARVIC DEL CARMEN SÁNCHEZ NICOLÁS

TUTORA: Esp. ARCELIA ALBARRÁN ESPINOSA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Universidad por todos los conocimientos y experiencias brindadas

A mis padres, por el gran amor, esfuerzo y dedicación para motivarme a seguir adelante.

A Cris, por la paciencia y el cariño que me ha brindado.

A mis familiares y amigos por estar siempre apoyándome.

A la Esp. Arcelia Albarrán Espinosa por su apoyo en la realización de este trabajo, las enseñanzas proporcionadas en clínica y sobre todo por la paciencia y dedicación.

.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
1. ANTECEDENTES	7
2. DEFINICIONES	9
2.1 Trastornos emocionales	9
2.1.1 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	9
2.1.2 Depresión	17
2.1.3 Trastorno de Conducta	21
2.1.4 Trastorno de Ansiedad	26
2.1.5 Trastorno de Pánico	27
3. ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES	
3.1. Atención a pacientes con Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad	28
3.1.1. Técnicas y estrategias de manejo de conducta en el consultorio dental	29
3.1.2. Interacciones con fármacos	34
3.2. Atención a pacientes con depresión	39
3.2.1. Técnicas y estrategias de manejo de conducta en el consultorio dental	39



3.2.2. Interacciones con fármacos	40
3.3. Atención a pacientes con Trastorno de conducta	43
3.3.1. Técnicas y estrategias de manejo de conducta en el consultorio dental	43
3.4. Atención a pacientes con Trastorno de ansiedad	46
3.4.1. Técnicas y estrategias de manejo de conducta en el consultorio dental	47
3.5 Atención a pacientes con Trastorno de pánico	48
3.5.1 Técnicas y estrategias de manejo de conducta en el consultorio dental	49
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52



INTRODUCCIÓN.

Los trastornos emocionales son padecimientos comunes en la actualidad, su etiología es multifactorial, pueden manifestarse desde la infancia y presentan diversas características clínicas, las cuales pueden volverse un reto para lograr un desarrollo adecuado en distintos ámbitos, involucrando el de la salud oral.

A la consulta odontológica acuden pacientes con distintos padecimientos, entre los cuales podríamos encontrar niños diagnosticados con algún trastorno emocional. Por ello, nuestra responsabilidad como profesionales de la salud es contar con las herramientas necesarias para adecuar nuestra práctica odontológica a las necesidades de cada uno de los pacientes.

En el presente trabajo se describen los principales trastornos emocionales, que afectan a la población en México, así como la importancia del manejo multidisciplinario y personalizado de cada caso para poder realizar nuestra práctica dental de la mejor forma posible.



OBJETIVO

Describir los principales trastornos emocionales que afectan a la población en México, así como la importancia del manejo multidisciplinario y personalizado de cada caso para poder realizar nuestra práctica dental de la mejor forma posible.



1. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de Salud en el año 2013 definió la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹

Las emociones tienen un poderoso impacto en nuestro conocimiento del mundo circundante y las expresiones emocionales otorgan una ventana a la experiencia subjetiva del mundo individual. Nuestras emociones motivan nuestras acciones y afectos cuando interactuamos con otras personas y con nuestro ambiente y proveen de sentido a nuestras experiencias de vida. Al guiar nuestros pensamientos y acciones, las emociones poseen una función reguladora que nos ayuda a adquirir los patrones de la conducta adaptativa. Existen muchas diferencias individuales en cómo las personas expresan sus emociones e interactúan con otros individuos. La mayoría de las personas despliegan diferentes emociones y actúan dependiendo de la situación y del subyacente humor que posean en ese momento.²

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud reportó que la prevalencia de trastornos mentales y de conducta representaba el 10% de la carga global, para el año 2013 ésta aumentó a un 14%.^{3,4} y que para el año 2018 se reportó un incremento del 17%.⁵

En Mayo de 2012, la 65.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. Dicha resolución dicta a los países miembros (entre ellos México) a generar y reforzar políticas y estrategias integrales para la promoción de la



salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la identificación temprana, atención, asistencia, tratamiento y recuperación de las personas con trastornos mentales⁶. Es por esto que en México, al igual que en otros países de Latinoamérica, los trastornos mentales y cognitivos en la infancia cobran cada vez mayor importancia debido al impacto social y económico tanto a nivel individual, familiar y comunitario.^{7,8,9}



2. DEFINICIONES

2.1 TRASTORNOS EMOCIONALES

Existen muchos términos para describir problemas emocionales, mentales o del comportamiento. En el año 2014, éstos se calificaron como trastornos emocionales (“emotional disturbance”) bajo las regulaciones del Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). IDEA define el trastorno emocional como: “una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado y hasta un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño”.

- A) Una inhabilidad de aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales o de la salud.
- B) Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y maestros.
- C) Conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales.
- D) Un humor general de tristeza o depresión.
- E) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales o escolares.”¹⁰

A continuación se describen los principales trastornos emocionales de la población mexicana según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz:¹¹

2.1.1 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).

El TDAH, es un término descrito desde 1970 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el cual se define como un trastorno psicopatológico con una base biológica, que aparece a edades inferiores a los siete años de edad



y que se caracteriza por tres elementos: el déficit de atención, la conducta hiperactiva y la impulsividad.¹²

En un estudio realizado por la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), destacó que el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) afecta a 3% de la población en nuestro país, lo que representa a 2.4 millones de mexicanos.¹³

Es un trastorno altamente heredable, con un coeficiente de heredabilidad del 0.76%.¹⁴ En su origen se señala la combinación de factores genéticos y ambientales tempranos (por ej., consumo de alcohol, tabaco, drogas, estrés durante el embarazo). En el 50% de los casos se encuentran alteraciones en genes, pero debemos tener en cuenta que la base genética es modulada en muchos casos por el ambiente.¹⁵

Dentro del THDA pueden producirse tres subtipos o manifestaciones diferentes.

- Perfil disatencional.

Presenta características ansiosas, de miedo y aprensión, confusos y no demasiado atentos, lo que les lleva a una pérdida importante de información. Se muestran, además lentos y perezosos y dan muestras de vagar sin rumbo fijo y parecen estar fuera de lugar. En las instrucciones orales o escritas cometen errores. Son niños poco agresivos, con lo cual no suelen tener demasiados problemas en crear amistades entre sus iguales. Se encuentra asociado a problemas de memoria y, en general con los que el cerebro codifica y procesa la información de entrada.



- Perfil impulsivo.

Estos niños se muestran muy inquietos, no pueden permanecer sentados cuando se espera que lo haga. En situaciones desapropiadas corre o trepa de forma excesiva. Habla, igualmente, de manera excesiva, teniendo grandes dificultades para permanecer callado. También se encuentra sumido en una actividad constante. Comparativamente con la población del subtipo disatencional, puede presentar más agresividad. Del mismo modo suelen tener mayores dificultades en establecer relaciones sociales debido a su característico impulso.

- Perfil combinado.

En este perfil se encuentran implicadas las características de los dos subtipos descritos anteriormente.¹⁶

El diagnóstico se basa en los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992).

Tabla 1 (A1): Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH (APA, 2000)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Falta de atención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.



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

Tabla 1 (A2): Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH (APA, 2000)

Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.



f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B.

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.

ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D.

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E.

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

Según el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), existen tres tipos de trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad:

- Tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.



- Tipo predominantemente Desatento: si se satisface el criterio A1, pero no el A2 durante los últimos 6 meses.
- Tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el A1 durante los últimos 6 meses.^{17,18}

Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo (OMS, 1992)

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.



4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

2. A menudo es incapaz de guardar turno en las filas o en otras situaciones en grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

El inicio del trastorno no es posterior a los siete años

Los criterios deben cumplirse en más de una situación

Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.¹⁹

Debido a que los problemas conductuales asociados al TDAH son muy diversos y crónicos, se requiere la implementación de una gran variedad de tratamientos, a esto se le denomina tratamiento multimodal.

Actualmente los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir los síntomas clave. Los tratamientos para el TDAH son prolongados, solo controlan y disminuyen los síntomas, no curan. Hasta el momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia (medicamentos), psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y profesores



El tratamiento debe ser adecuado a las necesidades y características específicas de cada uno de los pacientes. Después de realizar un adecuado diagnóstico se deben identificar los síntomas clave para que se pueda establecer de forma adecuada la terapéutica a seguir.

El uso de medicamentos estimulantes y no estimulantes en el tratamiento de TDAH muestran mejoría, cabe mencionar que los medicamentos para el TDAH no son drogas adictivas.

Se conoce que la posología tiene como mecanismo final una alteración del sistema dopaminérgico y noradrenérgico, diana de los mecanismos de acción de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de manera respectiva.

En la siguiente tabla se muestra cuáles medicamentos son la primera línea de tratamiento.²⁰

ESTIMULANTES
MFD liberación inmediata (Tradea, Ritalin)/vida media: 4 horas
MFD liberación "SODAS" (Ritalin LA)/vida media: 6-8 horas
MFD liberación "Diffucaps" (Metadate CD)/vida media: 6-8 horas
MFD liberación osmótica "OROS" (Concerta)/vida media: 12 horas
NO ESTIMULANTE
Atomoxetina (Strattera)/vida media: 21 horas



2.1.2 DEPRESIÓN.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial.²¹ En México, se estima que la depresión infantil tiene una incidencia del 2% al 5% en menores desde los 3 años.²²

Su etiología es multifactorial, a continuación mencionaremos los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de la depresión en niños y adolescentes. En los factores individuales, encontramos:

Factores biológicos.

- Genéticos: Historia familiar de depresión o trastorno bipolar. La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.
- Sexo y edad: Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino.
- Problemas crónicos de salud: Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.



Factores psicológicos.

- Otros trastornos psíquicos: Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
- Temperamento: Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Déficits de habilidades sociales.

Dentro de los factores ambientales, se encuentran:

Factores familiares.

- Acontecimientos vitales estresantes: Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
- Trastorno psíquico en los padres: Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
- Conflictos en las relaciones familiares: Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
- Estilos educativos negativos: Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.
- Maltrato o Abuso: Físico, emocional o sexual.

Factores sociales.

- Problemas escolares: Mala adaptación o fracaso académico.
- Dificultades en las relaciones con iguales: Conflictos interpersonales, ausencia de amistades.
- Acoso (*bullying*): Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.



- Otras circunstancias sociales adversas: Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad.

Existen múltiples características del trastorno de depresión, las principales características de acuerdo a la edad son:

- Menores de 7 años:

Los síntomas más frecuentes son la tristeza o irritabilidad y los problemas de apetito y con el sueño. Manifiestan rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo, disminución o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso en el desarrollo psicomotriz o dificultad en el desarrollo emocional.

En esta etapa precoz es muy frecuente la comorbilidad con trastorno negativista-desafiante, TDAH, trastornos de ansiedad y trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis).

- Niños de 7 años a edad puberal:

Los síntomas se presentan fundamentalmente en cuatro esferas:

A) Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio.

B) Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.



C) Esfera familiar: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia.

D) Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

En estas edades es frecuente la asociación con trastorno negativista desafiante, TDAH y trastornos de ansiedad.

- Adolescentes:

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio.

Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

El diagnóstico de la depresión infantil debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios, ya que estos por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de posibles limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar.



Como tratamiento para el trastorno de depresión, se recurre a la terapia psicológica, el tratamiento farmacológico es poco recomendado ya que se pueden presentar las siguientes características:

- Una alta respuesta al placebo, que condiciona los resultados sobre la efectividad de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en estos grupos de edad.
- Ineficacia de fármacos antidepresivos.
- Mayores riesgos asociados a su uso.²³

2.1.3 TRASTORNOS DE CONDUCTA.

Los trastornos de conducta (TC) son: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD).

- El trastorno negativista y desafiante se define por un patrón recurrente, que causa un deterioro clínicamente significativo, de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que debe manifestarse de forma más o menos continua y en el que están presentes algunos de los siguientes comportamientos: Encolerizarse y prorrumpir en pataletas (berrinches), discutir con adultos, desafiarlos activamente o rehusarse a cumplir sus demandas, molestar deliberadamente a otras personas, acusar a otros de sus errores o mal comportamiento, ser susceptible o fácilmente molestado por otros, mostrarse enojado y resentido, rencoroso y vengativo.²⁴
- El trastorno disocial (TD) es el trastorno externalizado más grave y está caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de conducta que incluye la violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes. El TD se caracteriza por cuatro áreas



de manifestación: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, robo y violaciones graves a las normas.²⁵

La prevalencia es muy elevada, siendo más común en niños que en niñas. A nivel global se reporta una prevalencia entre el 3 y el 7%. La prevalencia es mayor en estratos socioeconómicos más desfavorecidos, aunque en los últimos años la diferencia con otros estratos tiende a igualarse. También, se observa más frecuencia de aparición de TC en zonas urbanas en comparación con zonas rurales.

La etiología de los trastornos de conducta es multifactorial. Habitualmente, se debe a una suma de factores temperamentales y genéticos, y variables sociofamiliares y del entorno.

Los niños con TND presentan una sintomatología consistente en un patrón de conducta con actitud desafiante, venganzas y enfado con irritabilidad, que dura, al menos, 6 meses y que se expresa en la interacción con las personas de su entorno. Puede incluir: la pérdida de la calma, la tendencia a sentirse molesto, la presencia de enfados y discusiones con figuras de autoridad, como padres o profesores, el desafío o molestar deliberadamente. También, se puede observar tendencia a la venganza o rencor.

En cuanto al TD, los síntomas se caracterizan por una violación y vulneración de los derechos de las otras personas, así como normas de convivencia o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo. Se producen con frecuencia actos agresivos que molestan a otras personas.²⁶

Para establecer el diagnóstico de TND o TD, la APA decretó que es necesario que los síntomas cumplan los criterios que se establecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición.



Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno negativista desafiante.

A) Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado o resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas: social, educativa, profesional y otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de: un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno



depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: los síntomas se limitan a un entorno (p. ej.: en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).
- Moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
- Grave: algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno disocial:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otro, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede causar serios daños a terceros (p. ej.: un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej.: atraco, robo de un monedero, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.



9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido, la casa, edificio o automóvil de otra persona.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., “engaña” a otras personas).

12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso, mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

- Tipo de inicio infantil: los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
- Tipo de inicio adolescente: los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de la conducta antes de cumplir los 10 años.
- Tipo de inicio no especificado: se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.²⁷



El tratamiento de los TC debe ser multimodal. El tratamiento principal es la psicoterapia cognitiva y conductual. También, es necesario el entrenamiento de padres, educadores y maestros en técnicas de modificación del comportamiento y resolución de conflictos. La aplicación de las medidas psicológicas se realiza en todos los contextos del niño: escolar, familiar y social. En los casos más graves, es necesario recurrir a otras medidas, como el internamiento en centros terapéuticos especializados en trastornos conductuales^{28,29}

2.1.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD.

La ansiedad es un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo “positivo” o “negativo”, es decir, agradable o desagradable, y que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla. Por otro lado la ansiedad patológica se define como un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el individuo siente una mezcla de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable a circunstancias reales, vivenciado todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones.³⁰

La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dicho trastornos oscila entre el 12%³¹. La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es fundamentalmente clínico.³² El abordaje de los trastornos de ansiedad es multimodal. La selección sobre la modalidad de tratamiento debe basarse en: la severidad



de la sintomatología. La terapia cognitivo-conductual es efectiva en la reducción de los síntomas, con una eficacia reportada en el 50% de los casos en 10-20 sesiones, manteniéndose el efecto a largo plazo. Puede utilizarse efectivamente en niños mayores de seis años y puede realizarse a nivel individual o grupal.³³

2.1.5 TRASTORNO DE PÁNICO

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar en ausencia de peligro real, que se acompaña de descarga neurovegetativa, con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar. El trastorno de pánico tiene como característica fundamental la presencia de crisis de pánico recurrentes, inesperadas y espontáneas, sin que exista un factor externo o un objeto temido que las desencadene. Suele aparecer en la adolescencia, con una prevalencia en torno al 16% en jóvenes entre 12 y 17 años de edad, existiendo predominio de los casos en mujeres. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia es fundamentalmente clínico.³⁴



3.1 ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

El manejo de la conducta del niño en el consultorio odontológico es uno de los retos a los que se enfrenta el odontólogo. Aunque El TDAH no viene acompañado de manifestaciones bucales particulares, estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, y candidiasis oral^{35,36,37} Hasta el momento no se han determinado causas, inherentes al síndrome, que justifiquen estos hallazgos. Podrían tener explicación, sin embargo, por el hecho de que el déficit de atención y la hiperactividad dificultan mantener una disciplina en cuanto a la alimentación; aunado a lo anterior, los padres de estos niños tienden a premiar las conductas positivas con regalos ricos en azúcar como las golosinas. Así mismo suelen tener poco control sobre una correcta higiene bucal. Por otro lado, también puede deberse a los posibles efectos secundarios de los fármacos como la xerostomía.

Por todo ello, se deberá valorar el riesgo de cada paciente para adecuar las actividades a realizar, como las acciones preventivas.

Como hemos mencionado anteriormente, los niños con TDAH suelen caracterizarse por la presencia de problemas para concentrarse y dedicarse a una tarea asignada o al cumplimiento de reglas impartidas; permaneciendo en constante movimiento. Por tanto, es de suponerse que estos niños son más propensos a sufrir algún tipo de trauma físico de grados variables.^{38,39} En este aspecto, son necesarios muchos más estudios para llegar a resultados concluyentes.^{40,41,42}

Debido a esto, debemos implementar algunas técnicas de manejo de conducta, para lo cual debe existir el consentimiento de los padres, y nos apoyaremos en un consentimiento informado, el cual según la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico se define como los documentos escritos,



signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. El consentimiento está íntimamente relacionado con la información. Los pacientes tienen derecho a ser informados, de manera clara, completa, veraz, oportuna y calificada, respecto de su estado de salud, las alternativas de tratamiento, los beneficios y riesgos razonablemente previsibles conforme a la práctica médica; de tal forma, que cuenten con todos los elementos que le permitan adoptar una decisión racional y consciente.⁴³

A continuación mencionaremos las principales técnicas de manejo de conducta:

3.1.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Durante la consulta el odontólogo tratará de empatizar con el niño para conseguir una comunicación óptima. Debe establecerse un ambiente relajado que permita calmar la ansiedad habitual en la consulta, para conseguirlo el odontólogo debe tratar al paciente de forma adecuada a su edad, y debe tener conocimiento sobre gustos y aficiones del paciente para poder establecer una relación de confianza.⁴⁴

Los siguientes procedimientos han sido efectivos para establecer la relación odontólogo-paciente y reducir la ansiedad en la atención odontológica:

- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.



- Tener una supervisión constante, mirándolo a menudo, encontrar una consigna como tocar un hombro, sonriéndole, haciendo un comentario rápido sobre su comportamiento.
- Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar solo una instrucción a la vez.
- Mantener sesiones cortas.
- Citar a los pacientes a primeras horas del día, cuando tanto el paciente como el odontólogo se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.
- Relajación. Practicar períodos de relajación y autocontrol antes de empezar el tratamiento dental, a través de la respiración profunda y lenta.
- Las técnicas de control de conducta que funcionan de mejor manera en pacientes con TDAH son:
 - Decir-Mostrar-Hacer.
 - Refuerzo.
 - Visita introductoria.
 - Desensibilización.
 - Confusión.
 - Musicoterapia.
 - Aromaterapia.
 - Atención-Concentración.^{45,46,47}
 - Técnica de Decir-Mostrar-Hacer.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo, 2) mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica, 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.



La selección de palabras es importante y es necesario un vocabulario sustitutivo para los instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender.

- Refuerzo

Esta técnica trata de modificar la conducta, donde es preciso que el profesional muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente (elogios) o bien con expresiones faciales de agradecimientos (sonrisas). Para que resulten efectivos siempre han de otorgarse después de que se haya producido una buena colaboración y además de manera frecuente si el comportamiento es el adecuado.

El premio es otra forma de recompensa siempre que se proporcione como una señal de aprobación. Puede facilitarlo el propio dentista o los padres e incluso ambos. Tampoco deben entregarse al final de la visita si la colaboración no ha sido la adecuada.

- Visita introductoria

En esta visita se le realiza al niño un procedimiento simple como puede ser una profilaxis dental, que permite una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera agradable.

- Desensibilización

La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos.

Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido. La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad con una más apropiada mediante la relajación.



- Confusión

Esta técnica ayuda en la descontextualización de nuestras peticiones. Funciona con mejor humor y podemos desarrollarla mediante juegos de palabras, comentarios de cosas insignificantes, o desarrollar por nuestra parte una conducta no esperada. Con ello agotamos la defensa del niño y evitamos una respuesta disruptiva. Un elemento que podría ser de utilidad con esta técnica es el silencio; no solo confunde al niño, pues no lo espera, sino que permite ignorar aquellas conductas no apropiadas.⁴⁸

Existen otras estrategias que pueden ser utilizados en niños con TDAH como:

- Musicoterapia

La técnica de musicoterapia se define como la utilización de la música o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado (músico-terapeuta), con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. En odontología, ésta técnica se puede adaptar durante la práctica dental. Se considera como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Algunos investigadores han utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos, así como también diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados, con la finalidad de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico.⁴⁹

- Aromaterapia

La Aromaterapia puede ser definida, según la National Association for Holistic Aromatherapy (NAHA), como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu. Es el arte y la ciencia que trata de explorar el ámbito fisiológico, psicológico y espiritual de la respuesta



del individuo a los extractos aromáticos, así como para observar y mejorar el proceso de curación innato de la persona. Es una modalidad natural, no invasiva diseñada para afectar a toda la persona no sólo el síntoma o la enfermedad, y ayudar a la capacidad natural del cuerpo para equilibrar, regular, sanar y mantenerse por el uso correcto de los aceites esenciales. En la consulta odontológica podríamos emplearla de la siguiente manera:

- Vaporización: la esencia puede ser utilizada en vaporización o spray en ciertos casos y siempre diluida en agua, o por medio de difusores de medio ambiente. Los aromas deben despertar sentimientos positivos, como motivación, felicidad, bienestar y relajación.⁵⁰
- Atención-Concentración. Se recomiendan ejercicios de razonamiento lógico, tareas de discriminación visual de estímulos gráficos. televisión, pizarra, cuentos etc. como agentes distractores y juegos que capten su interés y que permitan mantener la concentración del niño mientras realizamos el tratamiento dental.

También debemos destacar la importancia de una correcta comunicación con el médico tratante, mediante una interconsulta y según la NOM 013 se define como un procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.⁵¹

En la interconsulta el médico de la atención primaria solicita orientación en el “manejo” de un problema del paciente o en su atención total, pero para ello debe existir una adecuada comunicación entre él y el interconsultante, con el objetivo de lograr la mejor información posible y llegar a la decisión más efectiva. El odontólogo, debe tener conocimientos de los procesos básicos de las enfermedades y establecer si el tratamiento odontológico afectará o será afectado por el padecimiento del paciente. Es necesario reiterar que no se espera realizar un diagnóstico definitivo de las distintas patologías o indicar un tratamiento médico. Sin embargo, debe ser capaz de apreciar los riesgos médicos relacionados con el tratamiento previsto y de modificar 20 este de acuerdo con la sintomatología apreciada.



3.1.2 INTERACCIONES CON FÁRMACOS.

El tratamiento farmacológico del TDAH se realiza con medicamentos estimulantes. Tal es el caso del metilfenidato, el cual es un tratamiento altamente efectivo para TDAH. Este medicamento, es seguro cuando se prescribe a niños sanos y siempre debe haber supervisión médica.

Es un medicamento Neuroestimulante, que está indicado como parte del tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Las contraindicaciones para este medicamento son: pacientes que sean hipersensibles al metilfenidato o a cualquiera de los componentes de la fórmula, pacientes con hipertensión ya que puede incrementar la presión sanguínea en algunos individuos, psicosis, crisis convulsivas ya que éste puede reducir el umbral de las crisis, hipertiroidismo, glaucoma, arritmias cardiacas y angina de pecho severa.

Interacciones del metilfenidato: Aumento de presión arterial con: vasopresores y anestésicos halogenados. Inhibe el metabolismo de: anticoagulantes cumarínicos, fenobarbital, fenitoína, primidona, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina.

Efectos adversos potenciados por: alcohol.

Disminuye eficacia de: fármacos antihipertensivos.

Precaución con: fármacos dopaminérgicos incluyendo antipsicóticos, medicamentos que aumenten presión sanguínea.

Entre las reacciones adversas encontramos principalmente: Nasofaringitis, sinusitis , disminución del apetito, reducción moderada del aumento de peso y altura (uso prolongado en niños); insomnio, nerviosismo, tics, agresividad,



ansiedad, irritabilidad, cambios de humor; cefalea, mareos, somnolencia, parestesia, cefalea tensional, dolor abdominal, vómito, náusea, diarrea, boca seca, dispepsia; alopecia, prurito, erupción, urticaria; artralgia, tensión muscular, espasmos musculares, retraso de crecimiento (uso prolongado en niños); disminución de peso, cambios en la presión sanguínea y frecuencia cardíaca.

También existen otro tipo de medicamentos llamados no estimulantes debido a los efectos secundarios asociados con la ingesta de medicamentos estimulantes. Estos medicamentos pueden ser una buena alternativa para los niños que no responden bien a los medicamentos estimulantes, que no pueden tolerar sus efectos secundarios o que tienen otras enfermedades junto con el TDAH. La FDA ha aprobado tres medicamentos no estimulantes para su uso en niños y adolescentes con TDAH. Como son la atomoxetina y dos medicamentos originalmente desarrollados para tratar la hipertensión arterial: guanfacina de liberación prolongada y clonidina de liberación prolongada.⁵²

Medicamentos no estimulantes.

- Atomoxetina.

Es un inhibidor potente que está indicado como tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Las contraindicaciones para este medicamento son: Hipersensibilidad atomoxetina, trastornos cardiovasculares o cerebrovasculares graves que empeoren por incremento en la presión arterial o frecuencia cardíaca.

Interacciones de la atomoxetina:

No utilizar junto con: IMAO.



Potencia acción sobre el sistema cardiovascular de: agonistas β_2 . Riesgo de prolongar el intervalo QT con: neurolépticos, antiarrítmicos de clase IA y III, moxifloxacino, eritromicina, metadona, mefloquina, antidepresivos tricíclicos, litio, cisaprida, diuréticos.

Riesgo de aparición de convulsiones con: antidepresivos, neurolépticos, fenotiazinas, butirofenona, mefloquina, cloroquina, bupropión, tramadol. Reduce efectividad de: antihipertensivos. Precaución junto con: vasodilatadores, medicamentos que aumentan la tensión arterial. Efecto sinérgico o aditivo de su actividad con: imipramina, venlafaxina, mirtazipina, pseudoefedrina, fenilefrina.

Entre las reacciones adversas encontramos: disminución del apetito, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, agitación, ansiedad, somnolencia, mareos, sequedad de boca, dolor abdominal, vómitos, náusea, estreñimiento, fatiga, letargia, incremento de la presión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca, descenso de peso.

- Guanfacina de liberación prolongada.

Es un medicamento utilizado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

Como contraindicaciones encontramos, hipersensibilidad a guanfacina, hipotensión, bradicardia, síncope.

Interacciones de la guanfacina:

Concentraciones plasmáticas aumentadas con: inhibidores moderados y potentes de CYP3A4/5 como boceprevir, cloranfenicol, claritromicina,



indinavir, itraconazol, ketoconazol , posaconazol, ritonavir, saquinavir, telaprevir, telitromicina, aprepitant, atazanavir, ciprofloxacino, crizotinib, diltiazem, eritromicina, fluconazol, fosamprenavir, imatinib, verapamilo, zumo de toronja. Concentraciones plasmáticas disminuidas con: inductores de CYP3A4 como bosentán , carbamazepina, efavirenz, etravirina, modafinilo, nevirapina, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, rifabutina, rifampicina, Hierba de San Juan. Efectos aditivos con: antihipertensivos, depresores del SNC (p. ej., alcohol, sedantes, hipnóticos, benzodiacepinas, barbitúricos y antipsicóticos).

Como reacciones adversas podemos encontrar, disminución del apetito, insomnio, somnolencia, cefalea, sedación, mareos, letargo; hipotensión, vómitos, diarrea, náuseas, estreñimiento, sequedad de boca, aumento de peso.

- Clonidina de liberación prolongada.

Actúa sobre el SNC, con el resultado de una reducción de las eferencias simpáticas y una disminución de la resistencia periférica, resistencia vascular renal, frecuencia cardiaca y presión arterial.

Las contraindicaciones de este medicamento son: Hipersensibilidad a clonidina, pacientes con bradiarritmia.

Interacciones de la clonidina: Hipotensión potenciada por: otros hipotensores. Efecto hipotensor reducido por: neurolépticos con propiedades bloqueadores alfa adrenérgicos, antidepresivos tricíclicos, AINES.

Potencia efecto de: alcohol, depresores del SN.



Como reacciones adversas encontramos: Trastornos del sueño, mareos, sedación, cefalea, sequedad de boca, estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor en la glándula salival, fatiga. ⁵³

Debido a esto es importante realizar un interrogatorio clínico completo, indagando sobre la medicación que podría estar recibiendo el paciente diagnosticado con algún trastorno emocional, ya que existen interacciones con fármacos de primera elección para nosotros como odontólogos, por lo cual debemos tener toda la información pertinente para evitar caer en negligencia médica.

Así mismo, ha de recalcar que algunos medicamentos con los que se controla el TDAH, pueden disminuir la cantidad de flujo salival, lo cual puede significar un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones cariosas.



3.2 ATENCIÓN A PACIENTES CON DEPRESIÓN.

El manejo odontológico de los pacientes con depresión suele ser un reto, ya que los pacientes podrían mostrarse poco cooperadores e irritables durante el tratamiento dental, poco agradecidos y expresar numerosas quejas que son inconsistentes con los hallazgos objetivos.⁵⁴ Desde un punto de vista odontológico, la depresión puede estar asociada al desinterés en mantener una higiene oral adecuada, lo cual favorece la acumulación de la placa dentobacteriana; también se observa una preferencia por carbohidratos en la dieta (por la disminución de los niveles de serotonina), a una gran necesidad de consumir dulces (por el deterioro en la percepción del gusto), por lo que son más propensos a desarrollar caries dental y enfermedad periodontal.^{55,56,57,58}

3.2.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

El Odontólogo debe realizar los siguientes pasos:

- Es de suma importancia llevar a cabo el consentimiento informado con los padres del menor.
- Escuchar con actitud empática: esto ayudará a que el paciente se relaje.
- Las técnicas de control de conducta que funcionan de mejor manera en pacientes con trastorno de depresión son:
 - Decir-Mostrar-Hacer.
 - Refuerzo.
 - Visita introductoria.
 - Desensibilización.⁵⁹



3.2.2 INTERACCIONES CON FÁRMACOS.

A continuación mencionaremos los principales medicamentos utilizados para el tratamiento del trastorno de depresión.

- Nortriptilina

Es un medicamento que Bloquea la recaptación de noradrenalina o serotonina. Principalmente la recaptación de norepinefrina.

Como contraindicaciones encontramos: Hipersensibilidad a nortriptilina o a otros antidepresivos tricíclicos, infarto reciente de miocardio, arritmias, en la fase maniaca de la enfermedad bipolar o en caso de enf. hepática grave, concomitante con IMAO. Niños menores de 6 años.

Las interacciones que podemos encontrar son: Potenciación de efectos depresores sobre SNC con: alcohol y depresores centrales. Potenciación de efectos anticolinérgicos y toxicidad con: anticolinérgicos, antidiscinéticos, antihistamínicos. Potencia efectos de: anticoagulantes derivados de cumarina o de indandiona. Riesgo de agranulocitosis con: antitiroideos. Disminuye efectos de: anticonvulsivantes. Inhibe efecto hipotensor de: clonidina, guanadrel o guanetidina. Efectos disminuidos por: fenobarbital o carbamazepina. Toxicidad aumentada por: cimetidina. Potenciación de efectos y toxicidad con: hormonas tiroideas. Lab: aumento (biológico) de hormona estimulante del tiroides.

Sus reacciones adversas pueden ser: Sequedad de boca, sedación, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, trastornos de acomodación, hipertermia.

- Fluoxetina

El clorhidrato de fluoxetina es un antidepresivo de administración oral, su principal contraindicación es hipersensibilidad a la fórmula.



Las interacciones que encontramos son: contraindicado con: IMAO. Potencia acción de: Flecainida, encainida, carbamazepina, y antidepresivos tricíclicos. Puede reducir efecto de: tamoxifeno. Potencia efecto de: anticoagulantes orales. Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico con: tramadol, triptanos, litio, triptófano, selegilina. Efectos adversos aumentados con: *Hypericum perforatum*. Evitar con alcohol.

Entre sus reacciones adversas encontramos: Disminución del apetito; insomnio, ansiedad, nerviosismo, inquietud, tensión, disminución de la libido, trastornos del sueño, sueños anormales; alteración de la atención, mareos, disgeusia, letargo, somnolencia, temblor; visión borrosa; palpitaciones; rubor; bostezos; vómitos, dispepsia, sequedad de boca; erupción, urticaria, prurito, hiperhidrosis; artralgia; orinar con frecuencia; hemorragia ginecológica, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación; sensación de nerviosismo, escalofríos; disminución del peso.

- Escitalopram.

Como contraindicaciones encontramos hipersensibilidad a la fórmula.

Las interacciones que encontramos son: Potencia toxicidad de: anticoagulantes orales. Potencia acción y toxicidad de: flecainida, propafenona, metoprolol, desipramina, clomipramina, nortriptilina, risperidona, tioridazina, haloperidol. Precaución con: antidepresivos tricíclicos, ISRS, fenotiazinas, tioxantenos, butirofenonas, mefloquina, bupropión, tramadol.

Entre sus reacciones adversas encontramos: Náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca; aumento de peso; insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor; sinusitis, bostezos; incremento de la sudoración; artralgia, mialgia; disminución del apetito, aumento del apetito; fatiga, pirexia; trastornos de la eyaculación, impotencia; ansiedad, inquietud,



sueños anormales, disminución de la libido, anorgasmia. En postcomercialización se han notificado casos de prolongación del intervalo QT y arritmia ventricular.⁶⁰

Debido a esto es importante conocer cada uno de los medicamentos, así como sus interacciones con otros fármacos como se ha mencionado anteriormente.

Entre las reacciones adversas hemos encontrado que algunos medicamentos con los que se controla el trastorno de depresión, pueden disminuir la cantidad de flujo salival, lo cual puede significar un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones cariosas.



3.3 ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

El tratamiento psicológico de los trastornos del comportamiento se basa en las estrategias cognitivas y conductuales. Las técnicas conductuales se han mostrado útiles. Su eficacia es mayor en los escolares y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo. El objetivo final de esta terapia es modificar la conducta.

3.3.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

En la práctica odontológica podemos adecuar las siguientes técnicas, las cuales fueron diseñadas para ser utilizadas en un aula de clases:

- Hacer entender al paciente que con estas conductas provocan daño y el enfado de los demás.
- No dejarse manipular.
- Intentar que no nos afecte en el comportamiento para con ellos.
- Tener siempre la misma respuesta sin depender de nuestro estado de ánimo.
- Trabajar siempre en colaboración con los padres mediante el consentimiento informado y el médico tratante mediante interconsultas.

Ante los pacientes con conductas agresivas:

- Plantarles cara sin provocar la agresividad evitando luchas de poder.
- Mantener el control visual.
- No dar muestras de enfado ni de debilidad.
- No consentir de ninguna forma la agresividad.



- Evitar darles la razón (cuando no la tengan).
- Interrumpirle lo más pronto posible.
- Hacer preguntas para que reflexionen sobre sus lamentos.

Ante los pacientes con dificultad de relación social.

- Intentar iniciar conversaciones sobre cosas intrascendentes.
- Utilizar siempre preguntas directas.
- Utilizar el Lenguaje corporal amigable.
- No terminar nunca las respuestas aunque sean muy lentas.⁶¹

Las técnicas de control de conducta que funcionan de mejor manera en pacientes con trastorno de conducta son:

- Decir-Mostrar-Hacer.
- Refuerzo.
- Visita introductoria.
- Desensibilización.
- Corrección verbal.
- Extinción.
- Confusión.
- Control de Voz.^{62,63}

Corrección verbal: Para que la corrección verbal sea efectiva, se debe procurar un estilo comunicativo en los padres y los educadores basado en el lenguaje propositivo, esto es, evitando las frases con negaciones.

Extinción: Se basa en ignorar las conductas inapropiadas que manifieste el niño. En las primeras ocasiones en que se practica esta técnica, el niño aumenta la intensidad de la intromisión, ya que entiende que ahora no se le hace caso cuando antes se convertía en el centro de atención. Este efecto se denomina “estallido de extinción”. Poco a poco, si se continúa ignorando el



mal comportamiento del niño, las demandas, los gritos y los llantos del mismo van disminuyendo, debido a que no encuentra respuesta a sus peticiones. Es importante no ceder cuando el niño aumenta la intensidad de intromisión. La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y oposicionistas moderadas.⁶⁴



3.4 ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD.

La ansiedad y el miedo son dos problemas comunes a los que los odontólogos se enfrentan. Puede afectar en el acceso y la demanda de servicios de atención odontológica, así como en el manejo del paciente e interferir en la efectividad del tratamiento.^{65,66} La ansiedad es considerada como un desorden psicológico del ser humano caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del sistema nervioso autónomo, variando con el tiempo y fluctuando en intensidad,⁶⁷ se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por quienes le rodean. Hablamos de ansiedad normal o útil cuando nos encontramos ante un nivel de ansiedad moderado que encaja dentro del conjunto de respuestas normales o adaptativas ante una situación extraña y nueva. Sin embargo, cuando las respuestas de las personas, lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica o neurótica. Este tipo de ansiedad no guarda relación con el peligro que supuestamente la provoca y continúa incluso después de que haya desaparecido el peligro.⁶⁸ La visita al odontólogo causará un cierto grado de ansiedad, en casi todos los niños, y ellos expresan su conducta de acuerdo con su edad y su nivel de discernimiento o madurez emocional, especialmente en preescolar, hasta la pubertad, se convierte en una percepción más profunda por parte del paciente que interfiere con el tratamiento habitual y requiere una atención especial.^{69,70} El llanto es generalizado y no se corresponde con el tipo de tratamiento. Gran movimiento corporal que una vez necesitaría control físico. El niño puede llegar a comunicarse, y eventualmente puede poner ganas y realizar un gran esfuerzo para colaborar.⁷¹



3.4.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Las técnicas de manejo de conducta que funcionan de mejor manera en pacientes con trastorno de ansiedad son:

- Control de voz
- Visita introductoria
- Desensibilización
- Manejo de la respiración,
- Técnica de decir-mostrar- hacer
- Distracción. La cual es particularmente efectiva en niños pequeños o cuando hay poco tiempo disponible para la preparación. Entre los tipos de técnicas de distracción se encuentran el cantar, ver un video, jugar un juego o cualquier otra cosa que mantenga la atención del niño fuera del procedimiento clínico.^{72,73,74,75}



3.5 ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO DE PÁNICO.

La atención en pacientes con trastornos de pánico suele ser un reto para el odontólogo, debemos mencionar que la fobia consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una crisis de pánico. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo.

La fobia dental se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales.^{76,77}

Las características que podemos encontrar en pacientes con dicho trastorno son:

- Muy poca confianza en los dentistas.
- Llantos
- Gritos
- Berrinches
- Pacientes tímidos
- Hipersensibles al dolor.
- Mantienen conductas desorganizadas.
- Angustia
- Se manifiestan en el cuerpo sintomáticamente por señales muy molestas como: enrojecimiento – sudoración – dolor en el pecho – falta de aire – boca seca – problemas gastrointestinales.
- Es común sentirse inmovilizado en el sillón del dentista.



- Los pensamientos de estar limitado conducen solo a pensamientos de escape.
- Retrasar o eludir las citas con el odontólogo.^{78,79}

3.5.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

- Conversar con el paciente antes de iniciar el tratamiento, informar lo que le será realizado de una manera fácil y comprensible, es importante que el dentista aprenda técnicas de comunicación y mantenga un ambiente relajado y agradable, potenciando la sinceridad y la comprensión.
- Explicar al paciente las implicaciones de los comportamientos impropios tales como movimientos de cabeza.⁸⁰
- Se debe tener también en cuenta que cada niño tiene una percepción distinta del dolor, y lo que para unos puede ser un procedimiento inocuo, para otros puede ser extraordinariamente molesto. Es importante crear un ambiente familiar en el que se fomentan las visitas regulares al dentista y una actitud positiva hacia los cuidados dentales para evitar que en los más pequeños aparezca la fobia al dentista. El profesional tiene que diseñar sus propias estrategias para evaluar la percepción individual y familiar del dolor y del trauma. Además, el dentista debe intentar evitar producir dolor y reconocer las situaciones en que esto no sea posible.



Las técnicas de manejo de conducta que funcionan de mejor manera son:

- Decir-Mostrar-Hacer.
- Visita Introdutoria.
- Desensibilización.
- Técnicas de respiración.
- Aromaterapia.^{81,82,83,84}



CONCLUSIONES.

Aun cuando existe evidencia de que se ha presentado un incremento en trastornos emocionales en la población pediátrica, hay poca información de su manejo en el ámbito odontológico.

Se tiene claro que los factores más importantes para realizar una práctica dental de forma adecuada, es llevar a cabo un buen manejo de conducta del paciente pediátrico, así como la comunicación clara con los padres o tutores.

Debido a esto es indispensable contar con la mayor información posible del padecimiento emocional que pudiera estar afectando al paciente, brindándole de esta forma una atención de calidad, mediante un manejo de conducta efectivo y adecuado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud 2013.
2. Jadue J., Gladys. Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. Estudios Pedagógicos (Valdivia), N.o 28, 2002
3. Instituto para la medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano & Banco Mundial, 2013; OMS, 2013
4. Organización Mundial de la Salud; 2001, 2013.
5. Renteria R.M. Salud mental en México. (2018). CDMX. NCYTU Vol. 007
6. Organización Mundial de la Salud; 2013.
7. Gaytán Jiménez, Efraín, et al. Prevalencia de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en niños de escenarios urbanos con diferente grado de marginación. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, México. 2015, pp. 57-74.
8. Medina-Mora, M. Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica en México. México. Salud Mental, 26(4).
9. Figueroa, A. & Campbell, O. (2014). Determinantes sociales de la salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil. El caso del TDAH. México, 31(2), 66- 76.
10. Definición de La Ley para la educación de individuos con discapacidades (Individual with Disabilities Education Act,), 2014.
11. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2017
12. Asociación Americana de Psiquiatría (2002)
13. Universidad Nacional Autónoma de México (2018)
14. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, Hurtig T, Kaakinen M, Humphrey LA, McCracken JT, Varilo T, Yang MH,



Nelson SF, Peltonen L, Järvelin MR. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* (United States)2007;46(12):1575-1583.

15. Espina A., Ortega A., Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con/sin Hiperactividad. (2011).

16. American Psychiatric Association, *APA* (2000)

17. American Psychiatric Association, *APA* (2000)

18. Organización Mundial de la Salud OMS 1992

19. Organización Mundial de la Salud OMS 1992

20. Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

21. Organización Mundial de la Salud (2017)

22. Fuente INEGI 2016

23. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

24. De la Peña Olvera, Francisco, y Lino Palacios Cruz. Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. México. *Salud Mental.* Vol. 34, 2011, pp. 421-427.

25. Vázquez J, Feria M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno negativista y desafiante. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010.



26. Rodríguez Hernández J.P Trastornos del comportamiento. España: *Pediatría Integral*. (2017) Vol 2. Pag 73-81
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
28. Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jiménez-Camargo L. Cognitive Behavioral Therapy for Externalizing Disorders in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2011; 20: 305-18.
29. Leijten P, Melendez GJ, Knerr W, Gardner F. Transported versus homegrown parenting interventions for reducing disruptive child behavior: A multilevel meta-regression study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55: 610-7.
30. Coca Vila , Aránzazu. *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional*. México. UNED, 2013.
31. Asociación Mexicana de Psiquiatría infantil 2018
32. Ochando G, Peris SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*. 2012; XVI(9): 707-14.
33. Ballesteros MP, Sarmiento J. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica. Clínica teórica y práctica*. 2013; 3(2): 184-95
34. Gomez Ayala, Adela Emilia. Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico. Vol. 26, 2012, pp. 32-39.
35. .Felicetti DM, Julliard K. Behaviors of children with and without attention deficit hyperactivity disorder during a dental recall visit. *ASDC J Dent Child*. 2000; 67(4):246-9, 231.
36. Broadbent JM, Ayers KM, Thomson WM. Is attention deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries? A case-control study. *Caries Res*. 2004; 38(1):29-33.



37. López-Villalobos JA, RodríguezMolinero L, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8(Supl 4):S157-73.
38. De la Rosa C, Herrera J, Pérez B. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad relacionado con lesiones ortopédicas en niños y adolescentes entre 6 y 18 años en el año 2005. Tesis. 2006 Universidad del Bosque. Medellín, Colombia.
39. Barkley, R. A. & Murphy, K. R.. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook, (2005). Volumen 2. New York: The Guilford Press.
40. Carrilo Díaz M. Marqués Martínez M. Maroto Edo M. Trastornos de la conducta en el niño y repercusión en la atención odontopediátrica El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). JADA, (España) , Vol. 4 N° (2009) 250-255
41. Bimstein E, Wilson J, Guelmann M, Primosch R. Oral characteristics with attention-deficit hyperactivity disorder. Spec Care Dentist 2008;28(3):107-10
42. Gau SS, Chiang HL. Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. Sleep 2009;32(5):671-679.
43. NOM-004-SSA3-2012
44. De la Rosa C, Herrera J, Pérez B. Op. Cit.
45. Boj J.R. Op. Cit.
46. López-Villalobos JA, RodríguezMolinero L, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera T. El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8(Supl 4):S157-73.
47. .Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. Dent Clin North Am. 2000; 44(3):471-86.
48. Boj JR, Op. Cit



49. Cruz C, Díaz-Pizán M. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. *Rev Estomatol Herediana*. 2005; 15(1): 46-49.
50. Cohen B. Use of aromatherapy and music therapy to reduce anxiety and pain perception in dental hygiene. *Access*. 2001; 15(6): 34-41.
51. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
52. Pliszka S. Psychostimulants In: Rosenburg D GS, editor. *Pharmacotherapy of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, Third Edition Hoboken: Wiley-Blackwell; 2012. p. 65-104
53. Vademecum
54. Fernando Romo O. Walter Díaz G. Rolando Schulz R. *Tópicos de Odontología Integral*. Chile. (2011). N° 202.346
55. A. H. Friedlander. La atención odontológica del paciente con depresión mayor. *Archivos de odontoestomatología*. España. Vol. 20, N°. 6, 2004, págs. 405-415
56. Silvestre Donat, M. Martínez, J.M. Simó, E. Mayquez, R. Calabuig. Manejo clínico-odontológico del paciente con un proceso depresivo. Aspectos clínicos y manifestaciones buco-dentales. *Revista europea de odonto-estomatología*, España, Vol. 17, N°. 5-6 (SEP-DIC), 2005, págs. 257-262
57. Kurer J.R.B., Watts T.L.P., Weinman J., Gower D.B. Psychological mood of regular dental attenders in relation to oral hygiene behavior and gingival health. *J.Clin.Periodontol* 1995; 22: 52-55.
58. Anttila S., Matti L. Knuuttila E., Sakki T. Depressive Symptoms Favor Abundant Growth of Salivary Lactobacilli. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61: 508-512.
59. Boj JR.op.Cit.109-120
60. Vademecum



61. Rabadán Rubio, José Antonio; Giménez Gualdo, Ana María. Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta Educación XX1, vol. 15, núm. 2, 2012, pp. 185-212 Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España.
62. Boj JR op.cit. 109-120
63. Silvia Morales Chainé, Violeta Félix Romero, Marcela Rosas Peña, Faribia López Cervantes, Javier Nieto Gutiérrez. Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2015
64. Rodríguez H.P, Santamaría R.M. Figueroa Q., Trastornos del comportamiento. Guía didáctica. 2010. España
65. Abanto J, Vidigal E, Carvalho T, Sá S, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. Braz. Oral Res. 2017; 31(13).
66. Najafpour E, Aminabadi N, Nuroloyuni S, Jamali Z, Shirazicorres S. Can galvanic skin conductance be used as an objective indicator of children's anxiety in the dental setting? Clinical and Experimental Dentistry. 2017 Marzo; 9(3).
67. Kins E, Soenens B, Beyers W. Separation anxiety in families with emerging adults. J Fam Psychol. 2013; 27 (3): 495-505.
68. Boj JR. Op. Cit
69. Cirilo J, Córdova E, Marín Y, Robles , Siquero K, Díaz A. Nivel de ansiedad a los factores ambientales en dos servicios odontológicos públicos:hospitalario y universitario. Odontol. Sanmarquina. 2012; 15(1).
70. Lazo A. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. Revista estomatológica de Altiplano. 2010; 2(12).
71. Boj JR. Op. Cit.
72. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral para Niños y Niñas de 6 años [Guía]. Santiago: MINSAL; 2008



73. Landier W, Tse AM. Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. *J Pediatr Nurs* 2010;25(6):566-79.
74. Rojas G, Harwardt P, Sassenfeld A, Molina Y, Herrera A, Ríos M y Misrachi C. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odont Ven.*
75. Boj JR. Op.cit
76. Lima Álvarez, Magda, & Casanova Rivero, Yanett. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico.. *Humanidades Médicas*, 6(1)
77. Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. *Bol Asoc Odontol Argent P Niños* 1997,25(4):3-10.
78. Peñaranda P. Psicología odontológica, interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología. 3a ed. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2000. p38-41, 52.
79. Guilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental.
80. Lima Alvarez. Op.cit.
81. Pereira GJH, Queluz D de P. Ansiedade dentária. Avaliação do perfil dos pacientes atendidos no setor público em Itatiba/SP. *J Assess Odontol* 2000
82. Peñarqanda. Op.cit.
83. Fernández Parra A, Gil Roales-Nieto J. Odontología conductual. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2000.p.154, 172
84. Boj JR. Op.cit