

# INVESTIGACIÓN

## ARTÍCULO ESPAÑOL

# Trastornos de la conducta en el niño y repercusión en la atención odontopediátrica

## El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

M. Carrillo Díaz, L. Marqués Martínez, M. Maroto Edo, C. Cardoso Silva, E. Barbería Leache

**E**l manejo de la conducta del niño en el consultorio odontológico es uno de los retos a los que se enfrenta el odontólogo. El tratamiento odontopediátrico requiere la colaboración, en mayor o menor grado, del niño para que el profesional pueda realizar correctamente las técnicas clínicas programadas. Esto, que parece una obviedad, entraña la necesidad de conocer las características del desarrollo psicológico de la etapa infantil y ser capaz de valorar con rapidez el tipo de padre con el que trabajamos.

Por otro lado, el odontólogo necesita estar atento a los cambios en los enfoques educativos que ocurren en las familias y en la sociedad donde realiza su práctica profesional. En los últimos tiempos esos cambios ocurren de forma muy rápida y, generalmente, incluyen una mayor permisividad eliminando normas y controles conductuales lo que obliga en muchas ocasiones a utilizar técnicas de manejo de la conducta no habituales.<sup>1</sup>

## RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del desarrollo que presenta un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad (TDAH). Es una enfermedad crónica, frecuente en la infancia y que vamos a encontrar en pacientes rutinarios.

Es imprescindible realizar una completa historia clínica para conocer a lo que nos enfrentamos y saber manejar al paciente afecto de esta patología. Son bien conocidas las numerosas manifestaciones bucodentales que sufren los pacientes con TDAH, por ello es necesario incluirlos dentro de un programa preventivo individualizado de alto riesgo para evitar que se agraven dichas patologías.

**Palabras clave.** Déficit de Atención-Hiperactividad, TDAH, ADHD, alteraciones de la conducta.

*Artículo original para la edición española de JADA. Aprobado por el Comité Editorial de dicha edición, no revisado por el Comité de la edición original.*



María Carrillo Díaz es colaboradora del equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Máster en Odontopediatria. Departamento de Estomatología IV, UCM. E-mail: mery\_peich1@hotmail.com.

Laura Marqués Martínez es colaboradora del equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Máster en Odontopediatria. Departamento de Estomatología IV, UCM.

Myriam Maroto Edo es miembro del equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Coordinadora del Máster de Odontopediatria. Departamento de Estomatología IV, UCM.

Cristina Cardoso Silva es miembro del equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Máster en Odontopediatria. Departamento de Estomatología IV, UCM. Elena Barbería Leache es catedrática. Directora del equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Directora del Máster de Odontopediatria. Departamento de Estomatología IV, UCM.

A todo lo anterior hay que añadir que algunos niños presentan trastornos de la conducta, manifestación de enfermeda-

des mentales, que requieren reconocerse para poder modificar nuestras técnicas de manejo de la conducta y, si el niño recibe

terapia farmacológica, tomarla en cuenta por las posibles interacciones medicamentosas.

Dentro de este grupo de enfermedades una de las que se diagnostican con más frecuencia es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Este síndrome se presenta a cualquier edad pero frecuentemente es diagnosticado, y se inicia el tratamiento, en la etapa infantil. A lo largo de los últimos 50 años ha recibido diferentes denominaciones pero, actualmente, la más frecuente es "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad", acrónimo TDAH en español y ADHD en inglés (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*).<sup>2</sup>

En la consulta odontológica acuden a diario un gran número de niños diagnosticados de TDAH, muchos de ellos tratados farmacológicamente a pesar de que aún no se ha encontrado un tratamiento que por sí sólo mejore este angustioso trastorno del desarrollo. Por ello, los odontólogos deben conocer la enfermedad, sus posibles repercusiones, efectos secundarios del tratamiento y las consideraciones especiales a tener en cuenta en el tratamiento odontológico.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno real y no una moda reciente, siendo el problema de conducta más habitual en los niños en edad escolar, pudiendo tener muchas complicaciones en su vida e incluso una tasa de psicopatología grave de adulto.<sup>5</sup> Es el trastorno al que se recurre para explicar el fracaso escolar de los niños, los problemas de comportamiento de los adolescentes y el malestar de la familia cuando las relaciones interpersonales generan conflictos y descontento. Este hecho puede influir en un sobrediagnóstico y como consecuencia un sobretratamiento de los niños.<sup>3</sup>

## DEFINICIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del desarrollo que presenta un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad.<sup>4</sup> Debe ser crónico y generalizado, haber aparecido antes de los siete años de manera más frecuente e intensa que en los niños normales de la misma edad y nivel de desarrollo intelectual y producirse en al menos dos situaciones, por ejemplo en casa y en el colegio.<sup>5</sup>

TDAH es una discapacidad vital que afecta no sólo en el ámbito escolar sino también en la vida familiar y en las interacciones con otras personas. En aproximadamente el 50% de los niños es una discapacidad que dura toda la vida.<sup>4,5</sup>

## PREVALENCIA

Estudios llevados a cabo en Estados Unidos y en otros países, como Nueva Zelanda y Alemania, indican que el 3-6% de la población en edad escolar padece un TDAH. En nuestro país se aproxima al 6% en los niños de edad escolar.<sup>6</sup> Estas diferencias se deben a los distintos criterios de inclusión y exclusión de los sujetos, la fuente de información y la edad de los sujetos estudiados en las diferentes investigaciones.<sup>3</sup>

Diversos estudios afirman que es más frecuente en niños que en niñas, con una relación niños niñas entre 2:1 y 10:1.<sup>7</sup> La discrepancia entre sexos se debe a varios factores entre los que destacan: aplicación desigual de los criterios diagnósticos empleados habitualmente, razones educativas, culturales y diferencias físicas, concretamente diferencias hormonales y de maduración del SNC.<sup>8</sup> Con el crecimiento, esta diferencia se va estrechando, pudiendo llegar incluso a invertirse en la edad adulta.<sup>9</sup>

El nivel socioeconómico también es considerado un factor de riesgo para el TDAH, observándose una prevalencia mucho más elevada para el estrato socioeconómico bajo en comparación con el medio y el alto.<sup>10</sup>

Otro factor de riesgo para la aparición del TDAH es la cultura, o al menos debe considerarse como un factor importante al realizar un análisis de la prevalencia de este trastorno porque las diferentes culturas tienen diferentes estándares y valores relacionados con los niños.<sup>11</sup>

## ETIOLOGÍA

Aún no se conoce la etiología exacta del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Estudios muy recientes señalan un funcionamiento defectuoso de determinadas regiones cerebrales como el causante del TDAH.<sup>12</sup> Existe la constatación de la existencia de un patrón familiar en un 50% de los individuos con TDAH, sin embargo, no se conocen los marcadores genéticos específicos, ni las vías o los procesos.<sup>7,10</sup> La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerba la presentación de los síntomas y su continuidad. Los resultados obtenidos indican que los padres de los niños hiperactivos utilizan prácticas disciplinarias laxas, tienen menos comunicación con sus hijos y, además, hay una menor sincronía en las interacciones madre-hijo.<sup>13</sup>

En el 50% de los individuos donde no existe un patrón familiar, existen indicios de posibles defi-

TABLA 1

## Criterios diagnósticos DSM-IV-TR del trastorno de déficit de atención e hiperactividad<sup>14</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de seis síntomas de cada una de las dos listas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Lista 1: Déficit de la atención</b></li> <li>- <b>Lista 2: Hiperactividad e impulsividad</b></li> </ul> </li> <li>• Algunos de los síntomas han comenzado antes de los siete años</li> <li>• Los síntomas se presentan al menos en dos ambientes. Por ejemplo: en casa y en el colegio</li> <li>• Está afectada la actividad social académica</li> <li>• Se descarta la existencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otra entidad que justifique la sintomatología</li> </ul>	
LISTA 1: DÉFICIT DE LA ATENCIÓN	LISTA 2: HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No presta atención a los detalles y comete errores en las tareas escolares y otras actividades por descuido</li> <li>2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y en los juegos</li> <li>3. No escucha cuando se le habla directamente</li> <li>4. No sigue instrucciones y no finaliza las tareas</li> <li>5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades</li> <li>6. Extravía objetos necesarios para el colegio y para jugar</li> <li>7. Se distrae con estímulos irrelevantes</li> <li>8. Es descuidado en las actividades diarias</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se mueve frecuentemente en el asiento</li> <li>2. Le cuesta permanecer sentado y se levanta muchas veces en clase y en casa</li> <li>3. Corre y salta en circunstancias inapropiadas</li> <li>4. No juega con tranquilidad</li> <li>5. Parece "un motor en marcha"</li> <li>6. Habla en exceso</li> <li>7. Contesta antes de terminar de oír la pregunta</li> <li>8. No guarda turno</li> <li>9. Interrumpe y se entromete en las actividades de los demás</li> </ol>

ciencias neuroquímicas, aunque no se dispone de conclusiones suficientemente sólidas.<sup>16</sup> Se atribuye la alteración de los aspectos cuantitativos y cualitativos de la función e interacción de distintos neurotransmisores, como la dopamina y la serotonina.<sup>3</sup>

Por otro lado, se ha propuesto que la presencia de toxinas en la sangre durante la vida intrauterina y los primeros meses de vida pueden provocar una disfunción o lesión cerebral. Hasta un 50% de los bebés de madres que consumen cocaína durante el embarazo presentan trastornos del aprendizaje, TDAH y problemas de control de impulsos.<sup>5</sup> Actualmente, se está sugiriendo que fumar o consumir alcohol durante el embarazo puede ser un factor etiológico, atribuible al entorno, causante de TDAH.

Resulta claro que el odontólogo que trabaja con niños debe realizar una completa historia que incluya los antecedentes desde el embarazo.

### CRITERIO CLÍNICO

El TDAH es la entidad psiquiátrica más diagnosticada en la infancia y es absolutamente necesario que se empleen criterios diagnósticos rigurosos aprobados por la comunidad científica internacional.<sup>3</sup> No existen hallazgos físicos, de laboratorio ni neurológicos patognomónicos de este trastorno. Su diagnóstico se basa en la observación y recogida de información, siendo la mejor fuente de datos la que proviene de las situaciones de la vida real.

Por eso, es necesario escuchar a los padres, profesores, tutores, etc.<sup>3,5</sup>

El criterio más habitualmente utilizado para el diagnóstico es el propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría en 2001 (Tabla 1).<sup>3,14</sup> Se basa en la valoración y cuantificación de los síntomas que corresponden a la categoría "Déficit de atención" y/o la categoría "Hiperactividad-Impulsividad". Entre ambas categorías recogen los síntomas más frecuentes que suelen encontrarse en el TDAH y que, incorporando otros criterios temporales y sociales, permiten delimitar el cuadro.

Estas categorías permiten establecer tres tipos de TDAH:

- TDAH combinado. Con comportamientos hiperactivos, impulsivos y con déficit de la atención. Se considera que es el tipo más frecuente.
- TDAH con déficit de la atención. Presenta los indicadores del déficit de la atención pero no presenta hiperactividad.
- TDAH con hiperactividad e impulsividad. Presenta conductas impulsivas y comportamientos hiperactivos pero no hay un déficit en la atención. Es el cuadro menos frecuente.

El principal problema clínico a la hora de diagnosticar la enfermedad es que el comportamiento hiperactivo, distraído e impulsivo puede tener diferentes causas y es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial. Las causas frecuentes de hiperactividad, dificultad de manejo y/o impulsividad entre niños y adolescentes pueden ser la an-

siedad, la depresión y los trastornos del aprendizaje, además del TDAH.<sup>5</sup>

El odontólogo infantil debe ser consciente de que estos niños colaborarán poco en el consultorio durante el tratamiento ya que el “déficit de atención” hace que mantengan la atención durante un período mucho más corto que el de otros niños de su edad y la “hiperactividad e impulsividad” les llevará a moverse continuamente en el sillón dental y desear levantarse. También son frustrantes, para el profesional, durante el aprendizaje y la ejecución de las técnicas de mantenimiento de la salud bucal o cualquier otra instrucción que tengamos que darles. Sin embargo, debemos saber que las capacidades intelectuales de estos niños son normales.

### ENFOQUE TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO

El tratamiento del trastorno es multidisciplinar, contemplando no sólo el aspecto farmacológico sino también la terapia conductual, la ayuda para el aprendizaje escolar, el apoyo y asesoramiento a los padres y, como expresaremos más adelante, tomando en cuenta la repercusión en otros ámbitos como la salud dental y el tratamiento odontológico.<sup>3,6,8</sup>

Hace décadas que se observó que los estimulantes, tipo cafeína y nicotina, mejoraban los síntomas. Actualmente, el tratamiento farmacológico más frecuente incluye la administración habitual de estimulantes ya que mejoran los síntomas.<sup>8</sup> El metilfenidato es el fármaco de elección para el tratamiento de los síntomas del TDAH en los niños. En España, está comercializado como Rubifen® y Concerta® y su mecanismo de acción consiste en el bloqueo de la recaptación de dopamina.<sup>15</sup>

El fármaco se absorbe rápidamente y su acción empieza a producirse entre 30 y 60 minutos más tarde, alcanzando el pico máximo entre la hora y las tres horas, y metabolizándose entre las 3 y las 5 horas de la administración. Se comienza con dosis que se suelen aumentar progresiva y periódicamente hasta obtener el efecto deseado.

Los resultados indican que entre el 60-90% de los niños tratados con estimulantes mejoran, sobre todo, en cuanto a su impulsividad y atención, varios estudios han demostrado mejoras en la ejecución de tareas escolares, como leer y la comprensión de textos. No obstante, es un trastorno evolutivo sin curación y las terapias existentes no logran corregir de forma permanente y total la problemática subyacente a la enfermedad.

Por sus efectos estimulantes, el empleo de estos fármacos puede producir efectos adversos múlti-

ples como pérdida de peso, insomnio, tics, taquicardia y otros muchos. Por su repercusión a nivel oral, destacamos la xerostomía, los trastornos del movimiento y la glositis.<sup>15</sup> Otro de los efectos colaterales a destacar es la aparición de tolerancia a largo plazo, lo que hace necesario aumentar la dosis para conseguir el efecto terapéutico inicial.<sup>15</sup>

El uso de psicoestimulantes a largo plazo y el riesgo de dependencia que conlleva obligaría a no descartar como alternativa terapéutica las terapias psicológicas encaminadas a trabajar en la modificación de la conducta, desarrollar el autocontrol e intentar una adaptación social adecuada sin apoyo de los fármacos. El niño, en los primeros años de la vida, modifica su conducta en base a las normas que rigen en la familia, las costumbres y exigencias sociales, etc. En este momento, en el que un sistema educativo con normas no está socialmente de moda, lo frecuente es administrar terapia farmacológica.

### CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

**Patología bucal.** Diversos estudios expresan que los pacientes con TDAH tienen mayor riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, glositis y candidiasis oral. 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 hacen muy difícil que tengan una disciplina en cuanto a la alimentación y consumo de chucherías, así como una correcta higiene bucal. Por otro lado, también puede deberse a los posibles efectos secundarios de los fármacos entre los que se incluye la xerostomía. Por todo ello, se deberá incluir al paciente en un programa preventivo de alto riesgo de caries e informarle de cómo debe realizarse el cepillado dental, el uso de complementos tipo fluoruros y otras medidas, aconsejarle en la disminución de la frecuencia de consumo de golosinas, bollos, bebidas envasadas, etc. y acerca de la periodicidad de las revisiones.<sup>16,17</sup>

También se ha estudiado la relación, en estos niños, entre el síndrome y las lesiones traumáticas dentarias. En este aspecto, son necesarios muchos más estudios para llegar a resultados concluyentes pero es indudable que los niños con hiperactividad sufren más accidentes y lesiones de origen traumático.

En los niños afectados por el TDAH hay que explorar la existencia de lesiones derivadas de hábitos y parafunciones bucales. Puede manifestar

bruxismo, morderse los labios, uñas, etc. y todo ello causar lesiones que deben ser evitadas.<sup>17,18</sup>

Ocasionalmente, puede encontrarse en la literatura científica<sup>19</sup> la asociación de TDAH con alteraciones bucales como lengua geográfica o fisurada, alteraciones de la mineralización del esmalte o paladar ojival.

**Manejo de la conducta durante el tratamiento odontológico.** En la actualidad, todos los odontólogos que traten a pacientes infantiles van a tener que realizar tratamientos a niños con “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” sin que para ello tengan que tener una preparación psicológica, para el manejo de la conducta, diferente de la que necesitan para tratar al resto de los niños.

Las bases psicológicas para el manejo de la conducta son las mismas que para los otros niños, pero el odontólogo debe conocer la enfermedad y saber que, como profesional, tiene que programar y estructurar pautas y normas de actuación que sirvan de referencia al niño con problemas. Estas pautas y normas deben ser firmes y muy claras tanto para el menor como para los padres. Es necesario insistir, sobre todo, en los éxitos y habilidades del niño, reforzando positivamente mediante reconocimientos sencillos o pequeños premios su esfuerzo, e ignorar los comportamientos alterados y perturbadores.<sup>8,20</sup>

El odontólogo debe tener claro que el manejo de la conducta de estos niños, al igual que en el resto, se basa en la implantación de normas de conducta adecuadas que le permitirán controlar la ansiedad, al tiempo que facilitan al odontólogo la realización del tratamiento.<sup>20</sup> Los intentos de manejar la conducta en base a “comprar la colaboración del niño” llevarán al fracaso.

Por tanto, el odontólogo debe invertir el tiempo necesario para confeccionar la historia clínica del paciente, debe tener los conocimientos psicológicos adecuados para diseñar las pautas de conducta que va a exigir a ese niño, debe desarrollar las habilidades necesarias para establecer la adecuada comunicación con los padres y tiene que tener la firmeza de carácter suficiente para demostrar autoridad. Todo esto, bien utilizado, conducirá a una disminución de la ansiedad de los padres y los niños que posibilitará el tratamiento dental.<sup>19,20</sup>

**Interacciones medicamentosas.** No hay que olvidar que los niños diagnosticados de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” suelen estar en tratamiento, generalmente, con psicoesti-

mulantes. Este hecho, unido a las características propias de la enfermedad (falta de atención y movilidad frecuente del niño) lleva a que debamos ser extremadamente cautelosos a la hora de administrar fármacos.

Se hace imprescindible recoger en la historia médica los fármacos que el niño está tomando, las dosis y pautas de administración, evaluar los fármacos que vamos a utilizar de forma rutinaria (por ejemplo, anestésicos) u ocasional (por ejemplo, premedicación), así como estudiar las posibles interacciones.<sup>8</sup> Además, en el caso de los anestésicos, será fundamental tener en cuenta el peso del niño además de la composición del anestésico empleado.<sup>8</sup>

Si el niño está tomando Metilfenidato (Rubi-fen®/Concerta®) deberemos tener gran cuidado al prescribir premedicación oral y, especialmente, Midazolam.

## CONCLUSIONES

El odontólogo debe invertir el tiempo necesario que le permita realizar una completa historia incluyendo los antecedentes conductuales, además de los médicos y conductuales. Esto le permitirá reconocer a los niños diagnosticados de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” y la medicación que reciben.

La aplicación de las técnicas de manejo de la conducta deben extremarse en estos niños, marcándoles pautas claras que permitan conseguir su colaboración para el tratamiento odontológico. ■

1. Barbería E, Arenas M, Gómez B, Saavedra-Ontiveros D. An audit of paediatric dental treatments carried out under general anaesthesia in a sample of Spanish patients. *Community Dent Health* 2007;24:55-58.

2. Comings DE, Chen TJ, Blum K, Mengucci JF, Blum SH, Meshkin B. Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): dispelling myths. *Theor Biol Med Model* 2005;2:50.

3. Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y arte. 1ª ed. Narcea 2002.

4. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review* 2008;28:692-708.

5. Silver LB. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud. 1ª ed. Ars Medica 2004.

6. García MC, López J, Blasco MM. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev Neurol* 2005;41(2):78-80.

7. Moore DP, Jefferson JW. *Manual de psiquiatría médica*. 1ª ed. Elsevier 2005.

8. Moreno IF. *Hiperactividad*. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. 1ª ed. Pirámide 1995.

9. González-Hernández J, Galdames-Contreras D, Oporto-Segura S, Nervi-Nattero A, Von R. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto: estudio descriptivo en una Unidad de Memoria. *Rev Neurol* 2007;44(9):519-523.

10. Bird H, Gould M, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:847-850.

11. Peña J, Montiel-Nava C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Rev Neurol* 2003;36(2):173-179.
12. Castellanos FX, Giedd JN, March WL et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention deficit disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:607-616.
13. Presentación MJ, García R, Miranda A, Siegenthaler R, Jara P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol* 2006;42(3):137-143.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and atatistical manual of mental disorders, 4th ed. Test revision. Washington, DC: Amer Psychiatric association 2000.
15. Rubio B, Martín R, Herreros O, González P, Hernández S, Quintero I, Gracia R. Evaluación neuropsicológica de la eficacia del metilfenidato-OROS en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2008;46(10):602-608.
16. 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.
17. Bimstein E, Wilson J, Guelmann M, Primosch R. Oral characteristics with attention-deficit hyperactivity disorder. *Spec Care Dentist* 2008;28(3):107-110.
18. Gau SS, Chiang HL. Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. *Sleep* 2009;32(5):671-679.
19. Atmetlla G, Burgos V, Carrillo A, Chaskel R. Behavior and orofacial characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder during a dental visit. *J Clin Pediatr Dent* 2006;30(3):183-190.
20. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Ek U, Dahllöf G. Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Oral Sci* 2006;114(5):385-390.