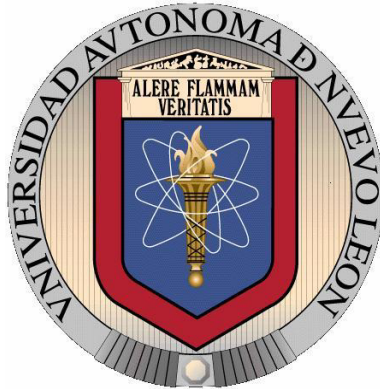


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**PERCEPCIÓN, ACTITUD Y MANEJO DE LOS PADRES SOBRE EL
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS**

POR

MARIELA DOMÍNGUEZ GÓMEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE
ODONTOPEDIATRÍA**

ABRIL, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



PERCEPCIÓN, ACTITUD Y MANEJO DE LOS PADRES SOBRE EL TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

Por

MARIELA DOMÍNGUEZ GÓMEZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE
ODONTOPEDIATRÍA

ABRIL, 2018

MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA

PERCEPCIÓN, ACTITUD Y MANEJO DE LOS PADRES SOBRE EL TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos el documento que avala la misma, como requisito parcial para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas en el Área de Odontopediatría.

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Sonia Martha López Villarreal
Presidente

Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda
Secretario

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Vocal

Dra. Sonia Martha López Villarreal
Coordinadora de la maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Odontopediatría

Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda
Coordinador de Estudios de Posgrado

PERCEPCIÓN, ACTITUD Y MANEJO DE LOS PADRES SOBRE EL TRASTORNO DE
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

Comité de Tesis

Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda
Director de Tesis

Dr. en C. Juan Manuel Solís Soto
Codirector de Tesis

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios, que sin Él ni sus bendiciones no podría haber concluido una meta más.

En segunda estancia agradezco a mi familia especialmente a mis padres por su apoyo y amor incondicional en todo lo que me he propuesto en mi vida. También a mi novio por acompañarme en este camino.

También le expreso mi profundo agradecimiento a mi director de tesis el Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda, igualmente a mi co director, Dr. En C. Juan Manuel Solís Soto, por el tiempo que invirtieron en orientarme para la realización de este trabajo. Al comité de tesis y a la Dra. Eyra Rangel por sus valiosas observaciones y aportaciones para enriquecer este trabajo. Por último pero no menos importantes a la M en C. Sonia Martha López Villarreal, a mis profesores de teoría y clínica, asistentes, secretarias, pacientes y a mis 12 compañeros de Generación que sin duda hicieron mis dos años de posgrado la mejor experiencia.

TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
AGRADECIMIENTOS	V
LISTA DE TABLAS	VII
NOMENCLATURA	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
1. INTRODUCCIÓN	11
2. HIPÓTESIS	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo general	13
3.2. Objetivo específico	13
4. ANTECEDENTES	14
4.1. Etiología	14
4.2. Prevalencia	14
4.3. Diagnóstico	15
4.4. Tratamiento	16-17
4.5. Condiciones sociodemográficas	18
5. MÉTODOS	19-20
5.1. Diseño del estudio	19
5.2. Universo del estudio	19
5.3. Criterios de selección	19
5.4. Diseño de la encuesta	19
5.5. Validación de la encuesta	20
5.6. Descripción de procedimientos	20
5.7. Análisis estadístico	20
6. RESULTADOS	21-32
6.1. Presentación de resultados	21-32
7. DISCUSIÓN	33-35
8. CONCLUSIONES	36
9. ANEXOS	37
10. LITERATURA CITADA	38-41

LISTA DE TABLAS

Fig. 1 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil en general.....	Pág. 18
Fig. 2 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil entre hombres y mujeres..	Pág. 19
Fig. 3 Porcentajes de percepción actitud y manejo del TDAH infantil según el sexo del padre.....	Pág. 19
Fig. 4 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el sexo del padre.....	Pág. 20
Fig. 5 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el nivel socioeconómico.....	Pág. 20
Fig. 6 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el nivel socioeconómico.....	Pág. 21
Fig. 7 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el nivel socioeconómico.....	Pág. 21
Fig. 8 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.....	Pág. 22
Fig. 9 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.....	Pág. 22
Fig. 10 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.....	Pág. 23
Fig. 11 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.....	Pág. 24
Fig. 12 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.....	Pág. 24
Fig. 13 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.....	Pág. 25
Fig. 14 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño....	Pág. 26
Fig. 15 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño.....	Pág. 26
Fig. 16 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño.....	Pág. 27
Fig. 17 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.....	Pág. 28
Fig. 18 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.....	Pág. 28
Fig. 19 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.....	Pág. 29

NOMENCLATURA

Fig.	Figura
TDAH	Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
ADHD	Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (siglas en inglés)
DSM	Manual Diagnóstico y estadística de desordenes Mentales (siglas en inglés)
EDAH	Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
EMA-DDA	Escalas Magallanes de Detección de déficit de Atención y otros problemas del desarrollo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) es la condición más común en niños. Como Odontopediatras tenemos la responsabilidad de orientar a los padres y tener los conocimientos para poder detectar comportamientos atípicos y así realizar una referencia con el especialista que le puede dar seguimiento y tratamiento adecuado al paciente. **OBJETIVO:** Evaluar la percepción, actitud y manejo de los padres sobre el trastorno de hiperactividad y déficit de atención en niños que acuden a la facultad de odontología de la UANL. **METODOLOGÍA:** Se aplicó una encuesta sobre la percepción, actitud y manejo del TDAH infantil a padres de niños en un rango de edad de 3 a 13 años, que acuden a la facultad de odontología de la UANL. Se realizó una encuesta basada en la literatura y de diferentes preguntas de estudios ya validados, se realizó un estudio piloto para darle validez. La encuesta estuvo conformada de 8 preguntas de percepción, 8 de actitud y 8 de manejo, 24 en total, y fue aplicada a 200 padres de familia. **RESULTADOS:** La percepción general fue de 81.44%, actitud de 76.42% y el manejo de 82.67%. Los padres obtuvieron mejor percepción, actitud y manejo que las madres. También se obtuvieron mejores resultados en percepción, actitud y manejo en nivel socioeconómico y educativo alto, pero sin diferencias significativas. **CONCLUSIÓN:** Los padres obtuvieron buena percepción, actitud y manejo del TDAH infantil y si se vio relación con el sexo del padre, perfil socioeconómico y nivel educativo pero sin diferencias significativas.

PALABRAS CLAVE: Percepción, actitud, manejo, TDAH infantil, padres.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common condition in children. As pediatric dentists we have the responsibility to guide parents and have the knowledge to be able to detect atypical behaviors and thus make a referral to the specialist who can provide follow-up and appropriate treatment to the patient. **OBJECTIVE:** To evaluate the perception, attitude and management of parents about hyperactivity disorder and attention deficit in children who attend the UANL dentistry faculty. **METHODOLOGY:** A survey on the perception, attitude and management of childhood ADHD was applied to parents of children in an age range of 3 to 13 years, who attend the UANL dental school. A survey based on the literature and different questions of validated studies was conducted, a pilot study was carried out to validate it. The survey consisted of 8 questions of perception, 8 of attitude and 8 of handling, 24 in total, and was applied to 200 parents. **RESULTS:** The general perception was 81.44%, attitude of 76.42% and management of 82.67%. The parents obtained better perception, attitude and management than the mothers. Better results were also obtained in perception, attitude and management in high socioeconomic and educational level, but without significant differences. **CONCLUSION:** The parents obtained good perception, attitude and management of childhood ADHD and if it was related to the father's sex, socioeconomic profile and educational level but without significant differences.

KEY WORDS: Perception, attitude, management, childhood ADHD, parents.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la condición más común en niños. El TDAH tiene diferentes grados de impacto en cada individuo ya que no es un simple dolor de cabeza que puede desaparecer tomando una aspirina.

Además de que es una condición que genera controversia ya que muchos padres de familia al desconocer sobre el tema pueden justificarlo como un mal comportamiento del menor e incluso catalogar al niño como un niño “malcriado”.

Como odontopediatras tenemos la responsabilidad de orientar a los padres y tener los conocimientos para poder detectar comportamientos atípicos y así realizar una referencia con el especialista que le puede dar seguimiento y tratamiento adecuado al paciente.

El principal objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción, actitud y manejo de los padres sobre el trastorno de hiperactividad con déficit de atención en niños.

Se aplicó una encuesta de 24 preguntas en total; 8 sobre percepción, 8 de actitud y 8 sobre manejo del TDAH a 200 padres que acudieron a la facultad de odontología de la UANL.

Se encontró que los padres tienen buena percepción, actitud y manejo del TDAH infantil. Los padres obtuvieron mejor porcentaje de percepción, actitud y manejo que las madres, el tener mayor nivel socioeconómico y educativo influyo positivamente en los resultados; pero sin diferencias significativas.

2. HIPÓTESIS

Los padres tienen buena percepción, actitud y manejo sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo General

Evaluar la percepción, actitud y manejo de los padres sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños que acudan a la facultad de odontología de la UANL.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar la percepción, actitud y manejo del TDAH conforme al sexo de los padres.
- Analizar la percepción, actitud y manejo del TDAH conforme al perfil socioeconómico de los padres.
- Diferenciar la percepción, actitud y manejo del TDAH conforme a la escolaridad de los padres.
- Examinar la percepción, actitud y manejo del TDAH conforme a la edad de los padres.

4. ANTECEDENTES

4.1 Etiología

En los últimos 20 años los estudios realizados en familias, gemelos y adoptados han demostrado que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una condición altamente heredable (Efron, 2015).

Se le atribuye aproximadamente un 75-80% a los factores genéticos (Henríquez et al, 2015). Un niño nacido de un padre con TDAH tiene un 57% mayor probabilidad de tener TDAH (Sujlana y Dang, 2013).

El TDAH es un desorden de por vida que no se puede prevenir de etiología desconocida (Dowst-Mayo, 2014).

4.2 Prevalencia

La prevalencia mundial del TDAH en niños es aproximadamente del 5% (Sujlana y Dang, 2013). Los hombres presentan entre 3 y 6 veces mas riesgo de presentar TDAH (Guerrero et al, 2015).

En México hay un estimado de 33 millones de niños y adolescentes, en los que 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH (Palacios et al, 2011).

El 11% de la población de E.U. entre los 4 y 17 años de edad están actualmente diagnosticados con TDAH (Dowst-Mayo, 2014).

La prevalencia de ciudadanos diagnosticados con TDAH ha aumentado drásticamente durante los últimos años en muchos países (Madsen et al, 2015).

4.3 Diagnóstico

LA Academia Americana de Pediatría ha desarrollado guías para los médicos de atención primaria en relación con el diagnóstico y tratamiento del TDAH en niños entre 6 y 12 años (Zhou et al, 2015). La fuente más frecuente de información proviene de los padres, seguido de los maestros, la entrevista con el paciente debe ser parte de la evaluación aunque en niños pequeños es poco fiable (Austerman, 2015).

Una falta de diagnóstico de TDAH impide que los niños y sus familias puedan obtener la ayuda que necesitan para alcanzar su máximo potencial en el ámbito académico y psicosocial (Hamed et al, 2015).

Los estudios con imágenes por resonancia magnética han demostrado la disminución de volumen cerebral y reducción del espesor cortical en pacientes con TDAH (Efron, 2015).

Los principales síntomas del TDAH incluyen hiperactividad, los síntomas deben durar 6 meses, que no coincidan con el nivel de desarrollo del niño y que hayan aparecido antes de los 7 años (Sharif et al, 2015).

El diagnóstico del TDAH incluye una observación cuidadosa y una recopilación de información del niño por parte del especialista, de acuerdo con los criterios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Sujlana y Dang, 2013).

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM), muchos de los síntomas de los niños con TDAH deben estar presentes antes de los 12 años (Barini y Hage, 2015).

4.4 Tratamiento

Las opciones de tratamiento para el TDAH incluyen la farmacoterapia, empleando estimulantes y no estimulantes, además de psicoeducación y terapia cognitiva conductual (Huss et al, 2014).

Los medicamentos para el TDAH son efectivos para controlar los síntomas como la falta de atención e impulsividad, sin embargo, aproximadamente un 50 al 70% de los niños con TDAH continúan padeciendo estos síntomas durante la adolescencia (Hareendran et al, 2015).

En los últimos 50 años el manejo médico para el trastorno por hiperactividad con déficit de atención no ha tenido grandes cambios. La medicación con estimulantes ha sido constantemente el tratamiento principal (Efron, 2015). Algunos efectos secundarios que pueden tener los medicamentos estimulantes son los dolores de cabeza, irritación estomacal, y en raras ocasiones alucinaciones y posiblemente desarrollo de algún tic (Walters, 2010).

El tratamiento con psicoestimulantes ha sido el tratamiento estándar por más de 5 décadas y aunque es muy eficaz hay cierta preocupación por el abuso, dependencia y tolerabilidad (Childress, 2015).

Hay autores que recomiendan ampliamente realizar intervenciones psicosociales como tratamiento de primera opción para niños y adolescentes agresivos y mal adaptados (Gorman et al, 2015).

Durante los años muchos tipos de terapias no farmacológicas se han usado para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Efron, 2015).

La dietoterapia es un método simple y de bajo costo que puede ser fácilmente aceptado por los padres y adoptados por los niños (Sharif et al, 2015).

Aunque se han encontrado muchas modalidades de tratamiento sintomático exitosas, no hay cura para el TDAH (Sujlana y Dang, 2013). No hay un método único que sea eficaz para el tratamiento y manejo del TDAH, es por eso que los profesionales abordan el tratamiento para TDAH con un enfoque multimodal (Dowst-Mayo, 2014).

La respuesta de cada paciente al tratamiento para TDAH se ve influenciado por una serie de factores; como la gravedad del trastorno, la sensibilidad a un tratamiento específico, la vulnerabilidad a los efectos secundarios relacionados con el tratamiento (Coghill y Seth, 2015).

Como otra alternativa de tratamiento están los juegos de video, ya que numerosos estudios han publicado el impacto positivo que estos tiene en el comportamiento, hábitos, personalidad y habilidades cognitivas en pacientes con TDAH (Strahler Rivero et al, 2015).

Se ha comprobado que sesiones individuales de ejercicio aeróbico tienen implicaciones positivas en función neurocognitivas y control inhibitorio en niños con TDAH (Pntifex et al, 2013).

En cuanto al tratamiento del paciente con TDAH en el consultorio dental es necesario conocer su estado de salud, implicaciones del medicamento, reconocer posibles presentaciones orales y ser flexibles para hacer ajustes en el plan de tratamiento (University of Washington, 2013).

Hay efectos secundarios por el tratamiento farmacológico que el estomatólogo debe de tomar en cuenta como: Xerostomía, estomatitis, gingivitis, glositis, bruxismo, etc. (Bimstein et al, 2008). El uso de anestesia local en la consulta dental debe hacerse con sumo cuidado ya que puede haber reacción con los medicamentos (Friedlander et al, 2003).

4.5 Condiciones Sociodemográficas

En familias con un ingreso menor de \$35,000 dólares, el porcentaje de niños con discapacidad para el aprendizaje es casi el doble comparado con los niños en familias con un ingreso de \$100,000 o más (Bloom B, et al 2013).

Los niños son más propensos a tener TDAH si sus padres están separados o tienen un nivel educativo bajo (Kim MJ, et al 2017).

Los niños de entornos socioeconómicos desfavorecidos corren un mayor riesgo de tener resultados negativos a lo largo de su vida (Russell AE, et al 2015).

Se observa una mayor prevalencia en TDAH infantil en familias de bajo nivel socioeconómicas (Chinawa JM, et al 2014).

Hay una diferencia significativa en la prevalencia del TDAH entre los niños que pertenecen a un estado socioeconómico bajo comparado contra los de un estado socioeconómico medio (Venkata JA y Panicker AS, 2013).

El TDAH se asocia con una serie de desventajas sociales y económicas, como la pobreza, educación materna, ingresos, madres solteras y madres jóvenes (Russell, et al 2014).

Los estudios han encontrado asociaciones negativas entre la posición socioeconómica y el TDAH, pero no está claro si esta asociación es causal (Larson, et al 2014).

Los niños con múltiples factores de riesgo demográficos como ser minoría étnica, de sexo masculino y un nivel económico bajo tienen mayor riesgo de tener síntomas de TDAH (Martel, 2013).

5. MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

El diseño de este estudio fue comparativo, abierto, observacional, prospectivo y transversal.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

5.2 Universo de estudio

Encuestas aplicadas a 200 padres de familia (150 mujeres y 50 hombres), sobre la percepción, actitud y manejo del TDAH en niños, que acudieron a la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

5.3 Criterios de selección

Padres que tengan hijos en un rango de edad entre 3 y 13 años, que acudan a la facultad de odontología de la UANL, sin una discapacidad mental, intelectual, visual o psicomotriz; eliminando las encuestas mal llenadas.

5.4 Diseño de la encuesta

Se elaboró una encuesta de 24 preguntas basadas en literatura de artículos publicados en revistas de alto impacto, así como escalas o cuestionarios tales como; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM) basándonos en la quinta versión DSM-5,

(American Psychiatric Association, 2013). Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH, (Farré y Narbona, 2013). Escalas Magallanes de Detección de déficit de Atención y otros Problemas en el Desarrollo EMA-DDA (García Pérez y Magaz Lago 2011).

5.5 Validación de la encuesta

Hay estudios donde se realiza y aplica primero una encuesta piloto para ver que cambios se deben de hacer y que sea confiable para el estudio (Quaranta A, et al 2016). Primero se realizó una encuesta piloto sobre percepción, actitud y manejo del Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención en niños a los padres que acuden a la Facultad de Odontología de la UANL. Se aplicaron 25 encuestas piloto, en las cuales se encontraron mínimos errores de redacción y también falta de comprensión en algunas preguntas. Se revisó y cambio la redacción de algunas preguntas para obtener la encuesta final. Dicha encuesta fue aplicada a 200 padres que acudieron a la facultad de Odontología de la UANL. Se eliminaron encuestas incompletas o mal llenadas.

5.6 Descripción de procedimientos

Se aplicaron las encuestas a 200 padres, se capturaron los resultados en un formato previamente hecho en excel, se obtuvieron los porcentajes y estos fueron representados en gráficas.

5.7 Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de Chi^2 con corrección de Yates (2 colas) para analizar diferencias entre la percepción, actitud y manejo con las diferentes variables.

6. RESULTADOS

Se analizaron la percepción, actitud y manejo del TDAH infantil a 200 padres que acudieron a la facultad de odontología de la UANL. De los cuales, 150 fueron mujeres y 50 hombres.

6.1 Presentación de resultados

Los datos fueron capturados en un formato previamente elaborado en Excel; de estos datos se obtuvieron porcentajes con las diferentes variables como: el sexo de los padres, nivel socioeconómico, escolaridad de ambos padres, edad del niño y edad de los padres.

La percepción, actitud y manejo del TDAH infantil fue de 80.17% (Fig. 1) en general; los padres tienen mejor manejo que actitud sobre el TDAH, aunque no hay diferencia significativa.

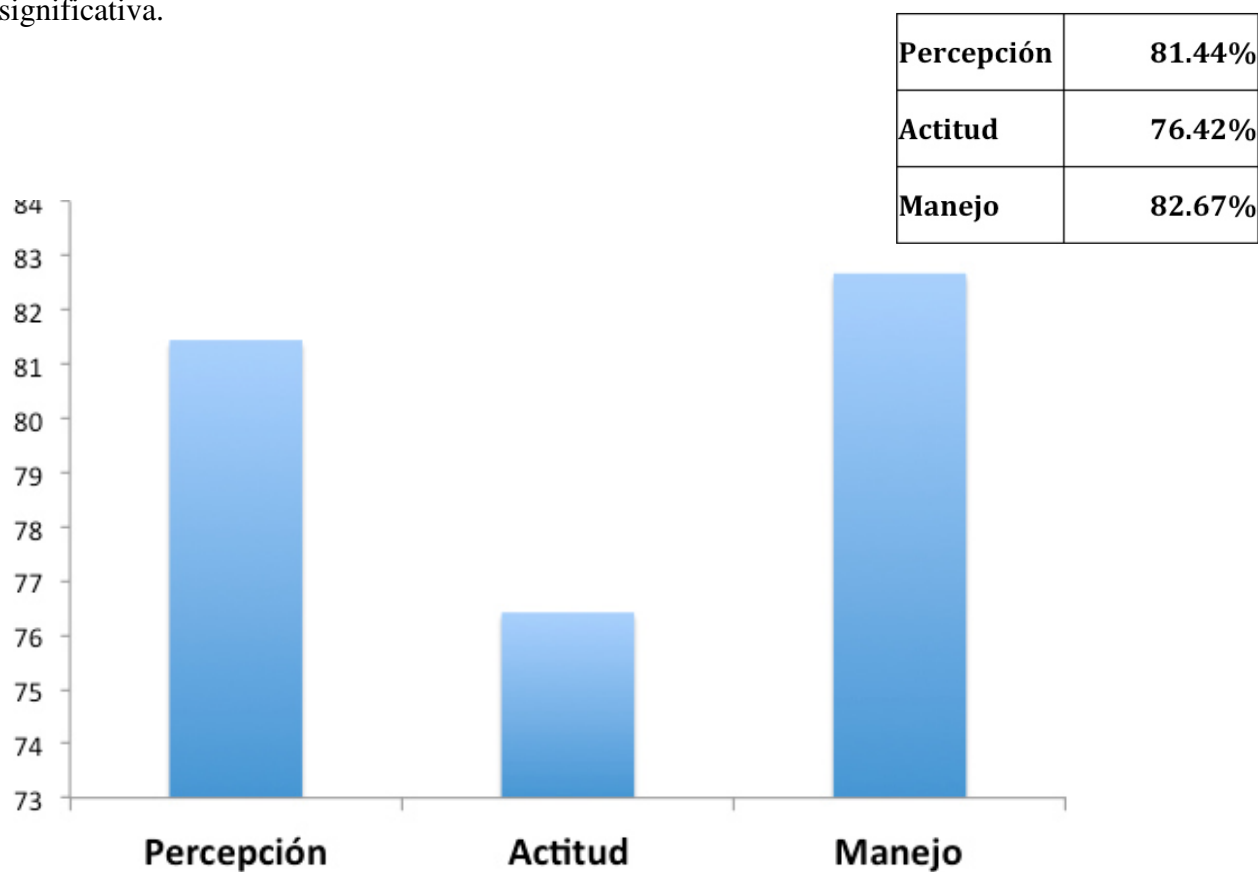


Fig. 1 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil general.

Aunque se obtuvo una mejor percepción, actitud y manejo del TDAH infantil de los padres que de las madres (Fig. 2 y 3), no hubo diferencia significativa (Fig. 4).

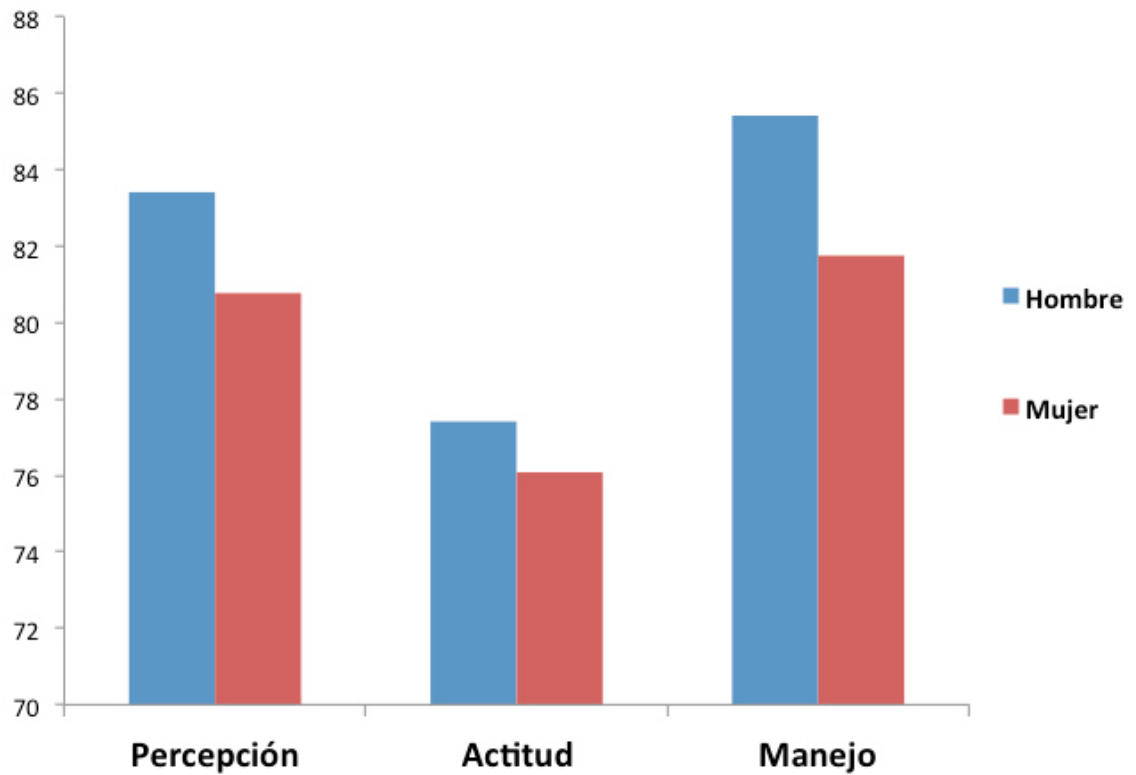


Fig. 2 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil entre hombres y mujeres.

	Hombre	Mujer
Percepción	83.41%	80.77%
Actitud	77.41%	76.08%
Manejo	85.41%	81.75%

Fig. 3 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el sexo del padre.

Percepción Vs. Actitud

- P-value= 0 .95

Percepción Vs. Manejo

- P-value= 0.95

Actitud Vs. Manejo

- P-value= 0.91

Fig. 4 Resultados del análisis estadístico (valores de P) de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el sexo del padre.

En cuanto al nivel socioeconómico de los padres se obtuvo mejor manejo, percepción y actitud en un nivel económico alto (Fig. 5 y 6); sin embargo, no se encontró diferencia significativa (Fig. 7).

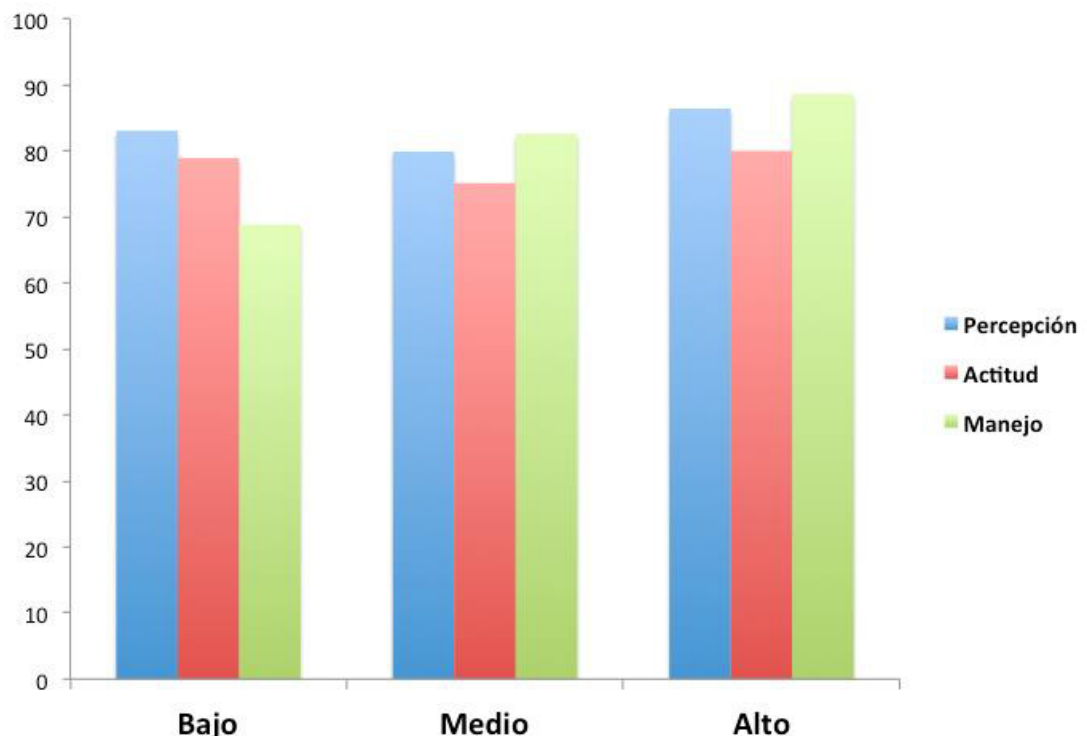


Fig. 5 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el nivel socioeconómico.

	Bajo	Medio	Alto
Percepción	83.08%	79.89%	86.43%
Actitud	78.92%	75.14%	80.02%
Manejo	68.87%	82.66%	88.67%

Fig. 6 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según nivel socioeconómico.

Percepción Vs. Actitud

Nivel Bajo Vs. Medio

- P-value= 0.94

Actitud Vs. Manejo

Nivel Bajo Vs. Alto

- P-value= 0.28

Percepción Vs. Manejo

Nivel Bajo Vs. Medio

- P-value= 0.32

Percepción Vs. Actitud

Nivel Medio Vs. Alto

- P-value= 0.97

Actitud Vs. Manejo

Nivel Bajo Vs. Medio

- P-value= 0.30

Percepción Vs. Manejo

Nivel Medio Vs. Alto

- P-value= 0.99

Percepción Vs. Actitud

Nivel Bajo Vs. Alto

- P-value= 0.91

Actitud Vs. Manejo

Nivel Medio Vs. Alto

- P-value= 0.98

Percepción Vs. Manejo

Nivel Bajo Vs. Alto

- P-value= 0.32

Fig. 7 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según el nivel socioeconómico.

Se encontró una mejor percepción, actitud y manejo de las madres que tienen una escolaridad de Posgrado a diferencia de las que tienen una escolaridad de primaria o secundaria (Fig. 8 y 9); pero no se encontró una diferencia significativa (Fig. 10).

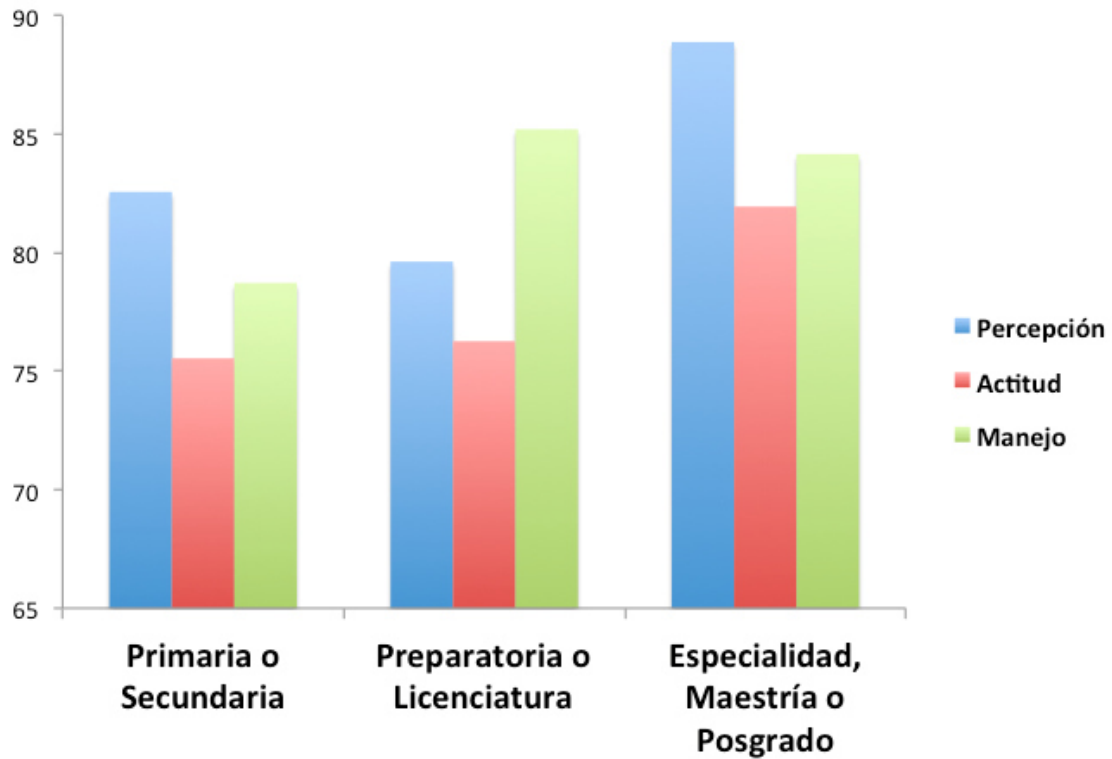


Fig. 8 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.

	Primaria o Secundaria	Preparatoria o Licenciatura	Especialidad, Maestría o Posgrado
Percepción	82.56%	79.62%	88.88%
Actitud	75.54%	76.26%	81.94%
Manejo	78.72%	85.2%	84.16%

Fig. 9 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.

Percepción Vs. Actitud
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.87

Percepción Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.61

Actitud Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.74

Percepción Vs. Actitud
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.97

Percepción Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.96

Actitud Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.94

Percepción Vs. Actitud
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.89

Percepción Vs. Manejo
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.58

Actitud Vs. Manejo
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.69

Fig. 10 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad de la madre.

Se encontró una mejor percepción, actitud y manejo de los padres que tienen una escolaridad de Posgrado a diferencia de las que tienen una escolaridad de primaria o secundaria (Fig. 11 y 12); pero no se encontró una diferencia significativa (Fig. 13).

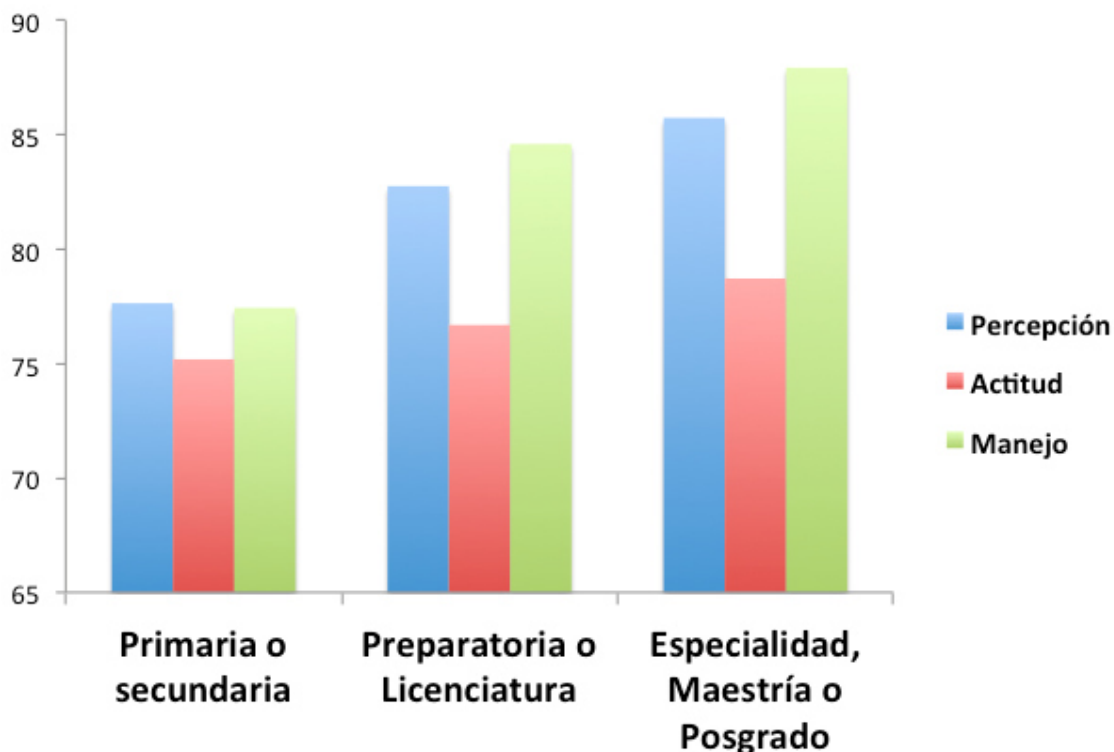


Fig. 11 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.

	Primaria o secundaria	Preparatoria o Licenciatura	Maestría
Percepción	77.64%	82.76%	85.74%
Actitud	75.19%	76.69%	78.72%
Manejo	77.44%	84.6%	87.93%

Fig. 12 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.

Percepción Vs. Actitud
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.87

Percepción Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.86

Actitud Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Prepa-Lic
• P-value= 0.74

Percepción Vs. Actitud
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.83

Percepción Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.87

Actitud Vs. Manejo
Prim-Secu Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.71

Percepción Vs. Actitud
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.96

Percepción Vs. Manejo
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.99

Actitud Vs. Manejo
Prepa-Lic Vs. Esp-Maest-Posgr
• P-value= 0.96

Fig. 13 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la escolaridad del padre.

Se obtuvo una mejor percepción, actitud y manejo en padres con niños en un rango de edad de 10 a 13 años comparados con los de 3 a 9 años de edad (Fig. 14 y 15); pero sin ninguna diferencia significativa (Fig. 16).

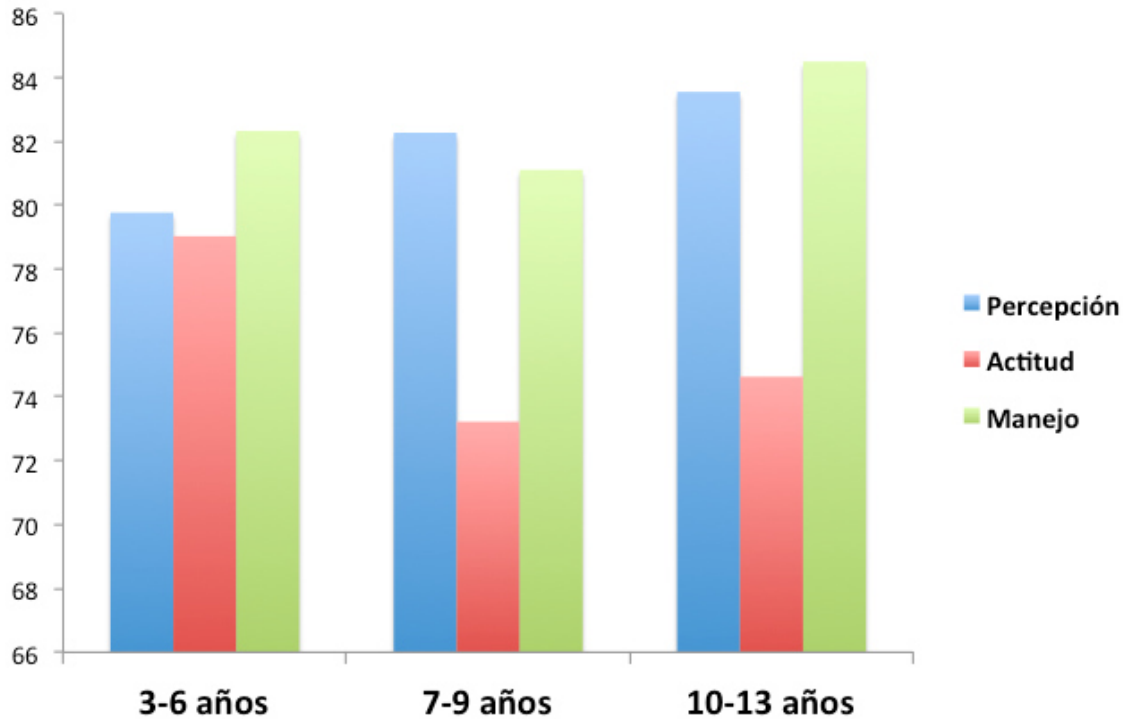


Fig. 14 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño.

	3-6 años	7-9 años	10-13 años
Percepción	79.77%	82.27%	83.55%
Actitud	79.03%	73.22%	74.63%
Manejo	82.33%	81.11%	84.5%

Fig. 15 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño.

Percepción Vs. Actitud

3-6 años Vs. 7-9 años

- P-value= 0.64

Percepción Vs. Manejo

3-6 años Vs. 7-9 años

- P-value= 0.86

Actitud Vs. Manejo

3-6 años Vs. 7-9 años

- P-value= 0.76

Percepción Vs. Actitud

3-6 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.65

Percepción Vs. Manejo

3-6 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.95

Actitud Vs. Manejo

3-6 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.69

Percepción Vs. Actitud

7-9 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.98

Percepción Vs. Manejo

7-9 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.91

Actitud Vs. Manejo

7-9 años Vs. 10-13 años

- P-value= 0.92

Fig. 16 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad del niño.

Se encontró que los padres de más de 51 años de edad tienen mejor percepción sobre el THDA infantil que los padres con menos edad; los padres entre 15 y 25 años tienen mejor actitud sobre esta condición y los de 36 a 50 años tienen un mejor manejo (Fig. 17 y 18); pero sin diferencia significativa (Fig. 19).

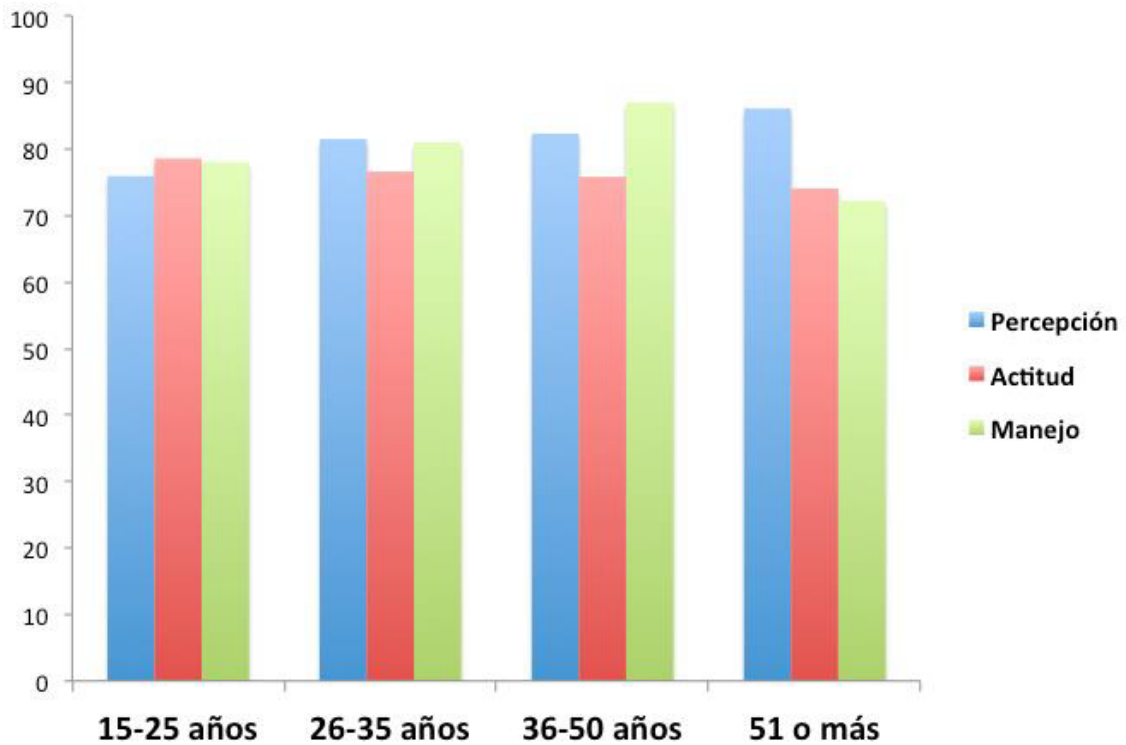


Fig. 17 Percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.

	15-25 años	26-35 años	36-50 años	51 o más
Percepción	75.94%	81.52%	82.33%	86.11%
Actitud	78.59%	76.62%	75.84%	74.07%
Manejo	78.03%	81.01%	87.02%	72.22%

Fig. 18 Porcentajes de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.

Percepción Vs. Actitud
15-25 años Vs. 26-35 años
• P-value= 0.65

Percepción Vs. Manejo
15-25 años Vs. 26-35 años
• P-value= 0.86

Actitud Vs. Manejo
15-25 años Vs. 26-35 años
• P-value= 0.77

Percepción Vs. Actitud
15-25 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.61

Percepción Vs. Manejo
15-25 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.88

Actitud Vs. Manejo
15-25 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.50

Percepción Vs. Actitud
26-35 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.69

Percepción Vs. Manejo
26-35 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.45

Actitud Vs. Manejo
26-35 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.73

Percepción Vs. Actitud
15-25 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.33

Percepción Vs. Manejo
15-25 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.36

Actitud Vs. Manejo
15-25 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.94

Percepción Vs. Actitud
26-35 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.95

Percepción Vs. Manejo
26-35 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.74

Actitud Vs. Manejo
26-35 años Vs. 36-50 años
• P-value= 0.70

Percepción Vs. Actitud
36-50 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.74

Percepción Vs. Manejo
36-50 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.28

Actitud Vs. Manejo
36-50 años Vs. 51 o más
• P-value= 0.47

Fig. 19 Resultados del análisis estadístico (valores de P) entre percepción, actitud y manejo del TDAH infantil según la edad de los padres.

7. DISCUSIÓN

Los padres de familia con un mayor nivel educativo obtuvieron mayor porcentaje (arriba del 80%) en la percepción, actitud y manejo comparándolos con los de un nivel educativo menor. Hay estudios donde tras aplicarles una encuesta a padres obtuvieron un conocimiento deficiente ya que no contaban con un buen nivel educativo (Alyahya, et al 2017). En nuestro estudio los padres con un nivel educativo deficiente obtuvieron valores aceptables, pero aun así inferiores a los de un nivel educativo de maestría.

Tahani y colaboradores diseñaron un cuestionario valido y confiable donde incluyeron aspectos demográficos para conocer su conocimiento y actitud (Tahani B, et al 2017). En este trabajo también se elaboró una encuesta y se tomaron en cuenta aspectos sociodemográficos para conocer percepción, actitud y manejo.

Sadana y colaboradores aplicaron un cuestionario hecho por ellos mismos a padres de familia de nivel económico medio-alto para evaluar conocimiento y actitud (Sadana G, et al 2017) a diferencia con nuestro estudio que se evaluó percepción, actitud y manejo en padres de familia (hombres y mujeres) de cualquier nivel socioeconómico; aplicándoles una encuesta donde su elaboración se basó en literatura encontrada en revistas de alto impacto y en cuestionarios ya establecidos.

En Roma se realizó un cuestionario a padres, hombres y mujeres donde evaluaron conocimiento, actitud y comportamiento y obtuvieron resultados prácticamente equivalentes entre hombres y mujeres (Guerra F, et al 2017). En nuestro estudio se obtuvo mejores resultados en hombres que en mujeres al evaluar percepción, actitud y manejo, pero sin ninguna diferencia significativa.

Hay estudios donde utilizan Chi^2 para el análisis estadístico (Rajan P, et al 2017) coincidiendo con nuestro estudio en el que también utilizamos Chi^2 para en análisis estadístico.

Lasisi y colaboradores realizaron encuestas a 159 maestros para evaluar el conocimiento sobre el TDAH, actitud y conocimiento de la intervención conductual (Lasisi D, et al 2017). En nuestro estudio también se evaluó la actitud además de percepción y manejo pero a 200 padres de familia.

En el 2017, Dodangi y colaboradores encuestaron a 150 padres que tuvieran hijos con TDAH para determinar conocimiento y actitud del trastorno utilizando un cuestionario elaborado en base a artículos y de guías ya establecidas (Dodangi N, et al 2017). Coincidiendo con nuestro estudio en el que también se aplicaron una encuesta basado en artículos y guías previamente elaboradas y específicas para el TDAH con la diferencia que los padres encuestados podían no tener hijos con el diagnóstico de TDAH.

El tener un nivel educativo alto se relaciona positivamente con tener conocimientos sobre los síntomas del TDAH (Amiri S, et al 2016). En nuestro estudio también se demostró que los padres con un nivel educativo de maestría tienen mejor percepción, actitud y manejo sobre el TDAH.

Los padres con un nivel económico bajo se asociaron con un menor conocimiento sobre el tratamiento del TDAH (Arat A, et al 2018). En nuestro estudio también se muestra que los padres con un nivel socioeconómico bajo obtuvieron menor porcentaje de percepción, actitud y manejo del TDAH infantil, pero sin ninguna diferencia significativa con los niveles medio y alto.

Los padres tienen limitado conocimiento sobre el manejo del TDAH (Ahmed R, et al 2014). En cuanto a nuestro estudio dio como resultado un aceptable resultado a cuanto la percepción, actitud y manejo de dicho trastorno.

8. CONCLUSIONES

En este trabajo se evaluó la percepción, actitud y manejo del TDAH infantil en padres de niños de 3 a 13 años de edad que acudieron a la facultad de odontología de la UANL; en el cual la percepción de los padres fue de 81.44%, actitud de 76.42% y manejo de 82.67%. Los padres obtuvieron mejor percepción, actitud y manejo del TDAH que las madres. En cuanto al nivel socioeconómico se lograron mayores porcentajes de percepción, actitud y manejo en el nivel económico alto; el nivel económico bajo obtuvo el porcentaje más bajo, 68.87% en cuanto al manejo; y el nivel económico medio obtuvo el menor porcentaje, 75.14%, en actitud. En cuanto a la escolaridad de los padres, se obtuvieron mayores porcentajes a un nivel educativo de maestría; pero sin resultados significativos comparándolo con el resto de los niveles educativos.

9. ANEXOS

Sexo: M() F() NIVEL DE VIDA FAMILIAR ES: BAJO () MEDIO () ALTO () Considerar bajo con menos de 3000 pesos por persona al mes, medio entre 3001 y 15000, alto más de 15000 pesos MADRE: PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPA () LICENCIATURA () ESPECIALIDAD-MAESTRIA-DOCTORADO () PADRE: PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPA () LICENCIATURA () ESPECIALIDAD-MAESTRIA-DOCTORADO () EDAD DEL NIÑO: 3 A 6 AÑOS () 7 A 9 AÑOS () 10 A 13 () SU EDAD ES DE: 15 A 25 AÑOS () 26 A 35 () 36 A 50 () 50 Ó MAS ()

Si su hijo tuviera trastorno de hiperactividad con déficit de atención.	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
¿Su hijo precipita respuestas antes de haber terminado la pregunta?				
Usted le daría cualquier tipo de comida (cereal, dulces, pan o postre) eso no afecta para nada su comportamiento.				
¿Su hijo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado?				
¿Su hijo mueve en exceso manos o pies?				
Una dieta especial podría mejorar los síntomas e incluso ser parte de un buen tratamiento				
¿A menudo habla excesivamente?				
Usted pierde la serenidad o calma fácilmente?				
¿Usted le daría medicamentos a su hijo como tratamiento para controlar sus acciones y que el niño permanezca quieto y ayudarlo a enfocarse?				
¿Cree que sobreprotege a su hijo?				
¿El tratamiento farmacológico es la única opción de tratamiento?				
¿Usted se sienta y revisa/ayuda con las tareas escolares de su hijo?				
¿Su hijo no presta mucha atención a los detalles o comete errores leves en trabajos escolares?				
¿Consideraría meditación y ejercicio (yoga) como tratamiento alternativo para su hijo?				
¿Llevaría a su hijo a consulta con psiquiatra?				
¿Le aplica castigos a su hijo si no cumple correctamente con las tareas asignadas?				
¿Su hijo evita o le disgusta participar en tareas que requieren un esfuerzo mental?				
¿Usaría medicamentos relajantes que y que lo ayudaran a dormirse rápido?				
¿Considera que su hijo tiene mala conducta (malcriado) ?				
¿Llevaría a su hijo a consulta con psicólogo como parte del tratamiento?				
¿Familiares o maestros le han comentado que sus hijo tiene mal comportamiento?				
¿Su hijo parece no escuchar cuando se le habla directamente?				
¿Usted toma tiempo para preguntar y escuchar sobre su día?				
¿Su hijo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos?				
¿Usted ha considerado llevarlo a cita con psicólogo?				

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ahmed R, Borst JM, Yong CW, Aslani P. 2014. Do parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) receive adequate information about the disorder and its treatments? A qualitative investigation. *Patient Preference Adherence*. 8:661-70.
2. Alyahya L, Alkandari S, Alajmi S, Alyahya A. 2017. Knowledge and Socio-demographic Determinants of Emergency Management of Dental Avulsion Among Parents in Kuwait: A Cross-sectional Study. *Med Princ Pract*. DOI:10.1159/000486095
3. American Academy of Pediatrics. 2011. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 128(5): 1-6.
4. Amiri S, Shafiee-Kandjani AR, Noorazar SG, Rahmani Ivrih S, Abdi S. 2016. Knowledge and Attitude of Parents of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Towards the Illness. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 10(2):e122.
5. Arat A, Östberg V, Burström B, Hjern A. 2018. ADHD medication in offspring of immigrants – does the income level of the country of parental origin matter?. *BMC Psychiatry*. 18(1):3.
6. Austerman J. 2015. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleve Clin J Med*. 82: 2-7.
7. Barini NS, Hage SR. 2015. Vocabulary and verbal comprehension of students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Codas*. 27(5): 446-451.
8. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. 2011. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 45(2): 150-5.
9. Bimstein E, Wilson J, Guelmann M, Primosch R. 2008. Oral characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Spec Care Dentist*. 28(3): 107-110.
10. Bloom B, Jones LI, Freeman G. 2013. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2012. *Vital Health Stat* 10. 258: 1-81.
11. Chandra Pani S, Hillis H, Chaballout T, Al Enazi W, AlAttar Y, Aboramadan M. 2014. Knowledge and attitude of Saudi teachers of students with attention-deficit hyperactivity disorder towards traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 30: 222-226.
12. Childress AC. 2015. A critical appraisal of atomoxetine in the management of ADHD. *Ther Clin Risk Manag*. 12: 27-39.
13. Chinawa JM, Odetunde OI, Obu HA, Chinawa AT, Bakare MO, Ujunwa FA. 2014. Attention deficit hyperactivity disorder: a neglected issue in the developing world. *Behav Neurol*. 2014:694764.
14. Coghill D, Seth S. 2015. Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: the Dundee ADHD Clinical Care Pathway. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 9: 52.
15. Dahl M. G. 2010. Hypnosis and Working with ADD. *IMDHA*. 1: 1-1

16. Dodangi N, Vameghi R, Habibi N. 2017. Evaluation of Knowledge and Attitude of Parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. *Iran J Psychiatry*. 12(1):42-48.
17. Dowst-Mayo L. 2013. 'He won't sit still!' (Because he can't) How to work effectively with ADHD patients. *RDH*. 31: 32-42.
18. Dowst-Mayo L. 2014. How to work effectively with patients who have ADHD. *Dent Econ*. 104: 105-112.
19. Efron D. 2015. Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years. *J Paediatr Child Health*. 51: 69-73.
20. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. 2013. The pathophysiology, medical management, and dental implications of children and Young adults having attention-deficit hyperactivity disorder. *J Calif dent Assoc*. 31(9): 669-678.
21. Gómez Sánchez CI, Riveiro Alvarez R, Soto Insuga V, Rodrigo M, Tirado Reguero P, Mahillo Fernandez I, Abad Santos F, Carballo JJ, Dal Ré R, Ayuso C. 2016. Attention deficit hyperactivity disorder: genetic association study in a cohort of Spanish children. *Behav Brain Funct*. 12:2.
22. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, Boylan K, Cochrane Brink K, Goldade R, Soper PR, Ustina J, Pringsheim T. 2015. Canadian Guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*. 60(2): 62-76.
23. Grizenko N, Osmanlliu E, Fortier MÉ, Joobar R. 2015. Increased Risk of Asthma in Children with ADHD: Role of Prematurity and Maternal Stress during Pregnancy. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 24: 109-15.
24. Guerra F, Rinaldo F, Mannocci A, Mazur M, Corridore D, Di Giorgio G, Polimeni A, Ottolenghi L, Nardi GM. 2017. Knowledge, attitude and behavior towards oral health: gender differences between parents. *Clin Ter*. 168(6):e361-e370.
25. Guerra Prado D, Mardomingo Sanz ML, Ortiz Guerra JJ, García García P, Soler López B. 2015. Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *An Pediatr (Barc)*. 1695-4033.
26. Hamed AM, Kauer AJ, Stevens HE. 2015. Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Front Psychiatry*. 6: 168.
27. Hareendran A, Setyawan J, Pokrzywinski R, Steenrod A, Madhoo M, Erder MH. 2015. Evaluating functional outcomes in adolescents with attention-deficit/Hyperactivity disorder: development and initial testing of a self-report instrument. *Health Qual Life Outcomes*. 13: 133.
28. Henríquez MP, Solari S, Quiroga T, Kim BI, Deckelbaum RJ, Worgall TS. 2015. Low serum sphingolipids in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Front Neurosci*. 9: 300.
29. Hidas A, Birsman N, Fux Noy A, Shapira J, Matot I, Steinberg D, Moskovitz M. 2013. Salivary bacteria and oral health status in medicated and non-medicated children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Oral Invest*. 17: 1863-1867.

30. Hovik KT, Plessen KJ, Cavanna AE, Skogli EW, Andersen PN, Oie M. 2015. Cognition, Emotion and Behavior in Children with Tourette's Syndrome and Children with ADHD-Combined Subtype-A Two-Year Follow-Up Study. *PLoS One*. 10.
31. Huss M, Ginsberg Y, Tvedten T, Arngrim T, Philipsen A, Carter K, Chen CW, Kumar V. 2014. Methylphenidate hydrochloride modified-release in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Adv Ther*. 31(1): 44-65.
32. Kim MJ, Park I, Lim MH, Paik KC, Cho S, Kwon HJ, Lee SG, Yoo SJ, Ha M. 2017. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and its Comorbidity among Korean Children in a Community Population. *J Korean Med Sci*. 32(3):401-406.
33. Klora M, Zeidler J, Linder R, Verheyen F, Von der Schulenburg JM. 2015. Costs and treatment patterns of incident ADHD patients – a comparative analysis before and after the initial diagnosis. *Health Econ Rev*. 5(1): 40.
34. Kohlboeck G, Heitmueller D, Neumann C, Tiesler C, Heinrich J, Heinrich-Weltzien R, Hickel R, Koletzko S, Herbarth O, Kühnisch J. 2013. Is there a relationship between hyperactivity/inattention symptoms and poor oral health? Results from the GINIplus and LISApplus study. *Clin Oral Investig*. 17: 1329-38.
35. Larsson H, Sariaslan A, Långström N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. 2014. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 55(5):428-35.
36. Lasisi D, Ani C, Lasebikan V, Sheikh L, Omigbodun O. 2017. Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 20;11:15.
37. Madsen KB, Ersboll AK, Olsen J, Parner E, Obel C. 2015. Geographic analysis of the variation in the incidence of ADHD in a country with free access to healthcare: a Danish cohort study. *Int J Health Geogr*. 14: 24.
38. Martel MM. 2013. Individual differences in attention deficit hyperactivity disorder symptoms and associated executive dysfunction and traits: sex, ethnicity, and family income. *Am J Orthopsychiatry*. 83(2 Pt 3):165-75.
39. Martínez Badía J, Martínez Raga J. 2015. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry*. 5:379-86.
40. Palacios Cruz L, De la Peña F, Valderrama A, PAtiño R, Calle Portugal SP, Ulloa RE. 2011. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Ment*. 34:149-155.
41. Pntifex MB, Saliba BJ, Raine LB, Picchiatti DL, Hillman CH. 2013. Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention- deficit/ hyperactivity disorder. *J Pediatr*. 162(3): 543-51.
42. Quaeanta A, De Giglio O, Trerotoli P, Vaccaro S, Napoli C, Montagna MT, Caggiano G. 2016. Knowledge, attitudes, and behavior concerning dental trauma among parents of children attending primary school. *Ann Ig*. 28(6):450-459.

43. Rajan P, Krishnan R, Kumar S, Nair S. 2017. Knowledge and Attitude about Early Childhood Caries among Pregnant Mothers from Low Socioeconomic Status: A Questionnaire Study. *J Pharm Bioallied Sci.* 1:S85-S87.
44. Russell g, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. 2014. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *J Child Psychol Psychiatry.* 55(5):436-45.
45. Russell AE, Ford T, Russell G. 2015. Socioeconomic Associations with ADHD: Findings from a Mediation Analysis. *PLoS One.* 10(6):e0128248.
46. Sadana G, Walia S, Rai HK, Aggarwal N, Bhargava A. 2017. Knowledge, Attitude, and Practice of Upper-middle Class toward the Importance of a Pediatric Dentist. *J Int Soc Prev Community Dent.* 7(2):S88-S91.
47. Sallee FR. 2015. Early Morning Functioning in Stimulant-Treated Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and its Impact on Caregivers. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 25(7): 558-65.
48. Sharif MR, Madani M, Tabatabaei F, Tabatabaee Z. 2015. The Relationship between Serum Vitamin D Level and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran J Child Neurol.* 9(4): 48-53.
49. Sharif F, Zarei S, alavi Shooshtari A, Vossoughi M. 2015. The Effect of Stress Management Program Using Cognitive Behavior Approach on Mental Health of the Mothers of the Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran J Pediatr.* 25(3).
50. Solé Puig M, Pérez Zapata L, Puigcerver L, Esperalba Iglesias N, Sánchez García C, Romeo A, Cañete Crespillo J, Supér H. 2015. Attention-Related Eye Vergence Measured in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One.* 10.
51. Strahler Rivero T, Herrera Nuñez LM, Uehara Pires E, Amodeo Bueno OF. 2015. ADHD Rehabilitation through Video Gaming: A Systematic Review Using PRISMA Guidelines of the Current Findings and the Associated Risk of Bias. *Front Psychiatry.* 6: 151.
52. Sujlana A, Dang R. 2013. Dental care for children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Dent Child.* 80:2.
53. Tahani B, Yadegarfar G, Ahmadi A. 2017. Knowledge, attitude, and practice of parents of 7-12-year-old children regarding fissure sealant therapy and professional fluoride therapy. *J Educ Health Promot.* 6:106.
54. Thikkurissy S, McTigue DJ, Coury DL. 2012. Children presenting with dental trauma are more hyperactive than controls as measured by the ADHD rating scale IV. *Ped Dent.* 34: 28-31.
55. University of Washington, School of Dentistry. 2013. Patients with special needs, dental fact sheet for children.
56. Venkata JA, Panicker AS. 2013. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in primary school children. *Indian J Psychiatry.* 55(4):338-42.
57. Walters P. Attention Deficit Disorder (ADD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Medication Considerations. Access. 24: 21-22.
58. Zhou R, Xia Q, Shen H, Yang X, Zhang Y, Xu J. 2015. Diagnosis of children's attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its association with cytomegalovirus infection with ADHD: a historical review. *Int J Clin Exp Med.* 8(8): 13969-75.