



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

MANEJO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO  
ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON ESPECTRO  
AUTISTA.

**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:

YURIDIA VERA MÁRQUEZ

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA.

ASESORA: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Quiero agradecer hoy y siempre a mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme abierto sus puertas, por darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, de conocer a mis amigos y maestros.

A mis padres por brindarme una formación, por todo su cariño, a mis hermanas que me brindaron su apoyo, alegría y que juntos me dan la fortaleza para seguir adelante.

A mis profesores de toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis asesoras la Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela, Dra. Patricia López Morales, Dra. Carolina Vega Ramírez por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de este trabajo, pero sobre todo por la confianza, motivación y el apoyo recibido.

A la Dra. Patricia Zamora Zamora por haberme enseñado y brindado su confianza, y que también ha formado parte de mi vida profesional, a mis amigos que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía.



## ÍNDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>2.PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN.....</b>	6
2.1 Compromiso Sistémico.....	7
2.2 Discapacidad.....	8
<b>3. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA</b>	13
3.1 Definición	15
3.2 Antecedentes	16
3.3 Etiología	18
3.4 Manifestaciones	19
3.5 Diagnóstico y Tratamiento	21
<b>4. TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL PARA TRATAMIENTO</b>	23
<b>ODONTOLÓGICO</b>	
4.1 Manejo de conducta .....	26
4.2 Técnicas para la motivación y manejo de la conducta.....	27
4.3 Técnicas odontológicas adaptadas para Trastorno del Espectro Autista .....	37
<b>5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	42
<b>6. JUSTIFICACIÓN .....</b>	44
<b>7. OBJETIVOS.....</b>	46
7.1. Objetivo general.....	46



7.2 Objetivos específicos

**8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN 47**

**9. RESULTADOS 50**

**10. DISCUSIÓN 59**

**11. CONCLUSIONES 60**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXO**



## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad, lo que representa el 15% de la población mundial, de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su desarrollo social. En este grupo, un alto porcentaje de los que presentan trastornos psiquiátricos y neuro-psiquiátricos tienen grandes dificultades para recibir atención odontológica; algunas veces por falta de colaboración del paciente, o de sus padres, o bien por la dificultad para realizar los tratamientos en un medio no hospitalario, como lo es una clínica dental.

Dentro de los padecimientos que afectan el desarrollo de las personas, se encuentra el Espectro Autista, trastorno que afecta severamente la interacción social, el comportamiento, el lenguaje y las funciones cognitivas, además pueden presentar numerosos problemas médicos y alteraciones de la conducta provocando que su atención médica sea difícil de llevar a cabo.

Por lo anterior, en este trabajo de investigación se planteó como objetivo identificar las técnicas y estrategias que aplican los alumnos inscritos en la especialidad de Odontopediatría en el manejo de la conducta de pacientes que presentan el Trastorno de Espectro Autista, con el propósito de identificar la consideración de procedimientos y tratamientos aplicados, tanto para el manejo de la conducta como en su rehabilitación, lo que se traduce en una práctica profesional responsable y de calidad.



---

---

## **2. PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN**

En neurología infantil existen determinadas enfermedades que tienen en común discapacidades físicas o psíquicas en mayor o menor grado. Son estos pacientes los que desde el punto de vista odontológico, presentan necesidades especiales y por lo tanto requieren atención diferente.

Los criterios de inclusión en un paciente como “especial” son importantes para determinar el riesgo o complejidad en el tratamiento odontológico y por tanto poder aplicar un protocolo específico; para tener comodidad y seguridad tanto en la conducta del paciente como en la aplicación de las técnicas odontológicas.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define el término de Pacientes con Necesidades Especiales de Atención (PNEA) a cualquier impedimento o condición limitante física, del desarrollo, mental, cognitiva o por deterioro emocional que requiera tratamiento médico, intervención de asistencia sanitaria y/o el uso de servicios o programas especializados de salud. La etiología de esta condición puede ser congénita, del desarrollo, adquirida a través de enfermedades, traumatismos o causas ambientales y puede poner limitaciones sustanciales en actividades importantes de la vida. La atención de salud para las personas con Necesidades Especiales requiere de conocimientos especializados, adquiridos por entrenamiento adicional y/o actualización, así como una concientización mayor para la atención, adaptación y aplicación de medidas de seguridad y comodidad para los pacientes, más allá de lo que se considera de manera rutinaria. La AAPD valora las cualidades únicas de cada persona y la necesidad de garantizar la consecución de la salud máxima para todos, independientemente de la discapacidad del desarrollo u otras necesidades especiales de salud.<sup>1</sup>



Uno de los sistemas más utilizados para clasificar a los pacientes en una categoría de riesgo ha sido el de la American Society of Anesthesiologists (1962), conocido como “Sistema de Clasificación del Estado Físico ASA”, modificado por McCarthy y Malamed (1979). En el plano internacional en odontología, también se acepta como método de clasificación de riesgo posible.<sup>2</sup>

## 2.1 Pacientes con compromiso sistémico

Los pacientes que presentan compromiso sistémico presentan características biológicas y ambientales que pueden promover a desarrollar condiciones físicas, aparición de enfermedades y hasta la muerte.

Los pacientes que son considerados con riesgo médico son aquellos que presentan<sup>3</sup>:

- a) Alteraciones cardiovasculares.
  - Cardiopatía congénita.
  - Endocarditis infecciosa.
- b) Inmunosupresores de distinto origen
  - Niños con SIDA
  - Niños con trasplante de órganos
- c) Alteraciones de la hemostasia
  - Hemofilia
  - Enfermedad de von Willebrand
  - Trombocitopenia
- d) Tratamiento oncológico
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- e) Alteraciones renales, y alteraciones endocrinológicas.



---

---

## 2.2 Discapacidad

La discapacidad es la condición de vida de una persona, adquirida durante su gestación, nacimiento, infancia, o en cualquier otra etapa de la vida. Refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.<sup>4</sup>

Una persona portadora de discapacidad se define como aquella que presenta una alteración personal permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas para su integración familiar, social o laboral.<sup>2</sup>

La Norma Internacional Actual para Definiciones de Discapacidad es la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF), que reemplaza a la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud, se basa en la manifestación de la discapacidad.

### 2.2.1 Discapacidad motriz o física

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área



---

motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión.

La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos:

a) *Trastornos físicos periféricos.*

Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). En algunos casos, accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

b) *Trastornos neurológicos.*

Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora-cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.<sup>5</sup>

Para la OMS el grupo de las discapacidades motrices incluye deficiencias y limitaciones para caminar, manipular objetos, coordinar movimientos, restricción severa para desplazarse, así como para utilizar brazos y manos. Por lo regular, estas discapacidades requieren la ayuda de otra persona o de algún instrumento (silla de ruedas, andadera etc.) o prótesis para realizar actividades de la vida cotidiana.



### 2.2.2 Discapacidad sensorial

Incluye las descripciones que se refieren a la pérdida total de la visión, a la habilidad visual, (personas que solo ven contornos, figuras sólidas o sombras) y a otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes, como desprendimiento de retina, entre otras. Asimismo, pueden presentar la pérdida total de la audición en uno o ambos oídos y la discapacidad de la pérdida total del habla.

La discapacidad Asociativa es una variedad de la discapacidad sensorial e incluye las limitaciones que se refieren a la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles, como pacientes con labio fisurado.

### 2.2.3. Discapacidad cognitiva

De acuerdo con la American Association on Mental Deficiency, la discapacidad mental se define como “un funcionamiento intelectual general significativamente subnormal, resultado de las alteraciones simultáneas de la conducta adaptativa o asociado con ellas y manifestado durante un “periodo de desarrollo” que implica al comprendido entre la concepción y los 18 años.” Cabe aclarar que la discapacidad no es una patología sino un síntoma de ella.<sup>2</sup>

La discapacidad mental es una limitación, déficit caracterizado por iniciar antes de los 18 años y por las afectaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales.<sup>4</sup>

Existe una tendencia para utilizar el término de “discapacidad intelectual” y, en menores de 5 años de “retraso en el desarrollo.” La *discapacidad intelectual* incluye un grupo heterogéneo de condiciones clínicas que van



desde genéticas a nutricionales, infecciosas, metabólicas o neurotóxicas. Se caracteriza por un déficit en la funcionalidad cognitiva en varias áreas, anterior a la adquisición de habilidades a través del aprendizaje. Destacan las áreas del conocimiento, del lenguaje, motriz, auditiva, psicosocial, del criterio y el sentido común, así como las funciones específicas integrativo-adaptativas, como las actividades del día a día.<sup>6</sup>

La intensidad del déficit es tal, que interfiere de manera significativa con el funcionamiento normal del individuo, expresándose como limitación en las actividades y restricción de la participación. La mayoría de los jóvenes con discapacidad intelectual pueden vivir de manera independiente como adultos si han recibido el soporte apropiado e individualizado. Una deficiencia mental origina una discapacidad intelectual que convierte a la persona en minusválido intelectual cuando lo comparamos con el resto de la población. La discapacidad intelectual se presenta en personas de todas las razas y es el trastorno más frecuente del desarrollo, con una incidencia entre 1 y 3% de la población general.<sup>6</sup> Para determinar el funcionamiento intelectual general, se dispone de una serie de pruebas de inteligencia estandarizadas. De los resultados se obtiene una edad mental para la persona, que se relaciona con la edad cronológica mediante una fórmula cuyo resultado es lo que se conoce como Coeficiente Intelectual. Éste permite clasificar los diferentes desvíos de la inteligencia.<sup>2</sup>

Los niños con discapacidad leve pueden ser educados y alfabetizados. Los moderados pueden ser entrenables, en el sentido de aprender a ejecutar alguna actividad y tendrán independencia parcial. Finalmente los que tienen discapacidad severa son dependientes de un cuidador toda su vida.

Las causas de discapacidad mental pueden ser genéticas, por transmisión multifactorial y no genéticas (factores ambientales).



Dentro de las causas genéticas, la más frecuente es el síndrome de Down seguido de otros síndromes menos frecuentes, entre los que destacan los síndromes ligados al cromosoma X, Angelman, Williams, Prader Willi, Sotos, Laurence-Moon-Bield y diversos síndromes dismorfogenéticos, entre otros. Las enfermedades metabólicas como la fenilcetonuria, se dan por la existencia de problemas en la degradación de algunas sustancias químicas en el cuerpo.

#### 2.2.4 Discapacidad psicosocial

El Consejo Nacional para prevenir la Discriminación define como restricción causada por el entorno social y centrada en una deficiencia temporal o permanente de la psique debida a la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las siguientes disfunciones mentales: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo (Autismo y Asperger), trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de pánico con estrés post-traumático, trastorno fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y trastorno dual (que es una de estas disfunciones pero con una o más adicciones).<sup>7</sup>



---

---

### 3. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de discapacidades del desarrollo, que se caracterizan por deficiencias en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, además de patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. Generalmente los síntomas se manifiestan antes de los 3 años.<sup>8</sup>

El Trastorno del Espectro Autista es una denominación general que abarca una amplia gama de trastornos del desarrollo que comparten síntomas, y está definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.<sup>9</sup> Este manual es utilizado para describir las características necesarias para el diagnóstico de “Trastornos Generalizados del Desarrollo” en donde está incluido el Espectro Autista. Los Trastornos del Espectro Autista incluyen el Síndrome de Asperger, el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado, Trastorno Desintegrador Infantil, el Síndrome de Rett y el Síndrome de Kanner o Autismo.<sup>10</sup> (Tabla 1) Se conoce como un espectro de trastornos ya que las características de comportamiento en un individuo pueden variar de leves a severas. A veces, los trastornos generalizados del desarrollo se observan en otras enfermedades como anomalías cromosómicas, infecciones congénitas o en anomalías estructurales del sistema nervioso central.<sup>10</sup>



Tabla 1. Espectro Autista<sup>9</sup>

TRASTORNO	MANIFESTACIONES
Síndrome de Rett	Es un trastorno del neurodesarrollo progresivo caracterizado por movimientos repetitivos de la mano, estereotipado, ataxia, convulsiones y características autistas. Los pacientes muestran un desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 6-18 meses de vida, seguido por un corto período de estancamiento de desarrollo. Es un síndrome que afecta solo al género femenino, mientras que es letal en los hombres.
Síndrome de Asperger	Es un trastorno del desarrollo con una base neurobiológica que afecta el funcionamiento social y el espectro de actividades e intereses. Se diferencia de otros trastornos generalizados del desarrollo por su preservación relativa de desarrollo lingüístico y cognitivo (un extraño uso atípico del lenguaje es frecuentemente reportado y el funcionamiento cotidiano se ve generalmente afectado).
Autismo, Autismo Infantil Temprano ó Síndrome Kanner	Es un trastorno gravemente incapacitante del desarrollo mental y emocional que produce problemas con el aprendizaje, la comunicación y la relación con los demás.
Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado	Es poco frecuente, el niño desarrolla autismo después de haber cumplido los dos o tres años de edad. Con anterioridad el niño se había desarrollado normalmente.
Trastorno Desintegrador Infantil o Síndrome Heller	El individuo no cumple todos los criterios del autismo o del Síndrome de Asperger pero padece trastornos graves de la misma naturaleza



### 3.1 Definición

El Trastorno del Espectro Autista es un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia durante los primeros treinta meses de vida en donde las respuestas a estímulos auditivos y visuales son anormales y hay dificultad en la comprensión del lenguaje hablado, existe el deterioro del uso social del lenguaje y de los gestos, asimismo la inteligencia puede hallarse severamente disminuida, ser normal o estar por encima de los niveles ordinarios.<sup>10</sup>

Los síntomas propios del autismo se presentan típicamente durante la infancia temprana. En este período crítico, que corresponde a una fase dinámica del desarrollo cerebral, crecen las neuronas, maduran las inhibiciones y las señales, se mielinizan los axones y la plasticidad sináptica es puesta en marcha mediante el interjuego de programas complejos de moléculas, sumado a los efectos del medio ambiente y del aprendizaje.<sup>11</sup>

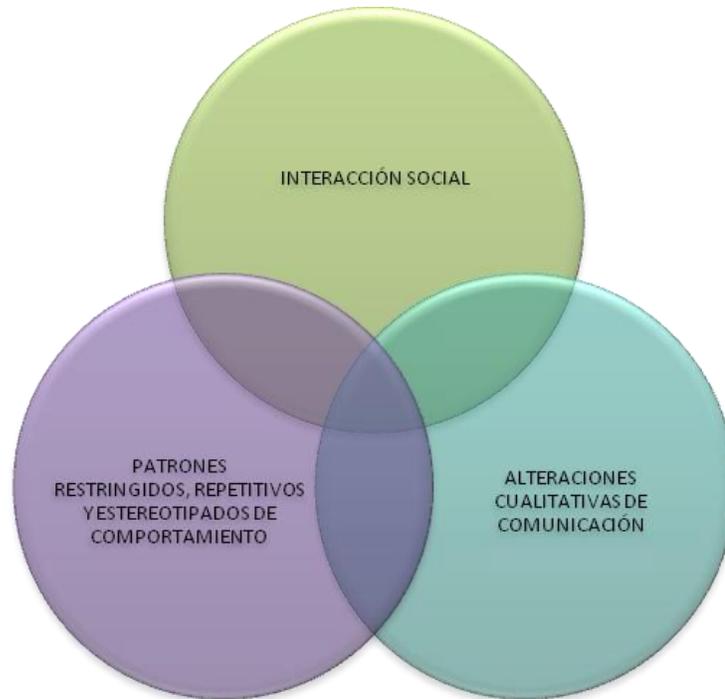
El trastorno específico del lenguaje es de agnosia auditiva, o trastorno de comprensión y expresión; el paciente no tiene interés en la comunicación, ni por la interacción social y presenta déficit en la comunicación no verbal (Mímica, gesticulación, mirada al interlocutor).<sup>6</sup>

Para el diagnóstico del Espectro Autista es necesario que estén presentes tres condiciones o criterios conocidos como la triada de Wing<sup>10</sup>: (Figura 1)

1. Severa anormalidad en la relación social.
2. Severa anormalidad en el desarrollo de la comunicación, incluyendo el lenguaje hablado.

3. Patrones estereotipados de conducta, restringidos, repetitivos y nulos interés e imaginación.

Figura 1. Principales áreas del desarrollo afectadas en el Espectro Autista<sup>10</sup>





## 3.2 ANTECEDENTES DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

En 1908, Heller publicó un artículo acerca de seis niños de tres a cuatro años de edad que presentaban pérdida de lenguaje y habilidades mentales, con ello quedaban severamente discapacitados con sintomatología idéntica a los niños autistas.<sup>10</sup> En 1911, el psiquiatra Bleurer uso el término autismo (del griego *eaftismos*) para señalar uno de los síntomas de la esquizofrenia: la separación de la realidad.<sup>12</sup> Bleuler utilizó por primera vez el término *autism* para describir la deficiente capacidad de los pacientes esquizofrénicos para relacionarse con las otras personas y su retracción en la interacción social. Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos de América, en 1943 publicó un artículo (Los Trastornos Autistas del Contacto Afectivo) en la revista *Nervous Child*, describiendo las observaciones de once niños que tenían características conductuales especiales, definiendo este problema como *Autismo Infantil Precoz*. En su artículo, Kanner destaca una serie de características comunes a todos los niños que examinó: poca adaptación a los cambios imprevistos, memoria excelente, expresión inteligente (destrezas sobresalientes en algunos casos) y ausencia de rasgos físicos característicos de la enfermedad además de hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.<sup>11,15</sup> En 1944, el pediatra Asperger también describió a cuatro niños con "psicopatía autista", que presentaban conductas autistas y un coeficiente intelectual normal, una aproximación social a los demás ingenua e inadecuada; intereses intensamente circunscritos a determinadas cosas como los horarios de los ferrocarriles; buena gramática y vocabulario, pero una charla monótona utilizada en monólogos, no para conversaciones en dos direcciones; pobre coordinación motriz; nivel de capacidad en el límite, en niveles medios o superiores, pero frecuentemente con determinadas dificultades de aprendizaje en una o dos áreas; y una considerable falta de sentido común. Observó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los



tres años o hasta que los niños comenzaban a ir a la escuela.<sup>2</sup>

El concepto de “Espectro Autista” desarrollado por Wing, describe personas que presentan trastorno en las capacidades de reconocimiento y comunicación social, patrones repetitivos de actividad, tendencia a la rutina y dificultades en imaginación social. En su estudio llevado a cabo en conjunto con Judith Gould en 1979 con niños de Londres en Camberwell concluyeron que el síndrome de Kanner y de Aspeger son subgrupos de un amplio abanico de trastornos que afectan a la interacción y a la comunicación social, pudiendo estar asociados a cualquier nivel de inteligencia y otras capacidades del desarrollo.<sup>13</sup>

### 3.3 Etiología

Los trastornos del Espectro Autista afectan a uno de cada 88 personas, siendo el desorden mental hereditario más común <sup>12</sup> y es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas.<sup>14</sup> La causa exacta del Espectro Autista todavía no se sabe y las teorías etiológicas cambian con los años. Algunas investigaciones indican que el Espectro Autista es un trastorno genético y otros indican que es neurológico, neuroanatómico, bioquímico o neurofisiológico.<sup>6</sup>

Las bases genéticas se han fundado inicialmente en estudios en gemelos que mostraban diferencias significativas entre los dicigóticos respecto a los monocigóticos. Hasta el momento las diversas alteraciones genéticas (mutaciones, e inversiones, entre otros) no parecen ser suficientes para explicar en su totalidad la génesis de estos procesos o las variaciones de expresión del Espectro Autista. El Síndrome de Rett es la única entidad que tiene una base biológica identificada cuya presencia están silenciados y que cumplen funciones vitales en el normal desarrollo cerebral. La expresión del MeCP2 se ubica en numerosos tejidos, siendo muy alta en el cerebro, donde presenta diferencias en relación al grado de maduración neuronal; así como



alteraciones en el código genético por ejemplo mutaciones o cambios en la secuencia de ADN que pueden generar Trastornos del Espectro Autista (TEA). Fenómenos que comprometen los distintos procesos epigenéticos o epimutaciones han demostrado también tener importancia en la génesis de los trastornos del neurodesarrollo.<sup>11</sup>

El Síndrome de Rett fue descrito en 1966. Es un proceso neurológico provocado por la detención del desarrollo y la maduración cerebral, y que se inicia en el periodo crítico de la formación del cerebro de las sinapsis neuronales. Es de origen genético y posiblemente está relacionado a una mutación del cromosoma X. Ésta puede estar localizada en el extremo distal del gen Xp28.15

### 3.4 Manifestaciones

El niño que presenta el Trastorno del Espectro Autista tiene un aspecto similar al de los niños regulares, al igual que su expectativa de vida. Aproximadamente, el 60% de las personas diagnosticadas con autismo presentan puntuaciones de coeficiente intelectual inferiores a 50, el 20% entre 50-70, y únicamente el 20% tiene un coeficiente intelectual superior a 70. Los individuos con Síndrome de Asperger difieren del trastorno autista porque no experimentan retrasos significativos en el lenguaje y tienen habilidades cognitivas promedio por encima de la media.<sup>16</sup>

#### .4.1 Físicas

La mayoría de los niños que presentan el Espectro Autista tienen un aspecto físico normal<sup>16</sup> aunque algunos niños suelen tener un tono muscular escaso, poca coordinación motora, sialorrea, reflejos rotulianos hiperactivos o estrabismo y el 30% desarrolla finalmente epilepsia.<sup>31</sup>



### 3.4.2 Conductuales

Los niños con autismo tienen rutinas estrictas y prefieren los alimentos blandos y azucarados. Debido a la mala coordinación motora de la lengua, estos niños suelen entretener la comida en la boca, en vez de deglutirla.<sup>14</sup> Presentan un desarrollo anormal del habla (alteración en la comprensión lingüística, ecolalia inmediata o diferida, inmadurez en la estructura sintáctica, respuestas retardadas, voz monótona y apagada) y una alteración de la comunicación, tanto verbal como no verbal, con lenguaje repetitivo, estereotipado o metafórico.<sup>14</sup>

Por su parte en el Síndrome de Asperger no hay deficiencias estructurales en el lenguaje, formalmente es muy correcto, pero desarrollan problemas en aspectos complejos y en la pragmática: dobles sentidos, lenguaje con formulaciones excesivamente complejas. También manifiestan un comportamiento ritualizado en el que se muestran inflexibles a determinadas rutinas, con movimientos corporales estereotipados de las manos o de todo el cuerpo.<sup>14</sup> Suelen vivir aislados en un campo de atención reducido. Se muestran fascinados por un determinado movimiento, manifestando una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos o por ciertos objetos.

### 3.4.3 Psicológicas

Los pacientes con Espectro Autista prescinden de hermanos u otros niños, carecen de todo concepto relativo a los demás y no perciben el malestar de los otros. Presentan comportamientos disruptivos, debido a los problemas que tienen para comunicarse con los demás y a la frustración que eso produce, es frecuente que muestren actitudes como tirar cosas, gritar, tirarse al suelo y autoagredirse, entre otras. De esta manera consiguen acabar con situaciones que les resultan aversivas, como interactuar con los demás, la



---

escuela, aprender, etcétera. Frecuentemente los pacientes con algún Trastorno del Espectro Autista, presentan impulsividad, déficit de atención, hiperactividad, ansiedad y depresión.<sup>17</sup>

Es posible que exista una incapacidad de reunir todos los tipos de información derivada de los recuerdos pasados y de los acontecimientos presentes, para encontrar sentido a las experiencias, para predecir lo que es posible que suceda en el futuro y hacer planes. Las personas con trastornos autistas no encuentran sentido al mundo y les resulta difícil aprender de la experiencia. Encuentran difícil ubicarse en el tiempo y en el espacio.<sup>1</sup>

### 3.5 Diagnóstico y tratamiento

A pesar de que la existencia de trastornos autistas se ha hecho más ampliamente conocida, aún existen dificultades en cuanto al diagnóstico, ya que aún no se han desarrollado pruebas con este propósito, ni que puedan detectar la diferencia entre los subgrupos dentro de los trastornos autistas. Actualmente el diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde temprana edad. Todos los sistemas de diagnóstico que se han propuesto, están de acuerdo en que las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, y un patrón de actividades repetitivo y rígido, son rasgos cruciales para el diagnóstico.<sup>2</sup>

Por lo anterior, es importante la obtención de una historia personal que relacione entre sí toda la información disponible. Lo ideal es que se recopile, por medio de entrevistas con los padres, la historia desde la infancia y una descripción de la conducta presente. Se debe utilizar un cuestionario de preguntas diseñadas para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista, de modo que se cubran todos los detalles importantes.<sup>2</sup>



---

Se ha investigado sobre diversas intervenciones que se emplean para mejorar las habilidades, déficits sensoriales y problemas conductuales. Una revisión sistemática de 251 estudios mostró que estas intervenciones generan cambios positivos a lo largo de la vida en diferentes áreas afectadas, incluyendo conductas de autoagresión, habilidades del lenguaje, sociales y académicas.<sup>17</sup>

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría y el Consejo Nacional de Investigación (National Research Council), las terapias conductuales y de comunicación útiles para los niños con TEA son aquellas que proporcionan estructura, dirección y organización como complemento de la participación familiar.



---

---

## 4. TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El lenguaje es el más valioso mecanismo de interacción que el hombre posee, es el elemento esencial para participar de la vida social, vehículo para la auto realización, expresión y comunicación.<sup>18</sup> El conocer como ocurre el desarrollo del lenguaje interesa al odontólogo para aplicar acciones que propicien un ambiente adecuado para atender a pacientes con Espectro Autista.

La conducta sin cooperación y reacciones de miedo son muy comunes en una visita al odontólogo, los pacientes muestran una gran variación en la personalidad, temperamento y emociones, lo que los conlleva a una prueba de capacidad de enfrentar la situación del tratamiento dental.

El miedo se puede describir como una emoción natural basada en la percepción de una amenaza verdadera, mientras que la ansiedad se asocia con las reacciones de miedo hacia una situación anticipada, pero no a una amenaza real. La ansiedad puede ser considerada más que como un trastorno como un tipo de miedo de los que no han podido adaptarse a terribles situaciones específicas.<sup>18</sup>

Chambers afirmó que la ansiedad es parte del comportamiento humano. Es una respuesta normal y saludable por parte del paciente frente a una situación extraña, en este caso el tratamiento odontológico.<sup>19</sup>

Los problemas del manejo de conducta en el consultorio dental se definen como comportamientos no cooperativos y alterados que dan por resultado el retardo del tratamiento o que pueden imposibilitarlo.<sup>18</sup> Una de las funciones del odontólogo es ayudar a que el paciente controle su ansiedad en un nivel tolerable y adecuado al procedimiento que se le esté realizando.



Es probable que el miedo y los problemas de manejo de conducta sean multifactoriales y complejos; por ello es importante conocer conceptos importantes para la comprensión del comportamiento del paciente.<sup>18</sup>

Para varios pacientes visitar al odontólogo puede provocarles temor pero sin la producción de ansiedad. Las reacciones temerosas en niños son naturales. La ansiedad dental y la odontofobia se desarrollan después de la niñez y son consideradas como fenómenos patológicos.

El temperamento es una cualidad emocional personal que es moderadamente estable en un cierto plazo, sin embargo el miedo dental y/o los problemas del manejo de la conducta han sido asociados con aspectos del temperamento de los niños. Teniendo en cuenta el miedo, el temperamento y el comportamiento en conjunto, diferentes subgrupos han sido identificados entre los niños con problemas del manejo de conducta en la consulta dental. Entre estos subgrupos hay niños con gran miedo a la consulta dental, niños con miedo combinado con perfil temperamental inhibido (timidez, emocionalidad negativa y conducta internalizada) y niños con el miedo menos pronunciado combinado con poca impulsividad y de la conducta extrovertida.<sup>19</sup>

Las razones del miedo al odontólogo, ansiedad y de los problemas del manejo de conducta son multifactoriales y complejos, sin embargo se han identificado tres grupos de factores: los personales, externos y dentales.<sup>19</sup>

a) Factores personales

*Edad del niño:* el miedo a la consulta dental es más común en niños muy jóvenes, reflejando influencia del desarrollo psicológico del niño en su capacidad de hacer frente al tratamiento odontológico. Un niño pequeño puede experimentar y entender las situaciones odontológicas de manera distinta que un niño mayor.<sup>18</sup>



*Temperamento del niño:* es la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación. Son niños que presentan dificultades para aproximarse a situaciones nuevas y a gente desconocida, que presentan miedo al tratamiento odontológico y problemas en el manejo de conducta.

*Trastornos neuropsiquiátricos:* el comportamiento no cooperativo en situaciones de cuidados dentales se puede también relacionar con el Déficit de Atención e Hiperactividad (DAHA), el Espectro Autista, Síndrome de Tourette o con más discapacidades psicológicas o diferentes enfermedades.<sup>18</sup>

b) Factores externos

*Ansiedad Parental:* los niños pueden adquirir ansiedad en el tratamiento odontológico a través del aprendizaje social con los padres, hermanos y otras personas cercanas. A parte de transmitir sensaciones sutiles de miedo y ansiedad a sus hijos, los padres temerosos a veces también interfieren con el tratamiento dental. Pueden servir como modelos negativos vivos y convincentes de la ansiedad odontológica para sus propios hijos.

*Situación social del niño:* los niños viven bajo diversas circunstancias en la sociedad moderna, se ha reportado que los problemas del miedo dental son más frecuentes en grupos con estándares socioeconómicos más bajos.<sup>18</sup>

*Factores de riesgo de la familia:* influyen la actitud y el comportamiento de los padres, y su capacidad para guiar y apoyar a sus hijos durante el tratamiento odontológico.



*La educación del niño.* Actualmente los niños cuestionan con frecuencia la autoridad de la gente adulta y esto afecta la situación en la consulta odontológica, porque pueden no seguir las indicaciones del odontólogo.

c) Factores dentales

*Tratamientos dentales dolorosos.* Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP)., el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un potencial o lesión real en el tejido. Los estímulos dolorosos originan normalmente reacciones fisiológicas y psicológicas para proteger al cuerpo de daño tisular, el comportamiento de no cooperación es una reacción lógica y relevante cuando un niño experimenta dolor o malestar.<sup>18</sup>

La comprensión de los niños del dolor varía considerablemente dependiendo de las capacidades cognoscitivas, las reacciones y pensamientos referentes a estímulos dolorosos de acuerdo con la edad y madurez.<sup>18</sup>

*La carencia de control:* puede ser desencadenante para los problemas de manejo de conducta, puede implicar que los pacientes no han sido informados sobre el tratamiento (control de la información), que no ha tenido la influencia de su propia conducta (control de la conducta), o incluso que no han tenido la suficiente información después del tratamiento (control retrospectivo). Se ha demostrado que es particularmente dañino cuando el niño siente la carencia de control.<sup>19</sup>

#### 4.1 Manejo de conducta

El conocimiento de los múltiples factores etiológicos que interactúan con el miedo, la ansiedad y los problemas del manejo de conducta es necesario para poder abarcar el uso de las técnicas psicológicas y para la prevención de los problemas del manejo de conducta, como el miedo, ansiedad y fobias al tratamiento odontológico.



Las técnicas sugeridas del tratamiento se basan en los principios de la Terapia Cognoscitiva de la Conducta y son básicamente las mismas utilizadas para la conformación de la conducta y la desensibilización. La Terapia Cognoscitiva de la Conducta es usada para identificar las creencias del niño que generan miedo o ansiedad y provoca la evasión al tratamiento odontológico y por lo tanto ayuda a producir un cambio cognoscitivo a esas creencias creando un ambiente seguro para el niño al evitar exponer a nuestro paciente a los estímulos atemorizantes.<sup>19</sup>

## 4.2 Técnicas para la motivación y manejo de la conducta.

El objetivo es incluir al paciente con necesidades especiales a la situación odontológica, para permitir la atención ambulatoria en el consultorio, y lograr la capacidad de colaboración del paciente no importando las discapacidades físicas, mentales, sensoriales o asociativas que presente.

No suele haber una sola modalidad completamente eficaz, por tanto la combinación de diferentes métodos es lo que nos permitirá lograr el objetivo. Siempre se da prioridad a una técnica no invasiva, no farmacológica, no restrictiva físicamente, que no solo evitará el uso de anestesia general, sino también ayudará al paciente a desarrollar habilidades adaptativas que le permitirán recibir atención odontológica de modo tradicional durante toda la vida.<sup>2</sup>

### 4.2.1 La comunicación

La comunicación es esencial en el manejo del comportamiento, la identificación de la causa de los problemas de comunicación del paciente mejoran las técnicas. Algunos aspectos del manejo se relacionan con la propia discapacidad y con aspectos mentales y emocionales, que harán que la técnica se ajuste a las condiciones del paciente.

Con los pacientes que presentan algún Trastorno del Espectro Autista, la



comunicación puede estar afectada de moderada a severamente, por lo que se debe estar preparado para emplear técnicas de la comunicación no verbales, a fin de lograr y mejorar la comunicación mediante dibujos, juguetes, técnicas lúdicas, musicoterapia, entre otros.

La comunicación entre el paciente, los padres y el odontólogo es fundamental, para ello se recomienda:

Adaptarla a la edad y madurez del niño, incluir a los padres, asegurarse que el mensaje sea comprendido, así como emplear la comunicación verbal y no verbal, ya que ambas tienen la misma importancia para los pacientes con necesidades especiales.

Establecer confianza es el requisito previo para un resultado exitoso de la exposición al tratamiento de pacientes que muestran temor, ya que la situación odontológica crea reacciones desagradables de miedo.

#### 4.2.2 Formación de la conducta

La formación de la conducta implica el entrenamiento en cómo enfrentar los instrumentos y los procedimientos dentales que los pacientes van a conocer. Todos los niños necesitan este procedimiento independientemente de su vulnerabilidad y tratamiento.

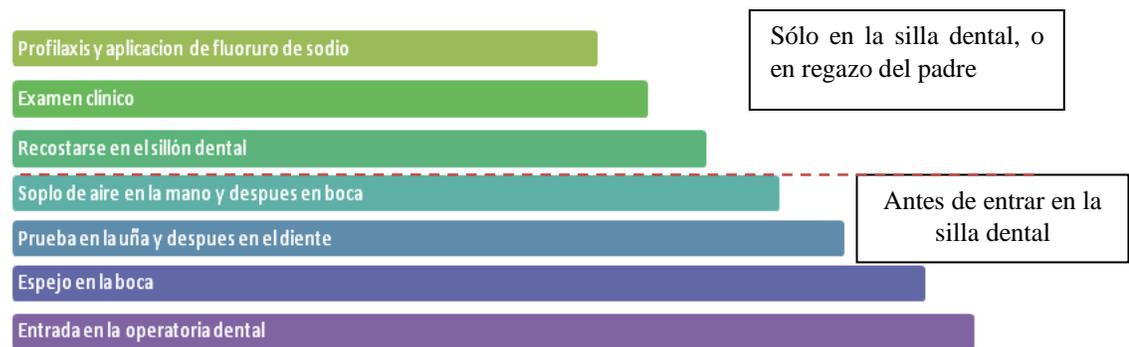
Una vez establecida la confianza el paciente, se debe tener varias citas libres de dolor y sin ningún acontecimiento adverso, antes de experimentar los tratamientos que podrían ocasionar dolor o molestias al paciente. Las citas repetidas sin dolor nos ayudan a proteger al niño contra la ansiedad y miedo. Se le llama “inhibición latente”, y es un argumento para proporcionar visitas y cuidados dentales regulares a todos los niños.<sup>19</sup>

Antes de realizar cualquier procedimiento doloroso, el odontólogo debe usar técnicas para reducir el dolor, informar al niño sobre lo que puede ser esperado y sugerir estrategias para enfrentar los acontecimientos. Así el paciente evita sensaciones de miedo, disminuye el elemento sorpresa y aumenta el control de la situación.

Asimismo, es importante que el niño sea expuesto gradualmente a los instrumentos que provocan ansiedad y a los procedimientos donde cada paso crea un aumento moderado de estrés. Este proceso (exposición paulatina y sistemática a la situación) coadyuvará a disminuir las reacciones de miedo.<sup>18</sup>

Holts sugiere los pasos en escalera para la conformación de la conducta, los cuales se deben adaptar para cada paciente, durante cada paso se utiliza la técnica decir-mostrar-hacer,(Figura 2) en cada paso se le dice al niño lo que sucederá, después se le muestra y finalmente se realiza el procedimiento.<sup>19</sup>

Figura 2. Escalera para la conformación de la conducta<sup>2</sup>



El procedimiento de conformación de la conducta es la base para la futura cooperación del paciente con el tratamiento dental. La mayoría de los problemas del manejo de conducta se previene si se invierte el tiempo suficiente. En el caso de pacientes que padecen el Espectro Autista son muy sensibles a experiencias negativas, y a menos que sea una situación de



emergencia definida, no hay excusa para omitir la conformación de la conducta antes del tratamiento dental.

#### 4.2.3 Abordaje del comportamiento

Es posible realizar técnicas de abordaje en el consultorio, incluyendo a todos los pacientes con necesidades especiales de atención, la sedación o la utilización de premedicación quedaría reservada como último recurso, después de que los intentos de acondicionamiento se hayan agotado.<sup>2</sup>

Las posibilidades de abordaje de nuestros pacientes son:<sup>2</sup>

La motivación para el manejo de conducta, es una técnica que debe estar presente a lo largo de todo el tratamiento. Consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Por ello es importante establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando un objetivo y explicando lo necesario para poder acercarse al paciente y lograr un vínculo.

Las técnicas más recomendadas para la modificación de conducta son: Decir-Mostrar-Hacer; Refuerzo positivo, Control de voz, Imitación, Distracción, Musicoterapia, Desensibilización y estabilización protectora.

##### a) Decir- Mostrar- Hacer

Es un método que modela el comportamiento y se utiliza con la finalidad de introducir al niño a la atención. Consiste en explicar al niño los procedimientos (hablar), demostrar su aspecto visual, auditivo y olfativo (mostrar) y realizarlos (hacer). Tomando en cuenta el vocabulario apropiado para la edad del paciente.<sup>18</sup> Esta técnica es de las más aceptadas por los padres y siempre se usará en pacientes con necesidades especiales, ya que



toma como base los principios de la desensibilización.<sup>2</sup>

Los instrumentos deben ser presentados de forma gradual, del menos ansiogénico al más ansiogénico. Esta técnica regularmente es usada en la primera cita y repetida siempre que hagamos procedimientos en pacientes con el Espectro Autista para hacer que el paciente se habituó a la consulta odontológica.<sup>18</sup> Se deberá hablar con lentitud, de manera sencilla y repitiendo las consignas las veces que sea necesario.<sup>2</sup>

#### b) Refuerzo positivo

Es una técnica efectiva para compensar al paciente por su comportamiento positivo o de aceptación y entonces provocar la repetición de esos comportamientos o alentar a mejorar la conducta. Estos refuerzos se pueden clasificar en sociales (expresiones faciales alegres, demostraciones de afecto, elogios) y materiales (premios, estampas, juguetes). Saber cuándo premiar al niño es muy importante, no importa la edad del paciente, ellos siempre disfrutan escoger regalos al finalizar la consulta.<sup>18</sup>

#### c) Control de voz

Es una alteración controlada del volumen, el tono o la velocidad de la voz para influenciar o dirigir el comportamiento del paciente.<sup>18</sup> Se gana su atención, evita comportamientos negativos y establece autoridad. No se usa en pacientes que por su edad, discapacidad o inmadurez emocional no logren de comprender el mensaje. La expresión facial puede ayudar a la comprensión donde hay barreras para comunicarnos.<sup>2</sup> El tono de voz del profesional deberá ser suave, transmitiendo tranquilidad. Con la alteración del volumen de voz conseguiremos manejar límites cuando ocurra un comportamiento indeseable.<sup>18</sup>

#### d) Imitación

Con esta técnica al paciente se le permite observar a uno o más modelos que muestran una conducta apropiada. Los niños con alguna discapacidad están habituados a este método aplicado a otras disciplinas, por el cual adquieren determinadas destrezas, estimulando la adquisición de nuevas conductas y a superar temores.<sup>2</sup> El modelo puede estar en vivo en la consulta o filmado, el paciente como observador va a imitar al modelo.<sup>19</sup>

#### e) Distracción

Es una técnica usada para desviar la atención del niño de los procedimientos desagradables por medio de la diversión.<sup>17</sup> Así disminuye la percepción del algún procedimiento molesto. Se pueden utilizar juguetes, referencias a hechos agradables como la música.<sup>2</sup>

#### f) Musicoterapia

Es una terapia basada en la producción y audición de música, escogida por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da al individuo para expresarse y de reaccionar a la vez según su sensibilidad, y también al unísono de los demás. Es muy usada por su éxito al obtener efectos positivos ya que produce relajamiento, creando una atmosfera de alegría y confianza.<sup>20</sup> Esta terapia se usa de tres maneras (Figura 3):

#### Musicoterapia en Educación Especial<sup>20</sup>





### g) Desensibilización

Es una de las técnicas usadas con mucha frecuencia, es la base de las técnicas de mostrar-decir-hacer y modelado, pero se utiliza de forma específica en fobias severas, aplicando los estímulos que al paciente le producen miedo y ansiedad de forma escalonada con el fin de enseñarle como relajarse. En pacientes con discapacidad motora se realiza con masajes específicos para lograr la relajación muscular.<sup>2</sup>

La técnica incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle escenas que guardan relación con sus miedos. La técnica es muy efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad a una conducta más apropiada mediante relajación.<sup>6</sup> La técnica consiste en aproximarnos al estímulo que produce el temor mediante videos o películas o con explicaciones progresivas que permitan acercarse a este y romper las asociaciones negativas que se crean en la mente del niño. En esta técnica es necesario retroceder en los pasos que establezcamos si se produce una conducta inapropiada, algunas veces se puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo dedicado al inicio se considera una buena inversión para el éxito de todo el tratamiento.

### h) Contención física<sup>2</sup> o estabilización protectora

Son las técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. No son técnicas que se utilizan como castigo sino como medidas clínicas aceptadas con base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones perfectamente tipificadas y específicas, la inmovilización del paciente. Para ello es necesario conocerlas y saber aplicarlas adecuadamente. Los objetivos de las técnicas de contención física son:<sup>6</sup> ganarse la atención del paciente, enseñarle la conducta apropiada que se espera de él, darle más seguridad mediante el



contacto corporal y controlarle sus movimientos, protegerlo de lesiones y hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el paciente como para el odontólogo.

Estas técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás con connotaciones de castigo. Hay que estar conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto a si mismo. Consideraciones:

1. Solo deben usarse después de haber agotado las técnicas convencionales.
2. Se consideran en algunos casos antes de planificar el tratamiento con anestesia general.
3. Se emplean como parte del tratamiento, nunca como castigo.
4. La principal finalidad es la protección del paciente.
5. Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se utilizan, así como obtener el consentimiento de los padres.
6. Explicar a los pacientes de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevará a cabo.

La inmovilización física está indicada en pacientes que no cooperan, por inmadurez, por problemas físicos o mentales y para aquellos que no cooperan después de haber aplicado otras técnicas para el manejo de conducta.<sup>18</sup>

Existen varias maneras de realizar la inmovilización física, lo más importante es permitir una buena visibilidad y punto de apoyo adecuado para el cirujano dentista y del equipo. La inmovilización se puede lograr de la siguiente manera<sup>18</sup>:

a) Unidad dental

Con el niño acostado sobre el sillón dental, un asistente dental apoya al cirujano dentista con la posición de la cabeza del paciente, la mamá acomodada de diversas posiciones facilitará su participación activa durante la



atención, cuidando que no interfiera en el espacio de trabajo del cirujano dentista. De pie al lado de la unidad dental, podrá sujetar las manos y apoyarse sobre la rodilla de su hijo. También se puede colocar frente al niño apoyada sobre sus codos para sujetar las manos y piernas del paciente, o estar sentada frente al niño sobre la unidad dental. La experiencia clínica de este método ha demostrado que el paciente queda más confiado con la presencia de la madre y es posible obtener un buen punto de apoyo para la realización de los procedimientos.<sup>18</sup>

#### b) Rodilla con rodilla

El profesional y la madre permanecen sentados en sillas a la misma altura, quedando de frente y manteniendo sus rodillas en contacto, formando con las piernas de ambos una “camilla” en la cual el niño estará acostado, mientras la madre sujeta los brazos del paciente mantiene sus manos inmovilizadas, a través de una leve presión ejercida por sus brazos, y el profesional apoya la cabeza del paciente. Esta técnica está indicada para niños de 0 a 1 año.<sup>18</sup>

#### c) Papoose- board

Es una tela conectada a un soporte de cuello y cabeza semiflexibles, colocado sobre la silla odontológica. Cubre de los hombros a los pies, protegiendo al dentista y al paciente contra movimientos repentinos. Se cierra con unas tiras que tienen velcro facilitando su colocación y retiro.<sup>18</sup>

#### i) Contención farmacológica: sedación<sup>2</sup>

La sedación consciente es la técnica farmacológica de modificación de la conducta del niño, que permite la disminución del nivel de consciencia de manera que el paciente pueda mantener permeable la vía aérea en forma independiente y continua, respondiendo de manera adecuada a los estímulos físicos o comandos verbales, que indica la capacidad de reacción del individuo.



Es una técnica muy empleada en pacientes con discapacidad porque permite reducir la ansiedad del niño y facilitar el trabajo profesional, influye positivamente en el niño porque cambia la actitud del niño no cooperador y lo transforma en un paciente receptivo al tratamiento dental.<sup>2</sup>

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) y la American Academy of Pediatrics (AAP) consensuaron las definiciones de las siguientes modalidades de sedación.<sup>2</sup>

- a. Sedación interactuada.
- b. Sedación no interactuada, con respuesta física.
- c. Sedación no interactuada, en consultorio, bajo supervisión médica pero sin requerir vigilancia anestésica monitoreada (VAM).

En las modalidades a) y b) el niño disminuye la situación de estrés emocional o doloroso y se promueve la adaptación. El paciente pierde la consciencia, tiene los ojos abiertos y está en capacidad de mantener una comunicación verbal.

Los fármacos más utilizados en la actualidad para estas indicaciones son el hidrato de cloral y la difenhidramina, combinados en niños pequeños, y el midazolam por vías oral e intranasal.<sup>2</sup> Cada país tiene su propia reglamentación legal con respecto a la sedación.

- j) Sedación no interactuada.<sup>2</sup>

Después de agotar las técnicas de control de conducta, se realizará la evaluación médica y odontológica adecuada para que se pueda efectuar el tratamiento odontológico con anestesia general. Es recomendable emplearla como último recurso y en medida de lo posible evitando por comodidad de los padres y profesionales.

Cuando se utiliza este método es indispensable la atención posterior en forma ambulatoria en el consultorio para realizar las técnicas preventivas que



permitirán el mantenimiento de la salud bucal lograda.

## 4.3 Técnicas odontológicas adaptadas para el Trastorno del Espectro Autista

### 4.3.1 Técnica Restaurativa Atraumática.

En la década de los 80 el Doctor Jo E. Frenken de la Escuela Dental de Dar es Salaam en la República de Tanzania, África, desarrolló la Técnica de Restauración Atraumática (TRA), como una alternativa para preservar dientes cariados en pacientes de países en vías de desarrollo y comunidades menos favorecidas. El TRA es un procedimiento que ofrece varios beneficios especialmente de tipo económico y de acceso a las personas de bajos recursos. Actualmente se ha recomendado su empleo en varios países para mejorar los servicios de salud pública, lo que se ha traducido en la reducción del número de extracciones, así como en la prevención, conservación y el cuidado de la salud bucal.<sup>22</sup>

El 7 de abril de 1994, en el día mundial de la Salud Oral, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el Manual de la Técnica Restaurativa Atraumática, como un método para tratar las lesiones cariosas sin usar agua, electricidad y la pieza de alta velocidad.<sup>23</sup> El principal propósito de la técnica es realizar la mínima intervención y lograr la máxima prevención.<sup>24</sup> Es un procedimiento que se caracteriza por asociar el carácter preventivo a una intervención mínimamente invasiva, cuando sea necesario. Se basa en la eliminación de tejido dentario cariado, utilizando únicamente instrumentos cortantes manuales, seguida de la restauración de la cavidad y el sellado de fosas y fisuras adyacentes con el cemento de ionómero de vidrio.<sup>25</sup> por sus propiedades físicas y químicas se constituye en un material anticariogénico, ya que al endurecer el ionómero de vidrio libera flúor y por su buena



adhesión brinda un adecuado sellado.

La técnica TRA desarrollada para poblaciones de difícil acceso a servicios de salud y con bajos recursos, está contraindicada en piezas dentales con afección de la pulpa, o en cavidades profundas con probabilidad de exposición pulpar, así como en lesiones cariosas de tres o más paredes involucradas.

Con respecto a las indicaciones, se señalan las siguientes:

Por su parte está indicada en:

- Piezas dentarias con caries poco profundas y en cavidades accesibles a instrumentos manuales. (Grado 1 y 2)
- Pacientes con miedo y ansiedad hacia los procedimientos odontológicos
- Pacientes con discapacidades
- Niños pequeños que presentan lesiones iniciales

Cabe mencionar que la aceptación de la TRA por los pacientes ha sido documentada por Mickenautsch y Rudolph, quienes observaron que niños y adultos respondieron positivamente al tratamiento por la reducción del uso de anestesia local, la ausencia del uso de la pieza de mano y el eyector.<sup>25</sup>

#### 4.3.2 Desensibilización Sistemática en el Trastorno del Espectro Autista.

La Academia Americana de Odontopediatría reconoce que los pacientes con Espectro Autista pueden presentar mayor riesgo de patología oral debido a su capacidad disminuida de participar en la higiene diaria y cooperar en los programas preventivos. Por ello, se recomienda que padres de niños con este padecimiento acudan a temprana edad a la consulta odontopediátrica



---

para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear una rutina de higiene oral.<sup>26</sup>

Así mismo por las características del paciente con TEA se recomienda un protocolo de desensibilización sistemática que inicie previamente a la consulta para el tratamiento odontológico.

El desarrollo en el conocimiento social de los niños con el Espectro Autista, no se logra por los medios en los que los demás lo hacen. El niño con TAE no puede aprender el conocimiento social a través de medios naturales. Por esta razón se hace necesario programar la enseñanza.<sup>26</sup>

Algunas de las estrategias que se utilizan para el aprendizaje y la modificación de conductas en pacientes autistas y que pueden ser aplicadas en la adaptación a la consulta odontológica son el reforzamiento positivo, el modelamiento, que generalmente se utilizan a diario, pero la técnica más recomendada que actualmente es aplicada con pacientes autistas es la enseñanza estructurada.<sup>26</sup>

El modelo TEACCH por sus siglas en inglés (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) "Tratamiento y educación en niños con autismo y con problemas de comunicación", fue introducido en 1966 por el Dr. Schopler, en la Universidad de Carolina del Norte. Es el modelo de enseñanza estructurada más utilizado y se centra en entender la forma que tienen de pensar, aprender y experimentar con el mundo las personas con TEA, de manera que estas diferencias cognitivas explican los síntomas y los problemas conductuales que presentan.<sup>26</sup> Este modelo intenta mejorar los diversos problemas como la comunicación, la cognición, la percepción, la imitación y las habilidades motoras.



---

Se basa en cinco puntos:<sup>26</sup>

1. Centrarse en un aprendizaje estructurado.
2. Uso de estrategias visuales para orientar al niño y para el aprendizaje del lenguaje y la imitación.
3. Aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas.
4. Aprendizaje de habilidades pre académicas (colores, números, formas.)
5. Trabajo de los padres como coterapeutas, utilizando en casa los mismos materiales y técnicas.

El método TEACCH es el programa de educación especial más usado en todo el mundo y existen informes de su eficacia en mejorar las habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas maladaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar.<sup>27</sup>

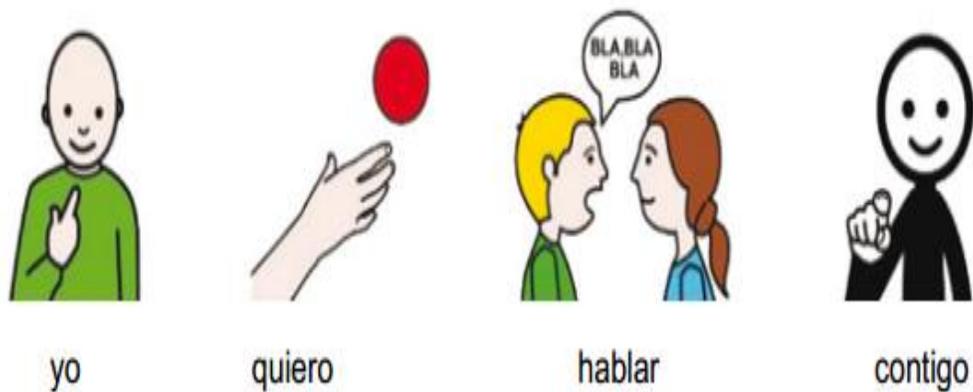
El odontólogo deberá reunirse con los padres, si fuera necesario también hablar con los educadores y psicólogos, sin la presencia del niño, para iniciar una historia clínica y recopilar información relevante acerca de las características individuales del paciente con el Espectro Autista; como lo es tratar de saber si tiene fobias, que cosas le pueden gustar, que tipo de música escucha, y que métodos de comunicación utilizan. Una vez obtenida los antecedentes médicos generales y odontológicos, se pone en marcha el siguiente paso para el acceso del niño al consultorio. Para ello necesitamos material consistente en imágenes, videos, música, libros, fotos, todo este material debe ser relacionado con la consulta dental.<sup>25</sup>

También es de gran utilidad usar en el niño Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) que son el conjunto de formas, estrategias y métodos de comunicación utilizados en personas con capacidades diferentes específicas que no les permiten la comunicación a

través del lenguaje y/o del habla.<sup>28</sup>

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), complementan el lenguaje oral cuando, por sí sólo, no es suficiente para entablar una comunicación efectiva. (Figura 4)

Figura 4. Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación<sup>28</sup>



Los sistemas alternativos de comunicación, sustituyen al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente.

Este material se enseña en la sala de espera, y al entrar se le presentará al equipo de trabajo, (asistentes y recepcionista) y se hará un acercamiento a las instalaciones como el sillón dental y lámpara. Con ello conseguiremos que el niño pueda reconocer a todo el personal que lo asistirá en el futuro y el lugar que frecuentará, ya que para iniciar un tratamiento debemos dar lugar a pequeñas sesiones de clínica simulada presentado un poco de instrumental odontológico como las pinzas de curación y el espejo oral.(Figura 5)

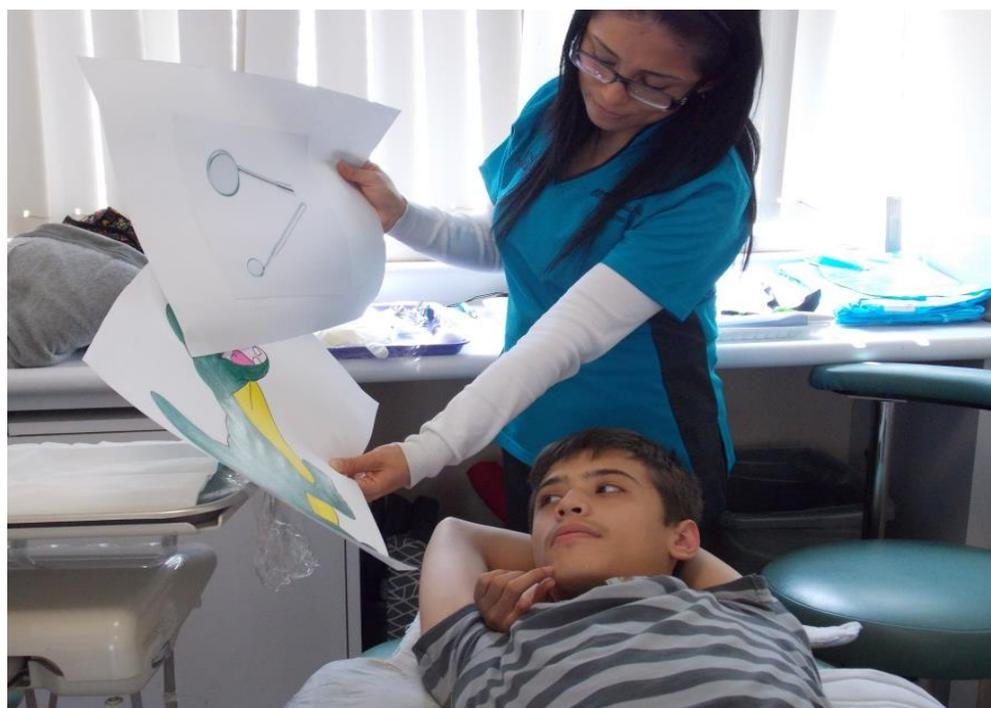
Figura 5. Los sistemas aumentativos de comunicación



Fuente directa.

La compañía de los padres o educadores favorece la cooperación del niño en la consulta odontológica. Utilizaremos en todo momento la técnica mostrar-decir-hacer, enseñándole al paciente los materiales con los que ya está familiarizado por ejemplo: al sentarse en el sillón dental tenemos que enseñarle la lámpara, la encendemos y hacemos que la luz este en su zapato, se le debe explicar qué es una lámpara y que es necesaria para ver mejor su boca mientras la vamos subiendo hasta llegar a la boca.

Figura 6. Los sistemas aumentativos de comunicación, complementan el lenguaje oral.



Fuente directa.

La conducta de pacientes especiales, y en específico de pacientes con TEA, va mejorando utilizando en cada visita las técnicas expuestas sobre el manejo de conducta y las herramientas para el acondicionamiento de los pacientes en la consulta odontológica.



---

---

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un padecimiento del desarrollo, en donde la interacción social, el comportamiento, el lenguaje y las funciones cognitivas están severamente afectadas, además los pacientes pueden presentar numerosos problemas médicos y trastornos de la conducta provocando que su atención estomatológica sea difícil de llevar a cabo.

En recientes años la Clínica de Revisión, Evaluación y Diagnóstico (CRED) de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM, ha sido testigo del incremento y solicitud de atención de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), los cuales han sido canalizados a la Clínica de Odontopediatría para su tratamiento, por lo que únicamente los alumnos de esta especialidad han tenido la oportunidad de beneficiarse con la experiencia clínica del aprendizaje que brinda el interactuar con estos pacientes.

El lenguaje es el más valioso mecanismo de interacción que el hombre posee, como elemento esencial para participar de la vida social, vehículo para la auto realización, expresión y comunicación. El conocer cómo se desarrolla el lenguaje en los pacientes con TEA interesa al odontólogo dado el impacto que tiene la comunicación en el manejo de su conducta.

Los pacientes con TEA prescinden del sentido que los identifica con hermanos o amigos, carecen de todo concepto relativo a los demás y no perciben el malestar de los otros. Presentan comportamientos disruptivos, debido a los problemas que tienen para comunicarse con los demás y a la frustración que eso produce, por lo que es común que muestren actitudes como tirar cosas, gritar, tirarse al suelo, o autoagredirse, y que frecuentemente presentan impulsividad, déficit de atención, hiperactividad, ansiedad, depresión y hasta fobias.



Los odontólogos deben considerar que muchos de los niños con el espectro autista presentan discapacidades que interfieren con su desarrollo y que para brindarles una atención estomatológica, deben enfrentar retos para el control y manejo de la conducta de estos pacientes debido a las dificultades de comunicación y el miedo que puede provocar un consultorio dental con todas las instalaciones requeridas para su funcionamiento. La cooperación de los padres también es muy importante ya que ellos reforzarán todo lo aprendido en el consultorio dental, como lo son las medidas preventivas que deben fomentarse para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Diversas investigaciones se han realizado con intervenciones para mejorar las habilidades, déficits sensoriales y problemas conductuales lo que mostró que estas acciones generaron cambios positivos a lo largo de la vida en diferentes áreas afectadas, incluyendo conductas de autoagresión, habilidades del lenguaje, sociales y académicas. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría y el Consejo Nacional de Investigación (*National Research Council*), las terapias conductuales y de comunicación útiles para los niños con TEA, son aquellas que proporcionan estructura, dirección y organización como complemento de la participación familiar.

Por todo lo anterior, nos planteamos como pregunta de investigación ¿cuáles son las técnicas y/o estrategias empleadas en el manejo y control de conducta en el tratamiento odontológico de pacientes con TEA en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM?



---

---

## 6. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del Espectro Autista afectan a una de cada 88 personas, siendo el desorden mental hereditario más frecuente y en proporción se presenta de 4:1 en niños que en niñas. Por ello es importante conocer el perfil psicosocial de los pacientes que presentan el Trastorno del Espectro Autista, para brindar una mejor calidad de atención al paciente, mejorando su conducta y su salud bucodental.

La conducta sin cooperación y reacciones de miedo son muy comunes en una visita al odontólogo, los pacientes muestran una gran variación en la personalidad, temperamento y emociones, lo que conlleva a una vulnerabilidad e incapacidad de enfrentar la situación emocional y psicológica ante el tratamiento dental.

La mayoría de problemas en el manejo de conducta se previene si se invierte el tiempo suficiente. En el caso de pacientes que padecen el Espectro Autista son muy sensibles a experiencias negativas, y a menos que sea una situación de emergencia definida, no hay excusa para omitir la conformación de la conducta antes del tratamiento dental. Por lo tanto, el control y manejo de la conducta de estos pacientes implica el entrenamiento y aplicación de técnicas y estrategias para inducirlo en la aceptación de los procedimientos odontológicos.



## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo general**

Determinar cuáles son las técnicas y estrategias de manejo de conducta que utilizan los alumnos de la Especialidad de Odontopediatría para el tratamiento estomatológico de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM.

### **7.2 Objetivos específicos**

- Identificar cada técnica y estrategia de manejo de conducta que utilizan los alumnos de la Especialidad de Odontopediatría del División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología UNAM DEPeI, F.O. UNAM.
- Determinar el tipo de tratamiento realizado en pacientes con TEA.



---

---

## **8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

### **8.1 Tipo de estudio**

Transversal descriptivo

### **8.2 Población de estudio**

Alumnos inscritos en la especialidad en Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología UNAM.

### **8.3 Criterios de selección**

#### **8.3.1 Criterios de inclusión**

- Alumnos que estudien la especialidad de Odontopediatría en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología UNAM, en el ciclo escolar 2016-2017.
- Sin distinción de sexo.
- Que asisten a curso regular.
- Alumnos que contestaron toda la encuesta.

#### **8.3.2 Criterios de exclusión**

- Alumnos que no asistieron a clase, cuando se realizó la encuesta.

#### **8.3.3 criterios de eliminación**

- Alumnos que no contestaron por completo el cuestionario.

#### **8.3.4 Tamaño de la muestra**

- Con base a los criterios de selección, se obtuvo una muestra de 32 alumnos.



## 8.4 Metodología

Se elaboró un cuestionario, con el propósito de identificar las técnicas y estrategias que utilizan los alumnos en la Especialidad de Odontopediatría para dar atención odontológica a los pacientes que presentan Trastorno del Espectro Autista.

Para la aplicación del cuestionario, se estableció comunicación con el Mtro. Adolfo Yamamoto Nagano, coordinador de la clínica de la Especialidad de Odontopediatría, para la programación y aplicación del cuestionario a los alumnos inscritos en la especialidad.

El cuestionario fue aplicado a 32 alumnos el día jueves 13 de octubre del año en curso. El cuestionario estuvo conformado por 10 preguntas estructuradas para identificar las técnicas y estrategias de manejo conductual más utilizadas.

Inicialmente se tenía planeado entrevistar a los padres de los pacientes con TEA, sin embargo no se logró este propósito porque en la fecha asignada para la entrevista no se presentaron pacientes con TEA. Lo anterior se debió a que la mayoría de los pacientes con este padecimiento, una vez que han sido rehabilitados, las citas subsecuentes para el control y seguimiento se realizan cada tres meses.

Cabe mencionar que el valor de tres respuestas a las preguntas fue nominal, cuatro de ellas dicotómicas, y tres mixtas, relacionadas con la preferencia o el motivo de aceptación de las técnicas de rehabilitación. Considerando lo anterior fue como se obtuvieron los valores porcentuales de las respuestas.



---

---

## 8.5 Recursos

### 8.5.1 Recursos humanos

- Tutora de tesina.
- Asesora de tesina.
- Pasante de la carrera de cirujano dentista.
- Alumnos de la especialidad de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología UNAM.

### 8.5.2 Recursos materiales

- Artículos
- Libros.
- Computadora
- Salón de clases

### 8.5.3 Recursos financieros

A cargo de la pasante de la carrera de cirujano dentista.

## 8.6 Análisis estadístico

El análisis estadístico se efectuó a través de estadística descriptiva, mediante la obtención de porcentajes. La información recabada fue capturada y procesada mediante el programa estadístico OriginLab 8.

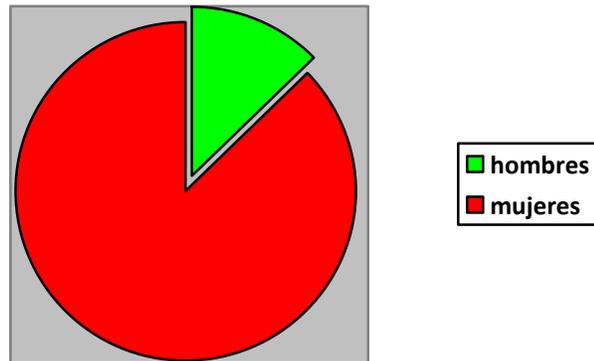
## 8.7 Consideraciones éticas

El presente estudio no implica ninguna intervención, sin embargo se solicitó el consentimiento de cada alumno y no se solicitaron datos personales para la construcción de la base de datos. La información se manejó de forma confidencial y sólo se utilizó con el propósito de este trabajo.

## 9. RESULTADOS

En la muestra estudio se incluyeron 32 estudiantes, la cual estuvo conformada por 87.5% de mujeres y el 12.5% de hombres.

**Gráfica1. Población muestra.**

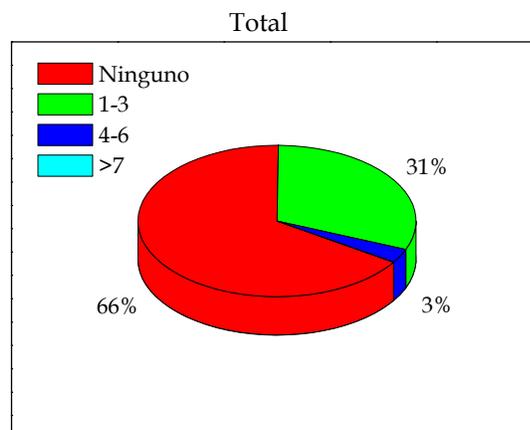


Fuente directa

En la gráfica 2, se muestra que del 31 % de alumnos que atendieron pacientes con el Trastorno del Espectro Autista, sólo el 3% ha brindado atención de entre cuatro y seis pacientes y el resto de 1 a 3 pacientes.

**Gráfica 2. ¿Cuántos pacientes con TEA ha tenido durante la especialidad?**

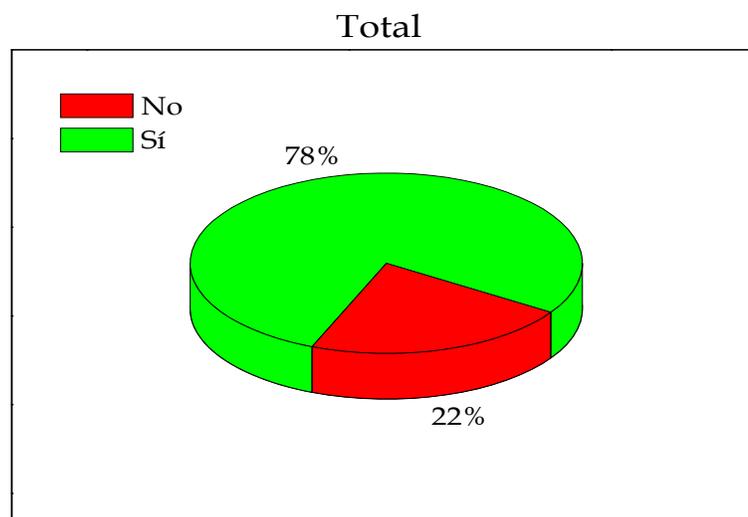
**Gráfica 2.**



Fuente directa

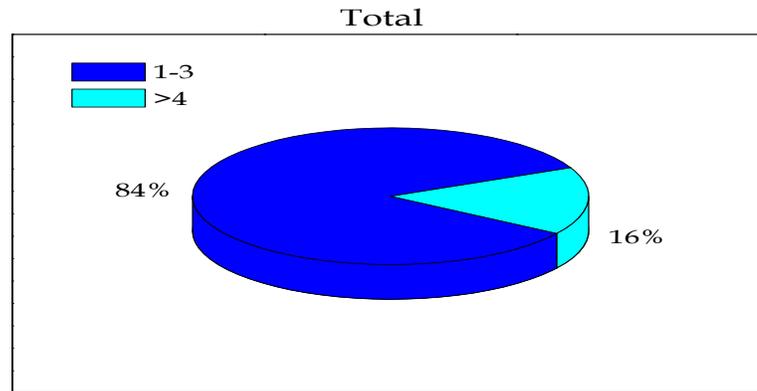
Con respecto a las técnicas y estrategias empleadas para el manejo de conducta de los pacientes, los datos recabados muestran que el 78% de los alumnos realizan consultas previas al tratamiento para modificar la conducta; mientras que el 22% no las efectúa.

**Gráfica 3. Previo al tratamiento dental del paciente con TEA, ¿Utiliza alguna consulta para la modificación de conducta para el control de su paciente?**



En cuanto al número de citas realizadas para mejorar la conducta el 84% de los alumnos reportaron efectuar de una a tres citas y sólo el 16% lleva a cabo más de cuatro.

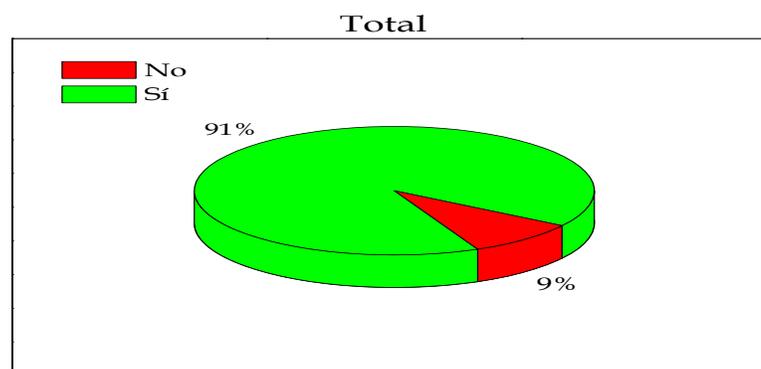
**Gráfica 4. En caso afirmativo, ¿Cuántas consultas?**



Fuente directa

Con relación al uso de técnicas y procedimientos de manejo conductual para los padres, el 91% de los alumnos manifestó realizar esta instrucción.

**Gráfica 5. ¿Les explica a los padres de su paciente con TEA las técnicas y procedimientos que conlleva el tratamiento odontológico de los pacientes?**



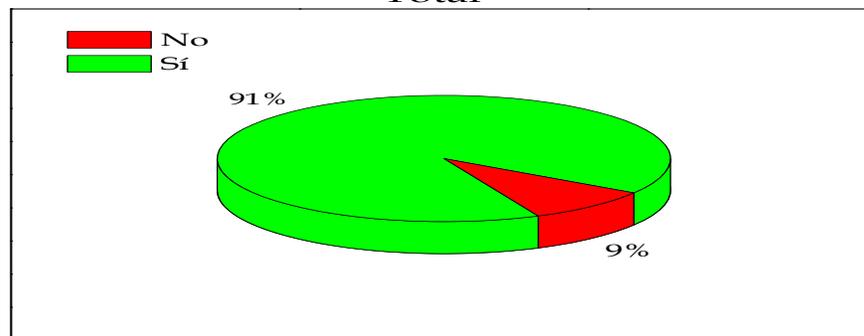
Fuente directa



Con respecto a la presencia de los padres durante el tratamiento el 91% de los alumnos manifestó aceptar su acompañamiento.

**Grafica 6. ¿Considera que durante el tratamiento de los pacientes con TEA está indicada la presencia de los padres?**

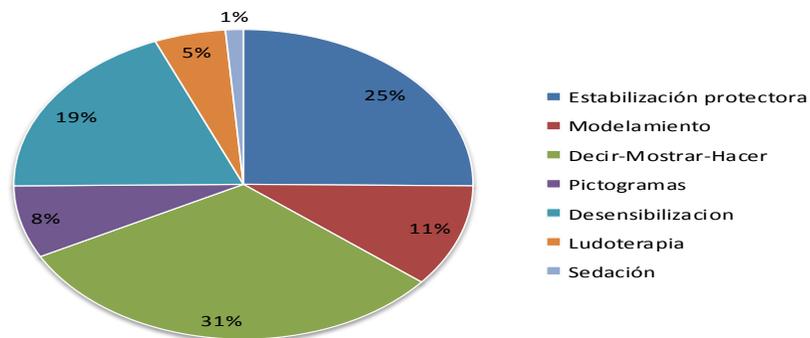
Gráfica 5.  
Total



Fuente directa

Con relación a las técnicas que con más frecuencia utilizan los alumnos para el control de conducta, el porcentaje más alto (31%) refirió emplear la técnica Decir-Mostrar-Hacer en contraposición al 1% que lo hace por sedación.

**Gráfica 7. ¿Qué técnicas de manejo conductual usa en el tratamiento dental para pacientes con TEA?**

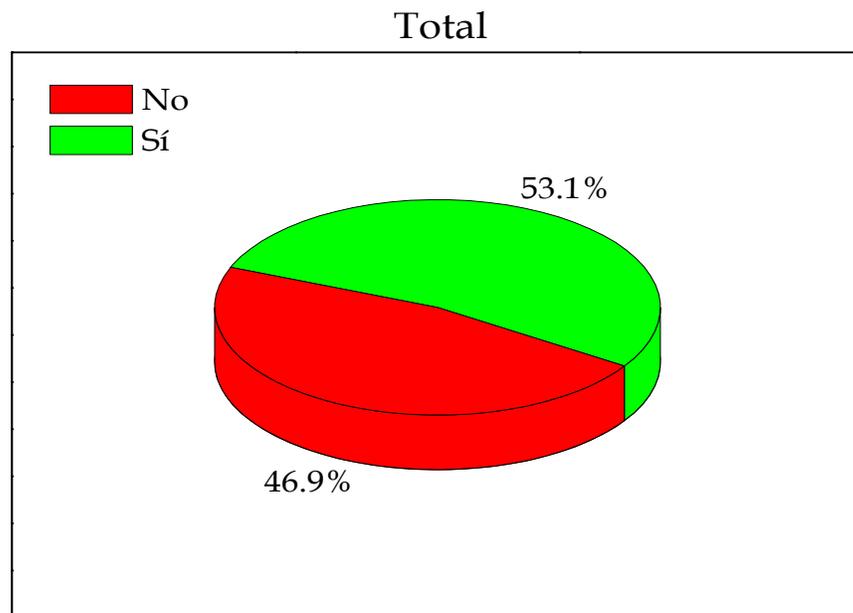


Fuente directa



Con respecto al conocimiento de la técnica TEACCH, para el manejo de conducta de pacientes con TEA, el 53.1% manifestó conocerla.

**Gráfica 8. ¿Conoce la técnica de intervención terapéutica y educativa en niños con autismo “Treatment and Education Autistic and Communication Handicapped Children” (TEACCH)?**

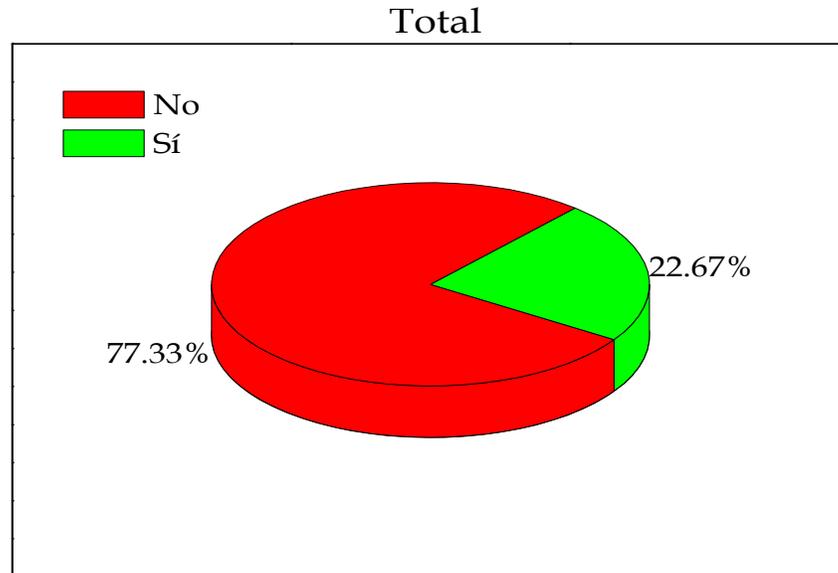


Fuente directa



En la gráfica 9, se muestran los resultados obtenidos respecto al conocimiento de alguna otra técnica especial para el control de conducta de pacientes con dicho padecimiento, identificando que el 22.67% conoce alguna técnica.

**9. ¿Conoce alguna técnica especial para el manejo de conducta para pacientes con TEA?**

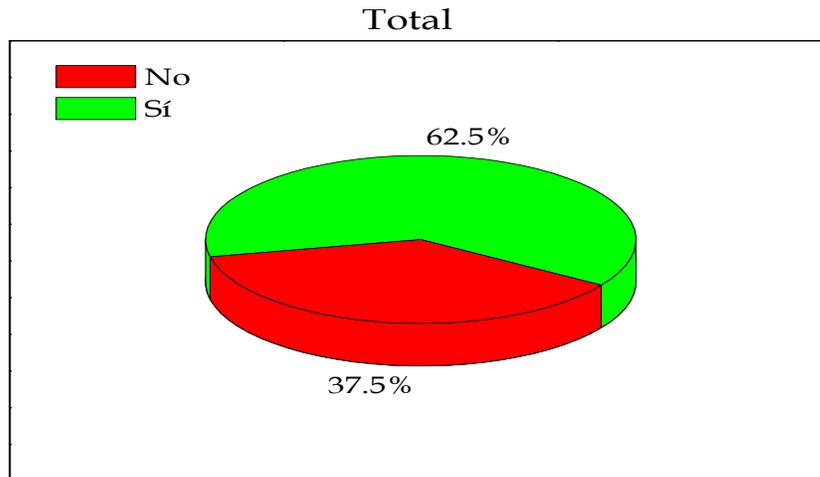


Fuente directa



En cuanto al empleo de métodos de estabilización protectora el 37.5% manifestó no utilizarla, mientras que el 62.5% refiere utilizar el papoose board.

**Gráfica 10. ¿Utiliza métodos de estabilización protectora en el tratamiento de sus pacientes con TEA?**

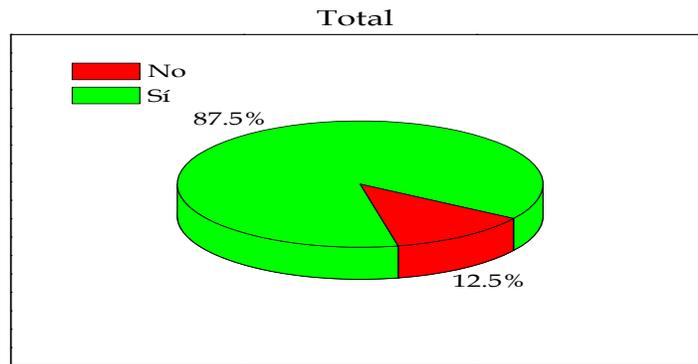


Fuente directa



En cuanto al empleo de la Técnica Restaurativa Atraumática como una opción de restauración dental para los pacientes y él porqué sería la mejor opción, el 87.5% de los alumnos manifestó la conveniencia de utilizarla en estos pacientes, ya que al no usar la pieza de alta velocidad evita ansiedad, por su parte el 12% desapruueba su empleo, debido a la temporalidad del ionómero de vidrio.

**.11. ¿Consideraría usar la Técnica Restaurativa Atraumática en pacientes con TEA?**



Fuente directa



## 10. DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos, podemos identificar que del 78% de los estudiantes (10) que han atendido pacientes con Trastorno del Espectro Autista, tan solo tres de ellos programaron de cuatro a seis citas, en correspondencia con la recomendación del método TEEACCH, lo que se destaca como una área de atención que debe promoverse en la formación de los alumnos inscritos es esta especialidad, dada la ventaja que ofrece el proceso de Desensibilización de este método en las habilidades sociales y de comunicación, en la promoción de conductas de adaptación, en la disminución del estrés y en el impacto en la calidad de vida,<sup>27</sup> al crear un ambiente favorable para la atención de estos pacientes.

Otro factor importante asociado con la utilización del método TEACCH se relaciona con la presencia de los padres durante el tratamiento dental, lo cual coincide con el reconocimiento y presencia que el 91% de los alumnos de la especialidad reportó al respecto, debido al importante papel que desempeñan los padres en el mantenimiento y prevención de la salud oral de sus hijos, así como porque refiere el reconocimiento de este aspecto para la atención de estos pacientes.

Con respecto al empleo de la Técnica Restaurativa Atraumática como terapia inductiva hacia los tratamientos odontológicos que fue inicialmente propuesta para la atención de los problemas de salud bucal como una alternativa que surge para preservar dientes cariados en pacientes de países en vías de desarrollo y comunidades menos favorecidas, los resultados obtenidos en este estudio, nos permiten identificar que el 87% de los alumnos recomiendan su empleo en los pacientes con Trastorno del Espectro Autista, al manifestar que este tratamiento evita la ansiedad o el miedo al ruido, así como la agresión de los procedimientos de restauración definitiva.<sup>23</sup>



---

---

## 11. CONCLUSIONES

Como odontólogos debemos tomar en cuenta y reconocer que los pacientes que presentan Trastorno del Espectro Autista necesitan técnicas especiales que contribuyan al manejo de conducta para lograr su cooperación en los diferentes tratamientos odontológicos que demande su atención. Por lo que los cirujanos dentistas de práctica general, deberán realizar una historia clínica que permita identificar el nivel de afectación para poder canalizarlo al área de especialidad, en reconocimiento a sus limitaciones profesionales a una clínica de especialización en Odontopediatría.

La atención odontológica para los pacientes con TEA debe planificarse y estar en estrecha comunicación con los padres y/o cuidadores de los pacientes, para estructurar por medio de rutinas las consultas que conlleva el tratamiento odontológico y así obtener una buena conducta y cooperación de su parte. Así mismo se debe diseñar un programa de instrucción integral y preventivo tanto para padres, como las personas responsables del cuidado de estos pacientes, para promover medidas de protección personal.

En este contexto, una de las limitaciones identificadas en este trabajo, no obstante que el 87% manifestó que involucraron a los padres en este proceso de capacitación, se refiere a la efectividad de esta intervención en cuanto al reforzamiento y aplicación de medidas preventivas, ya que no se pudo establecer contacto con los padres para corroborar el apoyo eficiente en el mantenimiento de su salud.

Dentro de las aportaciones de este trabajo, se puede destacar que no existen estudios en México, relacionados con las técnicas o estrategias que se aplican en la atención de pacientes con Trastorno del Espectro Autista, ni tampoco relacionados con el impacto en salud oral, por lo que a partir de este trabajo, se pueden continuar desarrollando otras investigación en donde se involucren más variables que contribuyan a obtener mayor información relacionada con estos pacientes, dado el aumento en su incidencia, como la



---

edad, nivel de severidad, escolaridad, antecedentes de atención especial, e índices epidemiológicos de las principales enfermedades bucodentales.



---

---

## Referencias bibliográficas

1. Merle McPherson, Polly Arango, Harriette Fox, Cassie Lauver, Margaret McManus, Paul W. Newacheck, James M. Perrin, Jack P. Shonkoff and Bonnie Strickland. A New Definition of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*. Official Journal of the American Academy of Pediatrics 1998; 102; 137.
2. Biondi A M. Cortese S G. *Odontopediatría Fundamentos y Prácticas para la atención integral personalizada*. Editorial Alfaomega. Bolivia. 1a edición, 2010.
3. Martínez R. *Pediatría. Salud y enfermedad del niño y el adolescente*. Centro Occidente de México. Manual moderno. Federación de Odontopediatría.
4. Castaneda T N. Rodríguez C A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev Cubana Estomatol [Online]*. 2001; Vol.38, (3): 181-191.
5. *Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. CONAFE.
6. Boj Quesada J R. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. Primera edición. Editorial Medica Ripano. Madrid, España. 2011
7. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, <http://www.conapred.org.mx/index.php>, (1 de octubre de 2016)
8. Autism And Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators; Centers For Disease Control And Prevention. Collaborators (32)
9. Yunta Muñoz, José A. Autismo. Clasificación. *Acta Neurol Colomb* Vol. 22 (2) Junio 2006
10. Gómez, B., Badillo, V., Martínez, E.M., Planells, P. Intervención Odontológica Actual En Niños Con Autismo. *La Desensibilización Sistemática*.6; 3:207-215. *Cientdent* 2009.



11. Arberas, V. Ruggieri. Autismo y Epigenética. Un Modelo de Explicación para la Comprensión de la Génesis en los Trastornos del Espectro Autista. Actualización En Neurología Infantil Iv. Medicina (Buenos Aires) 2013; 73 (Supl. I): 20-29
12. Fernández Toral, I. Llano Rivas. Las Distintas Formas del Autismo y sus Causas Genéticas. Bol Pediatr 2010; 50: 113-121
13. Wing Lorna. El autismo en niños y adultos. Una guía para toda la familia. Paidós Ibérica 1998
14. Ralph E. Mc Donald. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Octava Edición Editorial Harcourt Brace, 2004.
15. Silvestre Francisco J. Plaza A. Odontología para Pacientes Especiales. 1º Edición. PUV. Publications Universitat Valencia.
16. Craig J. Newschaffer, Lisa A. Croen. La epidemiología del Trastorno del Espectro Autista. Revisión Anual de Salud Pública. Abril 2007. Vol.; 28: 235-258.
17. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012
18. Maria Salette Nahás Pires Correa. Odontopediatría en la primera infancia. 1a edición. GEN, Grupo Editorial Nacional Livraria Santos Editora, Sao Paulo, Brasil. 2009.
19. Göran Koch. Suen P. Odontopediatría – abordaje clínico. 2da Edición. Almolca . Venezuela. 2011.
20. Lacárcel M J. Musicoterapia en Educación Especial. Universidad de Murcia. 1995: 534.
21. Frenken Jo E., Coelho S L., Navarro M F. Twenty five years Atraumatic Restorative Treatment ART approach: a comprehensive overview. Clin oral invest.2012
22. Tratamiento restaurador atraumático. Manual clínico. : International Association for dental Research, 2007.
23. Otazú C, Perona G. Técnica Restaurativa Atraumática. Conceptos actuales. Revista Estomatológica herediana 2005: 77-81



24. Bresciani E. Clinical Trials with Atraumatic Restorative Treatment (ART) in deciduous and permanent teeth. *Appl. Oral Scie* 2006, 14:14-19.
25. Taryn N. W , Inglehart M R. , Habil Phil.. Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism. Universidad de Michigan, junio 2010.
26. Morales C. abordaje conductual en el paciente autista en la consulta estomatopediátrica, *Revista Europea de Odontoestomatología*. 2006. España.
27. Fernando Mulas, Gonzalo Ros-Cervera, María G. Millá, Máximo C. Etchepareborda, Luis Abad, Montserrat Téllez de Meneses. Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 3): S77-84.
28. Torres S. Sistemas alternativos de comunicación: manual de comunicación alternativa y aumentativa, sistemas y estrategias. Málaga: 2001.
29. Palaubaduell M.; Pèlach F.; Valls Santasusana, A.; Salvadó B.; Muñoz Yunta J.A.; Introducción e historia del Autismo. En: *Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo*, F.P. Barcelona: Ed. Ediciones Gráficas Rey S.L; 2005 Págs. 17-27.
30. Morales, C. Abordaje Conductual del paciente autista en la consulta estomatopediátrica. *Rev. Europea de odontoestomatología*. 2006 Disponible en <http://www.redoe.com/ver.php?id=37>
31. J.A. Muñoz-Yunta a,c, M. Palau-Baduell a,c, B. Salvadó-Salvadó c,A. Valls Santasusana b,c, N. Rosendo-Moreno d, M. Clófent-Torrentó d, F. Manchado. Autismo, epilepsia y genética. *Rev Neurol* 2008; 46 (Supl 1): S71-S7



## ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MTRO. ADOLFO YAMAMOTO NAGANO**

Coordinador de la Especialidad de Odontopediatría  
de la DEPeI, F.O.  
Presente

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de permitir a la pasante: YURIDIA VERA MÁRQUEZ con Núm. de cuenta 30532183-3 llevar a cabo una encuesta a los alumnos de la especialidad de odontopediatría y padres de pacientes que presenten "Trastorno del Espectro Autista", la cual tendrá como objetivo identificar el tipo de tratamiento y técnica de manejo de conducta que se utiliza en la clínica de la Especialidad de Odontopediatría.

Sin otro particular y en espera de contar con su apoyo para la realización de dicha encuesta, me es grato enviarle un atento y cordial saludo.

Atentamente  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Ciudad Universitaria, D. F., a 5 de octubre de 2016

**MTRA. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA**



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad de Odontología

Seminario de Titulación: Educación para la Salud

Encuesta para alumnos de la Especialidad en Odontopediatría

Le solicitamos conteste la presente encuesta, la información permitirá conocer aspectos importantes sobre el manejo conductual de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la práctica odontológica. Los datos que se obtengan serán confidenciales y no se usaran con otro propósito más que con fines de investigación. Agradecemos su atención.

1.- ¿Cuántos pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha atendido durante la especialidad?

Ninguno     1-3     4-6     Más de 7

2.- Previo al tratamiento dental del paciente con TEA ¿Utiliza alguna consulta para la modificación de conducta y control de su paciente?

SI     NO

3.- En caso de contestar afirmativo ¿Cuántas consultas?

1-3     Más de 4     Ninguna

4.- ¿Le explica a los padres de su paciente con TEA las técnicas y procedimientos que conlleva el tratamiento odontológico de los pacientes?

SI     NO

5.- ¿Considera que durante el tratamiento de los pacientes con TEA está indicada la presencia de los padres?

SI     NO

5.- ¿Qué técnicas de manejo conductual usa en el tratamiento dental para pacientes con TEA?

7.- ¿Conoce la técnica de intervención terapéutica y educativa en niños con autismo "Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children" (TEACCH)?

SI     NO

8.- ¿Conoce alguna técnica especial para manejo de conducta para pacientes con TEA?

SI     NO ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

9.- ¿Utiliza métodos de estabilización protectora en el tratamiento de sus pacientes con TEA?

SI     NO ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

10.- ¿Consideraría usar la Técnica Restaurativa Atraumática en pacientes con TEA?

Si     No    ¿Por qué? \_\_\_\_\_