



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER Y LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD ORAL Y SU ATENCIÓN.

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:

JESSICA MORALES FERMOSE

TUTOR: Esp. RODRIGO ENRIQUE GUZMÁN LEMUS

ASESORA: Esp. CLAUDIA NAGUHELY TOCHIJARA CORONA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Muchas Gracias...

A Dios por permitirme estar aquí y concluir esta etapa de mi vida

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de vivir las mejores experiencias académicas y personales que he tenido.

A mis padres, Araceli Feroso y Gerardo Morales, por el amor y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, motivándome a no rendirme y cumplir todos mis sueños a pesar de las dificultades que se presenten, guiándome en el camino correcto para así lograr ser la mejor versión de mi misma, teniéndolos siempre como mi mayor ejemplo a seguir, los amo y admiro.

A mi hermana Angelica Morales, por regalarme su alegría y cariño cuando más lo necesitaba, llenándome de felicidad y haciéndome ver que la vida hay que disfrutarla en todo momento e inspirándome para dar lo mejor de mí siempre, te adoro.

A mi novio Diego Figueroa, por no dejar que me rindiera nunca, animándome a seguir siempre creyendo que todos los sueños que tengo se pueden cumplir, por brindarme el amor y alivio cuando creí que no lograría cumplir mis metas y siempre estar a mi lado en los momentos más difíciles, te amo.

A mi tutor, el Dr. Rodrigo Guzmán, por su apoyo y paciencia al realizar este trabajo, regalándome su tiempo y esfuerzo para qué salga lo mejor posible.

A mi asesora, la Dra. Claudia Tochijara, por brindarme su ayuda desde el primer año que llegue a la facultad, por regalarme su amistad y luz en todo momento y ser una de las mejores profesoras que he tenido en toda mi vida.

A mi tío, Gustavo Feroso, por ser mi mejor ejemplo a seguir profesionalmente, por darme los mejores consejos y apoyo en todo momento, transmitiéndome la pasión que necesito para poder ejercer mi carrera de la mejor forma que existe.

A mi Primo, Luis Feroso, por siempre ayudarme cuando lo necesitaba, por enseñarme y brindarme todo el apoyo siempre que tenía oportunidad.



A la Dra. Ana Laura Domínguez, por regalarme la pasión por la odontopediatría, enseñándome siempre y dándome consejos, regalándome la oportunidad de aprender de ella, siempre que podía.

A la Dra. Alicia Montes de Oca, por enseñarme como debe de ser la atención a un paciente pediátrico, por siempre exigirme ser mejor y no conformarme con cosas mediocres, para así brindar siempre la mejor atención posible.

Al Dr. Alejandro Hinojosa, por sus grandes enseñanzas, paciencia y ayuda, en todo momento, por ser una gran inspiración y ejemplo de como debe ser un buen odontopediatra.

Al Dr. Carlos Ramírez, por brindarme su amistad y siempre ayudarme cuando tenía duda o necesitaba algún consejo en mi vida escolar.

A Edith Melgarejo, por siempre ayudar a mi familia y estar cuando la necesitamos.

Al equipo de CIOM por darme la oportunidad de conocer la vida profesional fuera de la facultad.

A mis amigos, Valeria, María Fernanda, Magali, Pamela, Misael y Walter, por motivarme siempre y regalarme los momentos más divertidos que he vivido, por apoyarme y creer en mí en todo momento.

A los amigos que he hecho a lo largo de la carrera Andrea, Saidi, Maricela, Victoria, Omar, Dadinirt, Sariha, Alexia, Fernanda, Rodrigo, Rubén, Alejandra, Emmanuel y Liliana, por hacer mi tiempo en la facultad mucho más divertido, regalándome sonrisas y recuerdos que siempre estarán conmigo.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
Objetivos	8
1. ESPECTRO AUTISTA.....	9
1.1. Definición	9
1.2. Antecedentes.....	10
1.3. Características clínicas.....	12
1.4. Diagnóstico	15
1.4.1. Diagnósticos diferenciales.....	16
1.5. Etiología.....	17
1.6. Factores de riesgo	18
1.7. Tratamiento.....	19
1.7.2. Farmacológico.....	21
1.8. Clasificación.....	23
2. SÍNDROME DE ASPERGER	26
2.1. Definición	26
2.2. Antecedentes.....	26
2.3. Signos y Síntomas.....	28
2.4. Diagnóstico	28
2.5. Epidemiología	29
2.6. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	30
2.7. Relación Con Síndrome De Asperger.....	31
2.8. Tratamiento.....	31
2.8.1. Psicológico	31
2.8.2. Farmacológico.....	32
3. Manejo Odontológico de niños con Síndrome de Asperger	33
3.1. Tratamiento Odontológico.....	33
3.2. Características orales	33
3.3. Padecimientos bucales más frecuentes.....	34



3.4. Manejo De Conducta	36
3.4.1. Decir-Mostrar-Hacer	36
3.4.2. Control De Voz	37
3.4.3. Distracción	38
3.4.4. Uso de pictogramas	39
3.4.5. Modelamiento de conducta	40
3.4.6. Anestesia General.....	41
3.5. Manejo multidisciplinario.....	42
3.6. Consideraciones farmacológicas	43
4. LA FAMILIA EN EL SÍNDROME DE ASPERGER.....	44
4.1. Relación Familia-Paciente	45
4.1.1. Padres.....	46
4.1.2. Hermanos.....	48
4.2. Importancia de la familia en la salud general.....	48
4.3. Importancia de la familia en la salud oral.....	49
4.4. El papel de la familia en la consulta odontológica	51
4.5. Relación Odontólogo- Familia.....	53
Conclusiones	55
Referencias Bibliográficas	56
Referencia De Imágenes	60



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de espectro autista son un grupo de síndromes y padecimientos del neurodesarrollo, que pueden llegar a sufrir los niños que se presentan a nuestro consultorio, complicando tanto la consulta como el tratamiento, debido a la dificultad de la comunicación, por lo que es de suma importancia saber identificar a los pacientes que presenten estas características.

Dentro de este gran mundo de trastornos, el síndrome de Asperger es uno de los más complicados de identificar debido a que sus signos y síntomas son muy sutiles, por lo que incluso su diagnóstico puede ser hasta la edad escolar, en la que, por lo general, los niños suelen tener ya experiencias en consultas dentales, sin un manejo adecuado, complicando así la atención de estos pacientes.

El síndrome de Asperger se caracteriza por dificultad social, falta de empatía, capacidad de comprender el sentir de los demás, habilidad de relacionarse con sus iguales, con un desarrollo de lenguaje normal e incluso avanzado para su edad, pero sin la capacidad de entender el sarcasmo y las broma, aun a pesar de tener un gran desarrollo intelectual, con el que pueden llegar a destacar en campos como la ciencia. Su dificultad para adaptarse a los cambios de rutinas, junto con algunas conductas obsesivas son los síntomas más destacados de esta alteración.

El tratamiento para este padecimiento es tanto psicológico como farmacológico, siendo este último, el que más nos compete como odontólogos, debido algunos medicamentos que pueden estar dentro de su esquema llegan a presentar efectos colaterales en la salud oral, como lo son los antidepresivos y los anticonvulsivos.



Es igualmente importante saber que no todos los pacientes son tratados de la misma manera por lo que, el hacer una historia clínica completa nos ayudara a evitar complicaciones durante y después de la consulta.

Para el manejo odontológico adecuado, es indispensable que el dentista este informado y actualizado sobre las necesidades de estos pacientes, antes, durante y después de la consulta, para lo cual también es se requiere que se lleve un tratamiento integral y multidisciplinario, con los médicos tratantes, educadores y padres o cuidadores de los niños.

El conocimiento sobre el correcto manejo de conducta para atender a estos niños es de suma importancia, ya que es un punto clave para mejorar y motivarlos al cuidado de su salud oral, aplicar diferentes estrategias, desde la técnica clásica de decir-mostrar-hacer, hasta el uso de pictogramas, los cuales nos ayudan en gran medida para mejorar el entendimiento que tiene el paciente sobre lo que se le va a hacer, favoreciendo a que los tratamientos sean más efectivos y rápidos.

El apoyo de la familia para el cuidado de la salud oral de estos pacientes es fundamental, porque son los encargados directos de prevenir las enfermedades, tanto generales como en la cavidad oral, por lo cual debe existir una buena orientación y comunicación entre el dentista y la familia.

Por otra parte, suelen ser nuestro puente de comunicación con estos niños, por lo cual su papel en la consulta es muy importante, ayudándonos a adaptar el ambiente del consultorio y dándoles más seguridad a los pacientes, convirtiendo la consulta en una experiencia menos agresiva, apoyándonos con el manejo de conducta, sin dejar de lado nuestra autoridad durante el tratamiento. Para esto, es importante que el dentista les explique a los padres y hermanos todo lo relacionado al padecimiento y tratamiento que se realizará o en su caso brindar la información necesaria para referir al paciente con un especialista.



Objetivos

- Entender qué es el Síndrome de Asperger y cómo esta condición puede influir durante la consulta odontológica.
- Analizar cómo debe actuar el Cirujano Dentista, al estar frente a un paciente pediátrico con Síndrome de Asperger.
- Analizar qué influencia tiene la familia del paciente pediátrico con esta alteración sobre su salud oral y como se puede aprovechar dicha influencia para prevenir enfermedades orales.

1. ESPECTRO AUTISTA

1.1. Definición

El espectro autista es un grupo de trastornos (Fig.1) del neurodesarrollo, que se caracterizan por un deterioro grave en la socialización recíproca, problemas cualitativos en la comunicación y un comportamiento repetitivo o inusual.

Son considerados trastornos del desarrollo, ya que a pesar de que pueden ser diagnosticados a cualquier edad, por lo general, las características se presentan en los dos primeros años de vida ¹



Fig 1. División de espectro autista. ¹

1.2. Antecedentes

Desde hace un siglo, la historia del espectro autista ha pasado por varios periodos que reflejan las discusiones alrededor de la nosografía de los trastornos calificados como autísticos.^{1,2}

Antes de que se tomara el concepto de “Autismo” como lo conocemos hoy en día, Eugen Bleuler (Fig. 2) usó este término en 1911, para explicar la retirada activa con que algunos pacientes esquizofrénicos se repliegan al terreno de la fantasía, haciendo referencia a la conducta intencional de evitar relaciones sociales. Dicho término, creado por Bleuler, tiene una etimología griega “**autos**” que significa “*sí mismo*”. Este padecimiento está caracterizado por la intrusión de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose a la constitución de un mundo cerrado, separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás que de allí resulta.^{3,4}

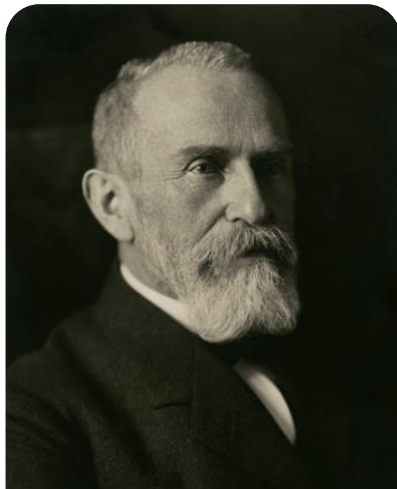


Fig 3. Eugen Bleuler²



Fig 3. Leo Kanner²





Fue hasta 1941 que Leo Kanner (Fig. 3) fue el primero en describir lo que realmente era el trastorno autista en su obra *“Autistic Disturbance of Affective Contact”*. Explicó, a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, esencialmente varones, un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad de su aparición, puesto que se manifiesta desde el primer año de vida; una sintomatología marcada por la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal y en algunos casos, un aumento precoz del volumen craneal. A pesar de todos estos datos, no impidió que Kenner atribuyera como origen de tal incapacidad para establecer vínculos afectivos adecuados, deficiencias innatas de origen biológico, una ineffectividad, de la que darían muestra en la educación de sus hijos, los padres de los niños que sufren de este síndrome.⁴

A partir de la década de los 60's del siglo pasado, surgieron líneas de trabajo que suscitaban nuevas interrogantes, aportando también más dosis de esperanza, al amplificar las vías para describir y explicar el mencionado trastorno. Entre tales líneas novedosas figuraba la emprendida por Rutter, para quien el autismo se debía principalmente a alteraciones en el desarrollo del lenguaje.

En la década de los 80`s, se logró alcanzar un consenso en cuanto a la concepción del autismo como un síndrome conductual, que afecta a una amplia gama de áreas, tanto del desarrollo cognitivo como del afectivo, juzgándolo como un trastorno generalizado del desarrollo.³

En los años 1994 y 2000 aparecieron respectivamente el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales cuarta edición y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-IV y DSM V-TR) que, aunque no planteaban modificaciones sustanciales entre



ellos, representaron un nuevo cambio radical. Por una parte, se definieron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado (Fig.1). Además, se incorporó el término trastornos generalizados del desarrollo (*pervasive developmental disorders*), como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo.⁵

En noviembre del 2010 en Francia, la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (CFTMEA), en su revisión presentada en la *Société Médico-Psychologique*, permitió establecer en lo concerniente a la categoría del autismo infantil. La concordancia con la Clasificación Internacional de Enfermedad décima edición (CIE-10), no sólo para el Eje I de los datos clínicos sino también para el Eje II de los “Factores anteriores eventualmente etiológicos.”⁴

En 2013 desaparecieron los conglomerados sindrómicos y se eligió el término “Trastornos del Espectro Autista” (TEA), para todos los que cumplieran con los criterios clínicos con etiología idiopática, independientemente de la gravedad o impacto en los ambientes sociales escolares o familiares. En el momento de incluir el TEA en el apartado de trastornos del neurodesarrollo, de forma implícita se aceptaba que la etiología es un desfase en el desarrollo del sistema nervioso.¹

1.3. Características clínicas

Aunque no todas las personas que padecen de estos trastornos tienen las mismas características clínicas, por lo general, la mayoría muestran algunos síntomas particulares, como son la dificultad para entablar relaciones sociales (Fig. 4) y conductas repetitivas.^{1,6,7}



Fig. 4 Dificultad para relacionarse³

A estos pacientes les cuesta hacer contacto visual, mantener de manera fija la mirada con otra persona, tardan en responder o simplemente no lo hacen cuando se les habla, no escuchan a su interlocutor y suelen tener problemas para seguir una plática con otra persona si el tema no es de su interés y mostrar expresiones faciales que no concuerdan con lo que están diciendo; comúnmente tienen problemas para comprender los puntos de vista de otras personas cuando difiere de los suyos. También les cuesta entender un poco el pensamiento figurado y el sarcasmo, por lo que todo lo que escuchan y leen lo toman de una forma muy literal.^{1,68}

Los niños con TEA suelen presentar conductas repetitivas y disruptivas, para ellos es indispensable la implementación de rutinas (Fig. 5). Así mismo, tienden a hablar mucho sobre temas que son de su interés por mucho tiempo, sin permitir a otras personas opinar al respecto. Suelen tener un tono de voz algo inusual, siendo muy monótono, similar a un robot, o sonar como si estuvieran cantando; no soportan los cambios de rutina, por muy mínimos que sean.^{1,8,9}



Fig. 5 Organización de rutinas⁴

Algunos pacientes tienden a desarrollar trastornos del sueño y conductas alimentarias peculiares, que se entienden más como un problema de percepción y apreciación de sensaciones que un problema nutricional; de hecho, por lo general, suelen ser más susceptibles que otras personas a los estímulos sensoriales, tales como la luz, el ruido, las texturas o incluso la temperatura y en algunos casos llegan a sufrir de epilepsia, por lo que es necesario tomarlo en cuenta todo esto hay que tomarlo en cuenta para el tratamiento. ^{1,8}

Suelen ser personas sumamente inteligentes, capaces de aprender detalladamente cosas que les interesan y recordar la información por largos periodos de tiempo, ya que tienen una gran memoria tanto visual como auditiva y no es extraño que sobresalgan en áreas como matemáticas, ciencias y música. ⁶⁸

1.4. Diagnóstico

Se fundamenta en el juicio clínico y por lo general se hace antes de los 2 años de edad, ya que los síntomas aparecen de forma variable a partir de los 18 meses y se consolidan a los 36 meses.^{1,6,8}

El diagnóstico clínico y la clasificación del paciente se hacen siguiendo los criterios del DSM-5 y CIE-10. Las pruebas estandarizadas para tamizaje son hasta ahora el Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-chat) y en poblaciones latinoamericanas el EK-50, para determinar el impacto en las habilidades del paciente.^{1,10}



Fig.6 Revisión de rutina 18 a 24 meses⁵

Generalmente en niños, los exámenes diagnósticos se hacen en 2 etapas. La primera, durante los chequeos periódicos del bebe, específicamente entre los 18 y 24 meses (Fig. 6). Se tienen que evaluar el entorno del paciente y el nivel de compromiso de los padres con él, ya que se hacen preguntas



sobre el comportamiento y su modo de desenvolverse. Los pacientes que muestren ciertos problemas del desarrollo son remitidos a especialistas para la evaluación de la segunda etapa, la cual mide las habilidades cognitivas y de lenguaje del paciente y la capacidad para realizar ciertas actividades de forma independiente y apropiada para su edad, como comer y vestirse. En niños mayores, los síntomas suelen ser reconocidos por los padres y los maestros, por lo que la escuela al percatarse de esto, suele hacer una evaluación con personal de educación especializado y después remitir al paciente con el médico especialista.^{6,8}

Es indispensable realizar también pruebas de audición, para descartar problemas como la hipoacusia. Así mismo, es importante aplicar cuestionarios de conducta alimentaria y pruebas para medir el estado nutricional.¹

1.4.1. Diagnósticos diferenciales

Los niños pequeños con trastornos mixtos del desarrollo del lenguaje y con un alto componente comprensivo pueden simular un TEA. Sin embargo, no tienen dificultad con el juego imaginativo o simbólico, ni dificultad con la fijación de la mirada.⁹

Algunos diagnósticos diferenciales que hay que tomar en cuenta son algunos trastornos desintegrativos de la infancia, donde la regresión (retroceso en el desarrollo general), ocurre en edades más tardías (36 a 48 meses) y se asocia a pérdida de habilidades cognitivas globales, las cuales pueden incluir el control de esfínteres. Es importante realizar estudios funcionales y de imagen para descartar enfermedades degenerativas y/o alteraciones epilépticas, como el síndrome de Rett.⁹

Otro padecimiento a considerar es el Trastorno del Desarrollo Múltiple Complejo o síndrome Borderline de la niñez, no aceptado por todos los autores y que incluye trastornos en la esfera psiquiátrica.⁹

1.5. Etiología

La etiología de estos padecimientos es multifactorial, aunque se cree que puede haber algún componente genético relacionado (Fig. 7), ya que es común encontrar que estos pacientes tienen antecedentes familiares de trastornos del desarrollo, así como historia de riesgo neurológico perinatal y epilepsia. Por esto, se considera una enfermedad poligénica y multifactorial, en la que los cambios o variaciones genéticas de distintos tipos interactúan con factores ambientales, lo que resulta en fenotipos específicos.^{1,7,11}

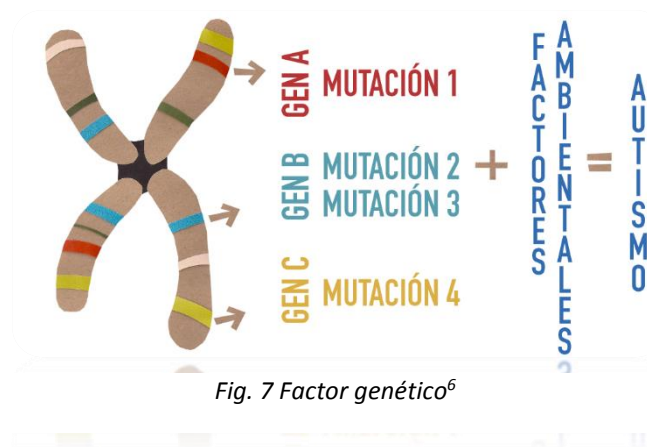


Fig. 7 Factor genético⁶

Algunos de los genes que se creen están relacionados son el CHD8, localizado en el cromosoma 14; funciona como un represor transcripcional, sobre todo para genes regulados por beta-catenina. El ADNP, que es un gen localizado en el cromosoma 20, el cual codifica una proteína involucrada en la remodelación de la cromatina, la autofagia y la dinámica de los microtúbulos en los sitios de sinapsis en células gliales y el gen TBR1, que se encuentra localizado en el cromosoma 2, el cual codifica una proteína que funciona como factor de transcripción. Se expresa en neuronas de protección postmitótica del

bulbo olfatorio y de la corteza cerebral, es esencial en la diferenciación de la célula estaminal neuronal y la de la corteza cerebral.^{1,12}

1.6. Factores de riesgo

Aunque se cree que existe un factor genético importante para padecer estos síndromes, no podemos descartar los factores ambientales; por ejemplo, el riesgo a que un niño nazca con TEA aumenta 15% en mujeres que reciben múltiples anticonvulsivos durante el embarazo. Otro factor de riesgo son la edad de los padres, la ingesta de inhibidores de la recaptura de serotonina, así como la exposición a metales pesado o a material articulado (Fig. 8).^{1,7}



Fig. 8 Factores de riesgo¹

Se considera un factor de riesgo, tener antecedentes familiares de autismo y anomalías de lenguaje. Algunos estudios han demostrado que el

nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer, alteraciones ambientales en el período perinatal, el parto por cesárea y el sufrimiento fetal, son otros factores que pueden aumentar el riesgo a sufrir TEA. Algunos autores también mencionan que la utilización de oxitocina sintética junto con la anestesia epidural, podrían tener un papel importante.¹³

1.7. Tratamiento

El autismo es heterogéneo, por lo tanto, su tratamiento también debe serlo. Existen pruebas como la ADI-R, DISCO, 3di, ADOS y GARS, que individualmente o combinadas pueden ayudar a determinar un plan de atención, el cual generalmente, se inicia escogiendo un síntoma y se plantea un tratamiento buscando la modificación conductual específica de este, teniendo en cuenta las habilidades del paciente y estableciendo metas de desarrollo alcanzables (Fig. 9).^{1,9}

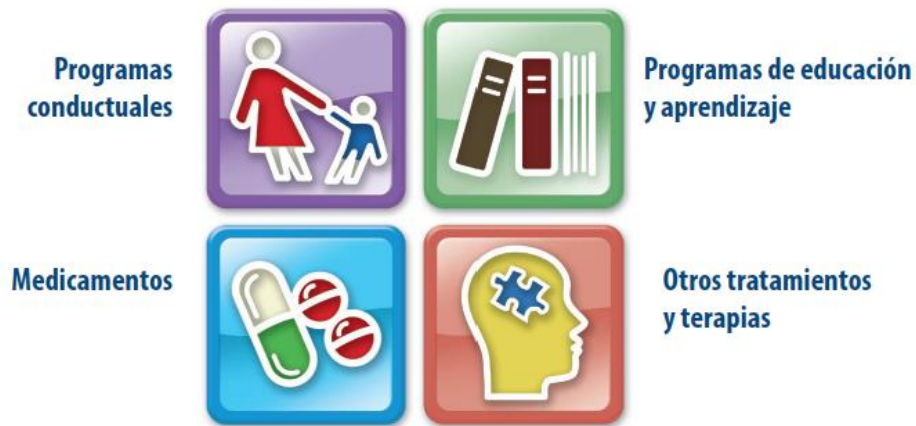


Fig. 9 Tipos de tratamiento para TEA⁷

1.7.1. Psicológico

El tratamiento tiene que tener estrategias que estimulen, controlen o aumenten una característica sintomática de la conducta o de la comunicación. Se basa en empezar con el apoyo terapéutico a partir de los 18 meses, con

programas de 20 a 40 horas por semanas, teniendo 2 ejes fundamentales, el análisis de la conducta con su modificación y el incremento de las habilidades comunicativas y del lenguaje (Fig.10) .^{1,14}

Una de las técnicas más usadas en el análisis de la conducta y su modificación es la ABA (*Applied Behavior Analysis*), también llamada Análisis Conductual Aplicado, la cual se basa en la teoría del aprendizaje y condicionamiento operante. Se plantean programas de hasta 40 horas semanales con objetivos pequeños y alcanzables y se hacen intentos, modulando la conducta hasta lograrlos y premiarlos, haciendo evidente el previo conocimiento-acción y consecuencia.^{1,14}



Fig. 10 terapia psicológica⁸

La estimulación del lenguaje es una de las cuestiones más importantes a tratar. La adquisición de las habilidades para hablar y comprenderlo que se dice, antes de los 6 años, es un factor de buen pronóstico a largo plazo. Para este propósito se puede usar el tratamiento de respuesta pivote o PRT (*Pivotal Respose treatment*), que consiste en planear múltiples ejercicios que el paciente necesita trabajar, sobre todo en aspectos fundamentales de la comunicación compartida y petición, usando juegos y reforzadores positivos^{1,14}



El programa “*Tratamiento y educación de niños con autismo y discapacidad de la comunicación*”, así como el STAR (*Strategies for Teaching Base don Autism Research*), son programas pedagógicos específicos y grupos terapéuticos enfocados en mejorar las habilidades sociales, aumentando las estrategias cognitivas para mejorar la apreciación social y competencias ecológicas de la conducta. Suelen ayudar al uso de expresiones sociales de los pacientes, aunque la efectividad de estos grupos no se ha comprobado realmente.^{1,14}

El uso de medios externos para modular el volumen o la percepción externa, pueden ser de utilidad en momentos específicos. La adaptación del medio en grupos de población con autismo mejora en hasta un 47% a un entorno escolar controlado. La musicoterapia ha mostrado ser más eficaz que el placebo, para mejorar las habilidades de comunicación social e impulsar las relaciones de los pacientes con sus pares.¹

1.7.2. Farmacológico

Se basa en la disminución de síntomas específicos, por medio de distintos medicamentos, tomando en cuenta la severidad de estos.

Para las conductas repetitivas disruptivas, es común usar antipsicóticos como la risteridona y el arpiprazole, que han demostrado tener un efecto favorable temporal, con la disminución significativa de conductas como la hiperactividad, irritabilidad y las conductas repetitivas y disruptivas. Los efectos adversos de estos medicamentos son: ganancia ponderal, somnolencia, temblor y rigidez muscular. Otra alternativa a estos fármacos pueden ser los neurolépticos, como el halaperidol, el cual se ha usado durante décadas y demostró tener beneficios a largo plazo^{1,14}

En el caso de la irritabilidad, ansiedad y depresión, específicamente, se usan inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, que es usada en menores de 12 años. Esta muestra beneficios en los síntomas hasta en un 60 %. Otra opción son los antidepresivos tricíclicos, como amitriptilina, aunque no suelen ser tan eficaces como los ISRS.^{1,14}



Fig. 11 Tratamiento farmacológico⁹

Uno de los síntomas más recurrentes, es la comunicación. Para ayudar en esto, se tratan con inhibidores de la acetilcolinesterasa, como donepezilo, los cuales han demostrado mejorías sociales en las escalas a corto plazo, aunque aún no se ha estudiado por completo su eficacia a mediano plazo.^{1,14}

Para mejorar la atención, es común usar inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina, como bupropion, los cuales mejoran los síntomas de inatención e hiperactividad.^{1,14}

En casos específicos donde haya trastornos del sueño, se suele usar melatonina, seguida de los alfa-agonistas- Estas mejoran la calidad del sueño de los pacientes. Otra opción para ayudar a este problema, son los anticonvulsivos y antiepilépticos, los cuales también se usan como moduladores de conducta, aunque estos no se recomiendan a menos que el paciente sufra de epilepsia. Por otra parte, los neuroestabilizadores como el levetiracetam, presentan efectos cognitivos positivos, estos solo tienen efectos



en la irritabilidad y en las conductas agresivas y no tanto en los síntomas sociales.^{1,14}

1.8. Clasificación

Según los cambios realizados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5)* en 2013 y en 2018 para la publicación de la *Undécima Edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11)*, que entrará en vigor el 01 de enero de 2022, los trastornos del espectro autista se clasifican en (Tabla 1):¹⁰:

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deterioro leve o nulo del lenguaje funcional.	Se cumplen todos los requisitos de la definición de trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo se encuentran al menos dentro del rango promedio y solo hay una alteración mínima o ninguna alteración en la capacidad del individuo para el uso funcional del lenguaje (hablado o de señas) con propósitos instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con leve o ningún deterioro del lenguaje funcional	Se cumplen todos los requerimientos de la definición tanto para el trastorno del espectro autista como para el trastorno del desarrollo intelectual y solo existe una alteración leve o nula para utilizar el lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines instrumentales, como



	expresar sus necesidades y deseos personales.
Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional	Se cumplen todos los requisitos de la definición del trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo se encuentran por lo menos dentro del rango promedio y hay un marcado deterioro en el lenguaje funcional (hablado o de señas) en relación con la edad del individuo, el cual no es capaz de utilizar más que palabras sueltas o frases simples con fines instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con deficiencia del lenguaje funcional	Se cumplen todos los requisitos de la definición tanto para el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo intelectual y hay un marcado deterioro en el lenguaje funcional (hablado o de señas) en relación con la edad del individuo, el cual no es capaz de utilizar más que palabras o frases simples para propósitos instrumentales, como para expresar necesidades y deseos personales.
Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional	Se cumplen todos los requisitos de la definición de trastorno del espectro autista, el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo se encuentran por lo menos dentro del rango promedio y en relación con la edad del individuo, hay completa o casi completa ausencia de habilidad para utilizar el lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines



	instrumentales, como para expresar sus necesidades y deseos personales.
Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y con ausencia del lenguaje funcional	Todos los requisitos de definición para ambos tanto para el trastorno del espectro autista como para el trastorno del desarrollo intelectual se cumplen y están completos, o casi completo, ausencia de capacidad relativa a la edad del individuo para usar un lenguaje funcional (hablado o de señas) con fines instrumentales, como para expresar necesidades y deseos personales
Otro trastorno especificado del espectro autista	

¹⁵ *Tabla 1. Clasificación según CIE-11*

2. SÍNDROME DE ASPERGER

2.1. Definición

Es un trastorno del espectro que se encuentra dentro de los cinco trastornos definidos bajo la categoría de “Trastorno Generalizado del Desarrollo”. Lo que distingue el síndrome de Asperger del Autismo clásico, son las características y la ausencia de retrasos de lenguaje, ya que el paciente posee habilidades del habla e inteligencia promedias. ¹⁶⁻¹⁸

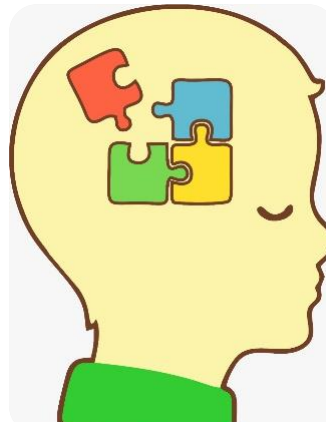


Fig.12 Representación de la mente de un niño con SA¹

2.2. Antecedentes

Hans Asperger (1906-1980) (Fig.13), fue quien describió por primera vez el síndrome, cuando publicó en 1944 en Viena, “*Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*”. Observó a cuatro niños en su práctica, que tenían dificultad para integrarse socialmente. Aunque su inteligencia parecía ser normal, estos pacientes carecían de habilidades no verbales de comunicación, no podían demostrar empatía por los demás y eran torpes físicamente. Su forma de hablar era inconexa o demasiado formal y el interés absorbente en un solo tema dominaba sus conversaciones. Asperger llamó a la

afección “psicopatía autista” y la describió como un trastorno de la personalidad, principalmente marcado por el aislamiento social. ^{1,3,4}

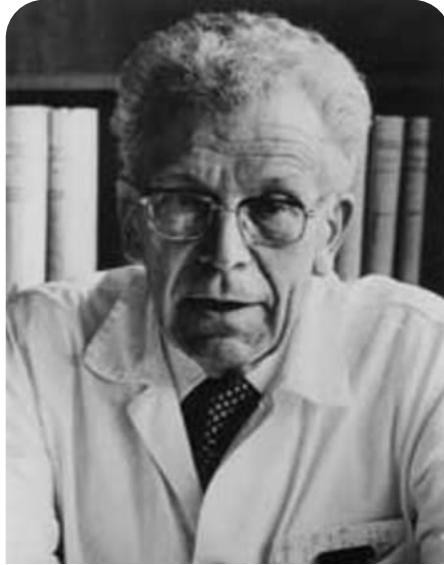


Fig. 13 Hans Asperger²



Cuando dicha obra fue publicada, Viena estaba bajo el régimen nazi y no se conoció ampliamente sino hasta 1981, cuando la médica inglesa Lorna Wing publicó una serie de estudios de casos de niños que mostraban síntomas similares, lo que llamó síndrome de “Asperger” (AS). Los escritos de Wing fueron ampliamente publicados y popularizados. AS se convirtió en una enfermedad con diagnóstico distinto en 1992, cuando fue incluida en la décima edición publicada del Manual de Diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) y en 1994 fue agregado al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV), el libro de referencia diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana. Actualmente está incluido en el ICD-11 dentro de los “Trastorno Generalizado del Desarrollo”³⁻⁵.



2.3. Signos y Síntomas

El síntoma más distintivo de SA, es el interés obsesivo del niño en un objeto o tema único hasta excluir cualquier otro. Suelen interesarse en cosas específicas y sus conversaciones giran siempre entorno a estas; pueden parecer como una colección de hechos y estadísticas al azar, sin punto o conclusión. Su experiencia, alto nivel de vocabulario y patrones de lenguaje formales los hacen parecer como pequeños profesores, ya que quieren saber todo sobre el objeto que les gusta. Su habla puede estar marcada por la falta de ritmo, una inflexión peculiar o un tono monótono y carecen de la capacidad de modular el volumen de su voz para emular los alrededores (Fig.14)^{17,19,20}

Estos pacientes quieren ser aceptados e interactuar socialmente con los demás, pero muy a menudo no saben cómo hacerlo. Pueden no comprender las reglas sociales y demostrar empatía. Suelen mostrar contacto visual limitado, parecer desinteresado en una conversación y no entender el uso de gestos y de lenguaje simbólico.^{16,21}

Generalmente tienen antecedentes de retrasos de desarrollo en las habilidades motoras tanto finas como gruesas, además a menudo, son torpes y tienen mala coordinación con una marcha que puede parecer forzada o dando brincos.^{9,16,21}

2.4. Diagnóstico

Se hace en dos etapas. La primera, comienza con la evaluación del desarrollo durante un examen del “niño sano” en sus revisiones rutinarias. La segunda, es una evaluación integral en equipo para considerar o descartar el AS. Este equipo, generalmente incluye a un psicólogo, neurólogo, psiquiatra,

terapeuta del lenguaje y otros profesionales con experiencia para diagnosticar a niños con AS.^{21,22}

La evaluación integral incluye un examen neurológico y genético, con pruebas detalladas cognitivas y del lenguaje para establecer el coeficiente intelectual y valorar la función psicomotora, las fortalezas y debilidades verbales y no verbales, estilo de aprendizaje y habilidades para la vida independiente. El médico evalúa los resultados de las pruebas y las combinará con los antecedentes de desarrollo del niño y los síntomas actuales para hacer un diagnóstico.^{21,23}

2.5. Epidemiología

La prevalencia del síndrome de Asperger no está bien establecida y es muy difícil estimar cual es específicamente. A menudo no se reconoce antes de los 5 o 6 años de edad, debido a que el desarrollo del lenguaje es normal. Aunque el SA varía significativamente en carácter y gravedad, se produce en todos los grupos étnicos y socioeconómicos y afecta a todas las edades. Los expertos calculan que aproximadamente 1 de cada 88 niños de 8 años de edad tendrá un trastorno del espectro autista, estimando que hay entre 1 a 5 casos de Asperger por cada 1000 nacimientos y se ha observado que es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación 3:1 (Fig. 15).

^{21,24}



Fig. 14 Relación 3 a 1 de hombres y mujeres¹⁰

En México, se reporta una prevalencia de 1:115 niños, lo cual coincide con lo reportado para la población hispana en Estados Unidos de Norteamérica. Se estima que en México hay aproximadamente 400,000 personas menores de 18 años con dicho trastorno.²⁵

2.6. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Es un trastorno crónico (duradero) común, en el que la persona tiene pensamientos recurrentes y en respuesta a estas obsesiones, tienen comportamientos (compulsiones), que siente la necesidad de repetir una y otra vez (Fig.16).²⁶



Fig. 15 Características de TOC¹



2.7. Relación Con Síndrome De Asperger

Es importante que se distinga entre los TOC's y el síndrome de Asperger, ya que son dos trastornos que con frecuencia se dan en la misma persona, pero que no van necesariamente juntos.

1 de cada 10 pacientes que se cree sufren de esta condición, son diagnosticado al final con SA. La evaluación de las similitudes y las diferencias del comportamiento repetitivo entre TEA y TOC, es probable que se haya visto obstaculizados por varios factores, incluyendo el uso de una terminología diferente. Por ejemplo, los niños con autismo a menudo se describen como "obsesionados" con un área específica de conocimiento, pero esto difiere de las obsesiones en el TOC, ya que se disfruta y no parece provocar ansiedad.²⁷

2.8. Tratamiento

Se usan terapias que abordan los tres síntomas esenciales del trastorno: malas habilidades de comunicación, rutinas obsesivas o repetitivas y torpeza física. No existe un paquete ideal de tratamiento para todos estos pacientes, pero la mayoría de los profesionales concuerdan con que entre más joven se inicie el tratamiento será más eficaz.²⁸

2.8.1. Psicológico

Generalmente se hace de forma didáctica para el paciente, tomando como referente las cosas que le agraden para que se mantenga interesado, creando un programa con una serie de pasos simples, estructurados y predecibles, que se enfocan en la capacitación de habilidades, ocupando terapia conductual cognitiva, ocupacional, física y del habla.^{24,29}



Fig.16 Terapia psicológica¹¹

2.8.2. Farmacológico

No existe ningún fármaco específico para tratar el SA. Los medicamentos que se llegan a ocupar, son solo para enfermedades coexistentes como depresión y ansiedad. De acuerdo a los síntomas que tenga el paciente, se puede recomendar un tratamiento personalizado para cada caso. ²⁹ (Tabla 2)

SÍNTOMA	FÁRMACO
Mutismo Selectivo	Fluoxetina
Trastorno De Déficit De Atención/Hiperactividad	Metilfenidato
Ansiedad Y Depresión	Fluoxetina, Fluvoxamina
Problemas Obsesivos	Fluoxetina
Inestabilidad Emocional	Valproato
Tics/ Estereotipias	Clonidina
Problemas Para Dormir	Melatonina y Clonidina
Problemas Graves De Conducta/ Agresividad	Risperidona

Tabla 2. Medicamentos más comunes en el tratamiento del SA ²⁹



Dada la complejidad sintomática del SA, no se debe excluir la politerapia y puesto que los fármacos aplicados “no curan”, es totalmente necesario llegar a la certeza de su efecto favorable sobre determinados síntomas. Si no es el caso, no hay razón alguna para mantener una medicación. Es necesario también, que periódicamente se suspenda el fármaco con el fin de valorar si su eficacia se mantiene.²⁹¹⁶

3. Manejo Odontológico de niños con Síndrome de Asperger

Estos pacientes, independientemente de su coeficiente intelectual, requieren cuidados determinados, así como técnicas conductuales específicas para poder realizar el tratamiento dental. Debido al complejo cuadro que pueden presentar, es necesario hacer un abordaje integral e interdisciplinario.^{30,31}

3.1. Tratamiento Odontológico

Establecer un programa de desensibilización sistemática o protocolo odontológico, previo al tratamiento dental, ayuda a que el niño conozca en todo momento los pasos a seguir y se familiarice con el ámbito y la rutina de trabajo. En ocasiones se puede complicar el manejo, ya que no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones, como miedo o dolor.³²³³

3.2. Características orales

El SA por sí solo no comprende características orales diferentes a las encontradas en pacientes sin este trastorno, pues no se han observado diferencia en el flujo salivar, niveles de pH, capacidad de amortiguación de la saliva, ni su composición, aunque la toma de medicamentos psiquiátricos y las

conductas características de este padecimiento, influyen negativamente estos factores, favoreciendo la aparición de las enfermedades orales. ^{30,34,35}

3.3. Padecimientos bucales más frecuentes

Existen muchos estudios que difieren en la prevalencia de caries que sufren las personas con AS, aunque todos coinciden en que existe una mala higiene oral debida a la falta de coordinación motora de estos pacientes y a que algunos fármacos producen efectos secundarios que, en lo que se refiere al índice cariogénico, afectan la secreción salival, la disminuyen y producen sequedad de la boca o xerostomía (Fig.18), lo que aumenta del riesgo de caries y problemas en las encías como la hiperplasia (Fig.19) y la gingivitis. ^{30,31,35-37}



Fig 18. Xerostomía¹²



Fig. 19 Hiperplasia gingival por medicamentos¹³

Otro punto importante, son las lesiones auto infligidas de los pacientes. Las etapas más críticas para la aparición de las conductas son la pubertad y la adolescencia, porque se producen muchos cambios que pueden confundir y desorientar a estos niños. También existe el riesgo de entrar en fases depresivas, ansiosas o en ataques de pánico. Estos niños son poseedores de una gran cantidad de manías y hábitos nocivos (Fig. 20) relacionados con la boca, como lo son la onicofagia, chupar y morder diversos objetos, golpearse la

cabeza y hacerse úlceras traumáticas por mordisqueo, abrasiones en los cuellos por una técnica de cepillado muy traumática, etcétera. ^{30,35}



Fig. 20 Hábitos nocivos¹⁴

Como consecuencia de todos estos hábitos nocivos se produce, con mayor frecuencia, una maloclusión y se presentan problemas en las principales funciones del sistema estomatognático: fonación, deglución y masticación. ³⁸³⁶

También se padecen de parafunciones, como el bruxismo (Fig. 21), que desempeña un papel nada satisfactorio para los dientes y que se relaciona con estados de ansiedad y estrés. Es frecuente encontrar traumatismos dentales como consecuencia de la hiperactividad que poseen. ^{35,39}



Fig. 21 Bruxismo en niños¹⁵



3.4. Manejo De Conducta

El punto más importante para el éxito del tratamiento en un paciente con SA, es el acondicionamiento en la consulta, pues mediante un adecuado abordaje conductual, el manejo de éste se facilitará notablemente. Requieren cuidados determinados, así como técnicas de manejo de consulta específicas, para poder realizar el tratamiento dental. ⁴⁰³¹

Durante la consulta, el paciente puede repetir la misma cosa una y otra vez y el odontólogo puede encontrar que este comportamiento aumenta a medida que la tensión se incrementa. Es más provechoso si se evita caer en este juego contestando a la misma cosa repetidamente, levantando su voz o indicando al paciente que está reiterando la misma pregunta. En lugar de hacer esto, es mejor intentar redirigir la atención del niño hacia otra cosa. ⁴⁰³¹

Los niños con SA pueden actuar de una manera muy torpe; también suelen reaccionar sobre estimulado o muy fuertemente a ciertos gustos, sabores, ruidos fuertes, texturas, olores y luces, debido a una hipersensibilidad a estas situaciones. ⁴⁰³¹

3.4.1. Decir-Mostrar-Hacer

Es una técnica que nos ayuda a explicarle al paciente el procedimiento que se hará, disminuyendo así el estrés durante la consulta. Consiste en 3 pasos (Fig. 22): ^{41,4243}

Decir: explicar primero de forma verbal el procedimiento a seguir al paciente. Esta explicación debe de ser sencilla e ir acorde al caso para que sea entendible. ^{41,4243}

Mostrar: Se refiere a mostrar de forma visual, auditiva, olfatoria y táctil, de manera no amenazante, los materiales y parte del procedimiento que se va a realizar. ^{41,4243}

Hacer: Finalmente, sin desviarse de la explicación y de la demostración se debe de realiza el procedimiento. ^{41,4243}



Fig. 22 Técnica Decir- Mostrar- Hacer¹⁶

3.4.2. Control De Voz

Es una alteración controlada del volumen, el tono o el ritmo de la voz (Fig. 23), para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Las instrucciones se entienden más fácilmente si se repiten con claridad y de forma sencilla. ^{41,42}

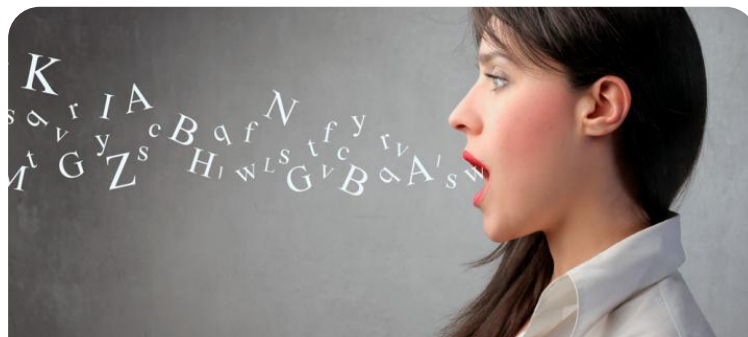


Fig. 23 Modulación del ritmo, tono y volumen de voz¹⁷



La persona con el SA tiene dificultad para entender una sucesión de órdenes o muchas palabras de forma simultánea. Resulta muy útil descomponer las indicaciones en pasos simples. El uso de claves e indicaciones visuales resulta de gran ayuda; también hablar lentamente y con frases más cortas. ^{41,42}

Ocasionalmente, parecerá como si el paciente no estuviera escuchando a pesar de que sí lo está haciendo; el hecho de que no esté mirando fijamente al dentista no significa que no lo está oyendo. A diferencia de la mayoría de las personas, a veces forzar el contacto visual rompe su concentración. Él puede oír y entender realmente mejor si no es forzado a mirar directamente a sus ojos. ^{41,42}

Los pacientes con SA toman todo de forma literal, así que hay que cuidar lo que se les dice. Evitar palabras o frases con doble significado. Es muy importante la comunicación no verbal, para la que se pueden utilizar pictogramas específicos, previa consulta, con el fin de lograr una mejor comunicación. ^{41,42}

Es indispensable hablar con los padres de familia y explicarles el uso de esta técnica, ya que se puede prestar a malentendidos, puesto que lo pueden interpretar como una forma de maltrato. ^{41,42}

3.4.3. Distracción

Consiste en desviar la atención del paciente ante lo que puede ser percibido como un procedimiento desagradable (Fig. 24); Dar al paciente una pausa corta durante un procedimiento estresante, puede ser un uso eficaz de

distracción antes de considerar la aplicación de técnicas más avanzadas de orientación del comportamiento. ^{41,42}



Fig. 24 Uso de tecnología audio-visual como distractor durante la consulta¹⁸

3.4.4. Uso de pictogramas

Las personas con trastornos del espectro autista en general son excelentes pensadores visuales, es decir, comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se les presenta de manera visual; frente a la información verbal las imágenes permanecen en el tiempo e implican un menor nivel de abstracción. ^{31,33,41,42}

Esa característica de representar información de manera visual, permanente y concreta se ajusta a las características específicas del pensamiento de una persona con autismo, lo que ha hecho que el empleo de los apoyos visuales se haya convertido en una de las estrategias básicas y fundamentales en todos los procesos de enseñanza-aprendizaje de las personas con TEA. ^{31,33,41,42}

Estos deben ser sencillos, concretos y esquemáticos, fáciles de manejar y siempre se deben acompañar de un lenguaje claro y simple (Fig. 25).

Hay distintos tipos de apoyos visuales y la elección del más adecuado va a depender de la edad y el nivel de abstracción de cada niño. Las características especiales de los dibujos, las fotografías, etc., hacen que sean fácilmente comprendidos y puedan ser utilizados, en unos casos como sistema alternativo a la comunicación y en otros como sistema alternativo a la comprensión, en un sentido general. ^{31,33,41,42}

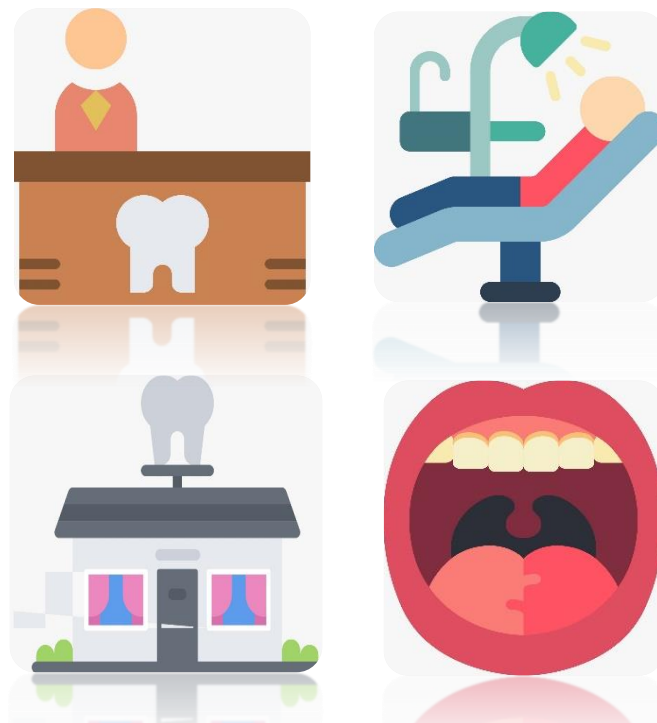


Fig. 25 Ejemplos de pictogramas que se usan en la consulta odontológica ¹

3.4.5. Modelamiento de conducta

Se trata de permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea, observando cómo se comporta otro niño durante el tratamiento (Fig. 26). ^{41,42}

Se les debe permitir llevar artículos de confort que ayudarán a ocuparlos y a distraerlos (o ambos). Para los niños que son sensibles a la iluminación el uso de gafas de sol podría aliviar el resplandor de las lámparas y para los que son sensibles a los sonidos el uso de audífonos (bien sea para eliminar los ruidos o para escuchar música) podría mitigar sus temores y



Fig. 26 Modelamiento de conducta¹⁹

brindar seguridad. ^{41,42}

3.4.6. Anestesia General

Es un estado controlado de inconsciencia, acompañado por una pérdida de reflejos protectores, como la capacidad de mantener la vía aérea independiente y de responder a la estimulación física o verbal intencionalmente (Fig 27). ^{41,42}



Fig. 27 Paciente bajo anestesia general²⁰

El uso de la anestesia general es a veces necesario para brindar un cuidado odontológico de calidad para el niño. Es necesaria realizarla en un hospital y tener una capacitación previa, así como estar acompañado siempre por el médico especialista y contar con toda la documentación necesaria. ^{41,42}

Esta técnica no se recomienda para todos los pacientes, ya que conlleva varios riesgos y no todos son candidatos, aunque si se llevar a cabo, se deberá realizar el tratamiento completo de una sola intención. ^{41,42}

3.5. Manejo multidisciplinario

Es recomendable una reunión previa con los padres, los educadores y con el psicólogo o psiquiatra, así como el pediatra (Fig. 28) sin la presencia del niño, para recoger en la historia clínica toda la información relevante acerca de las características individuales del paciente; una vez obtenidas se confecciona el material relativo a la desensibilización consistente en imágenes y vídeos (o ambos) que muestran una visita a la consulta dental. Se le presenta a todo el equipo y al personal de trabajo, para conseguir que el paciente pueda reconocer a quienes lo asistirán en un futuro y se le proporciona instrumental

básico odontológico al centro de educación con la finalidad, igualmente, de que el niño lo conozca por adelantado. Llegados a este punto, son los educadores los que juegan un papel fundamental, porque serán los que presenten toda la información referente a la consulta a sus alumnos.^{41,42}



Fig. 28 Manejo multidisciplinario²¹

3.6. Consideraciones farmacológicas

Es importante verificar el esquema farmacológico al cual están sometidos estos pacientes, tanto para el tratamiento como para la medicación que podamos recetar, ya que hay evidencias que muestran de que algunos medicamentos como los ISRS, pueden alterar la función plaquetaria, por lo que se puede producir una hemorragia durante el tratamiento y si se combinan con INES este efecto se puede potencializar, corriendo incluso el riesgo de una hemorragia gastrointestinal superior, poniendo en riesgo la vida del paciente. Por otro lado, el uso de tramadol, puede incrementar el riesgo de padecer síndrome serotoninérgico, que es una condición rara pero grave y potencialmente mortal (Fig. 29).^{30,31,35-37,44}



FIG. 29 Interacciones medicamentosas²²

Tenemos que recordar que algunos antidepresivos pueden aumentar la probabilidad de sufrir convulsiones, dependiendo de la dosis, por lo que hay que tener cuidado cuando se anestesia. Otro caso a tomar en cuenta son los antiepilépticos los cuales pueden alterar la cicatrización. ^{31,35,37}

Aunque todos estos casos no son comunes, es importante siempre verificar todos los medicamentos que toman estos pacientes, así como la dosis y la vía en la que son administrados, para evitar así complicaciones o un evento adverso. ^{31,35,37}

4. LA FAMILIA EN EL SÍNDROME DE ASPERGER

Para los niños con SA, la familia es la principal fuente de apoyo que tienen. Esto incluye a todos los miembros que la conforman, padres, hermanos, abuelos e incluso a los primos y tíos, por ello, juegan un papel muy importante durante la consulta y pueden ser nuestros mejores aliados para llevar a cabo una consulta más agradable y un mejor tratamiento para los pacientes. ^{18,45-47}



4.1. Relación Familia-Paciente

La familia es el principal y más permanente apoyo para el individuo; de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona. Desde hace algún tiempo se destaca el trabajo en ámbito familiar, con la intención de reconocer la importancia del papel educativo y socializador de los padres, madres, hermanas, abuelos, etc. ^{18,45-47}

Conocer el contexto del hogar es de suma importancia para analizar el desarrollo de las personas con SA. El nacimiento de una persona con cualquier síndrome del Trastorno del Espectro del Autismo, cambia las expectativas e influye en el grupo parental, afectando al desarrollo de la persona que sufre de dicha afección y la relación con las redes de apoyo que se puedan poner en marcha para mejorar su calidad de vida. ^{18,45-47}

La familia se puede ver afectada con su desestructuración, ya que, ante la presentación de este síndrome, los roles y las funciones que existen en esta pueden ser alteradas y cambiadas, de manera que no evolucionarán dentro de un ciclo vital estándar o conocido. Los límites de este sistema tienen la tendencia a ser rígidos, flexibles o inexistentes, siendo inesperada la combinación de estos límites, lo cual dependerá de la reestructuración en el hogar y las actitudes que tome ésta frente al problema latente. Es importante resaltar que el tipo de relación que habrá dentro de este sistema no siempre es igual, ya que las alianzas y coaliciones se reestructuran y conforman en torno al niño, no todas las familias son iguales, ni reaccionan de la misma manera, aunque existen interacciones que son más frecuentes (Fig. 30). ^{18,45-47}

El tener un niño con SA no significa solamente la reestructuración de la familia, implicándose de esta manera todos los componentes emocionales, sino que también estará inmersa la afectación económica: gastos médicos, farmacológicos y terapéuticos. ^{18,45-47}



Fig. 30 Ejemplificación de la diferencia de pensamiento dentro de una familia con un integrante con SA¹

Los padres pueden ayudar al niño con SA a hacer frente con mayor eficacia a las demandas cotidianas del entorno social, Proporcionando un ambiente predecible y seguro, estableciendo rutinas consistentes con las expectativas claras a lo largo del día, limitando las oportunidades para la charla obsesiva de los intereses especiales, proporcionando una hora concreta del día para ese comportamiento, etc. ^{18,45-47}

4.1.1. Padres

Como primeros educadores, en una situación “suficientemente” buena, establecen un vínculo, una sintonía con el sujeto/a que les permite interpretar aquellas demandas de atención y de cuidado que precisan su hijo/a en cada momento. Ellos son los principales responsables en la creación de motivaciones y medios que favorezcan la construcción de la identidad del paciente. (Fig. 31). ^{18,45-47}



Fig. 31 Interacción de los padres con un hijo con SA²³

El nacimiento de un hijo con algún trastorno del TEA provoca siempre, en mayor o menor medida, una crisis que se caracteriza por un fuerte impacto psicológico y emocional, así como un proceso de adaptación. La relación de estos niños con sus padres depende de la rapidez en la toma de conciencia, de la naturaleza de los desafíos que le plantea la atención al hijo/a y de la historia, recursos y características de la familia en su conjunto. ^{18,45-47}

La madre es, por lo general, uno de los eslabones más importantes debido a la íntima alianza y dependencia que se tiene entre sí, en consecuencia, a la sensación de frustración que llegan a sufrir, suele ser la principal fuente de afecto para el paciente y la relación social más cercana que tiene. ⁴⁵⁻⁴⁷

La relación con el padre suele ser más distante, aunque no es una regla, ya que comúnmente depende mucho de la relación de la madre y el niño, siendo un pilar de apoyo y tomándola de guía para una mejor relación con su hijo. ⁴⁵⁻⁴⁷

4.1.2. Hermanos

Depende de la edad y el papel que tengan dentro de la familia, al igual de la relación y comunicación que tengan con sus padres. Algunos niños pequeños no llegan a entender lo que implica el SA, por lo que no saben cómo actuar con sus hermanos, es de sumamente importante no ocultarles las cosas y tratar de explicarles de manera sencilla lo que sucede con su hermano para que tengan una mejor relación. ⁴⁵⁻⁴⁷

Algunos suelen tomar el papel de cuidador y protector, sobre todo si son más grandes que los pacientes (Fig. 32), limitando las oportunidades para la charla obsesiva de los intereses especiales, proporcionando una hora concreta del día para ese comportamiento. ⁴⁵⁻⁴⁷



Fig. 32 Interacción con hermanos que sufren SA²⁴

4.2. Importancia de la familia en la salud general

Como para cualquier niño, la familia juega un papel de suma importancia en el cuidado de la salud. Los padres son los encargados de establecer rutinas, hábitos y horarios de comida, higiene personal, activación física etc., así como verificar el estado físico general de estos pacientes, ya que, como principales cuidadores, son los responsables de ayudarles a mantener su salud en el mejor estado posible y es que a pesar de ser

autosuficientes, la dificultad que tienen de comunicar lo que sienten y están pasando puede dificultar su atención. ^{18,19,22,46}

Muchos de los niños con SA suelen sufrir de ansiedad y estrés ante una consulta médica, debido a que no forma parte de su rutina cotidiana o familiar como lo es ir a la escuela, además de que no sabe que es lo que va a hacer el médico. Por esto es importante un esfuerzo coordinado entre la familia de los niños y el personal médico que lo atenderá, los padres pueden ayudar a reducir la incomodidad que sufren y mejorar la comunicación que hay entre los médicos y su hijo. ^{18,19,22,46}

Por otro lado también, la familia es un factor muy importante para la buena respuesta en los tratamientos que se les brinde a los pacientes, desde las terapias cotidianas que se le dan para los problemas sociales que padecen, hasta tratamientos específicos a algún padecimiento “cotidiano”, como infecciones, que lleguen a sufrir, debido a que son los responsables de verificar que el tratamiento de esta cumpliendo adecuadamente (Fig. 33). ^{18,19,22,46}



Fig. 33 Padres cuidando a un hijo con SA enfermo²⁵

4.3. Importancia de la familia en la salud oral



Al igual que en cualquier niño los padres son responsables de la salud oral , sobre todo en lo que higiene se refiere (Fig. 34), ya que estos pacientes no tienen la capacidad motora para llevar a cabo una buena técnica de cepillado y esto, sumado a otros factores como medicamentos y hábitos nocivos que llegan a tener estos pacientes, hacen a los niños con SA propensos a enfermedades bucales. Algo de suma relevancia es que los padres le den la importancia merecida a la cavidad oral y estén al pendiente del estado y los cambios que se producen en la boca, para la detección de algún problema y su pronta atención y evitando así tratamientos más invasivos. ³⁹³⁰⁴³

Sin embargo, muchos ignoran esta parte del cuidado de sus hijos, debido a la falta de información que se les brinda, por esto es muy importante la atención odontológica temprana, con el objetivo de disminuir el riesgo a padecer alguna enfermedad bucodental, de reducir problemas de conducta o utilizar técnicas para familiarizar al paciente con la higiene bucal y proveer entrenamientos y técnicas a los padres. ³⁹³⁰⁴³



Fig. 34 Madre cepillando los dientes de su hija con SA²⁶

4.4. El papel de la familia en la consulta odontológica

Durante la consulta los padres pueden ayudarnos para que el paciente se sienta más cómodo, así como brindando la información para que el equipo por el cual está integrado el personal del consultorio se pueda adaptar a cada paciente, ya que no todos son iguales. Son los encargados de familiarizar al paciente con el ambiente clínico y en el momento de la atención pueden brindar seguridad y tranquilidad. ^{43,48,49}

En algunos casos es recomendable la presidencia de los familiares dentro de la consulta (Fig.35), debido a que nos pueden ayudar a implementar algunas técnicas de manejo de conducta, como por ejemplo. el modelamiento, con ayuda de los hermanos, o la estabilización con ayuda de los padres, sin permitir quitarnos la autoridad que el dentista debe tener durante la consulta. ^{43,48,49}



Fig 35 Padres dentro de la consulta dental²⁷

La mayor preocupación de los padres de estos niños es la falta de empatía y flexibilidad de los dentistas, debido a que no cualquiera acepta atender a su hijo. Existen estudios que demuestran la falta de estrategias de afrontamiento enseñadas a los padres, que podrían utilizarse para ayudar a sus hijos cuando acceden a los servicios dentales. ^{43,48,49}

Hay estudios que demuestran que algunos padres identifican muchos problemas importantes que pueden no haber sido previamente reconocido en la literatura sobre los desafíos que enfrentan las familias cuando asisten a una cita dental y el impacto cuando las relaciones con el odontólogo no tienen éxito. Estos incluyeron la importancia de que el equipo dental sea consciente de cuán altamente afinado puede ser un niño autista con el entorno emocional. El lenguaje corporal y no verbal del equipo dental puede ser de igual forma importante para un niño con autismo, al tener un comportamiento alegre y educado junto con el modelamiento de una buena conducta social, se puede mejorar la experiencia de una visita al odontólogo, en opinión de los padres.

^{43,48,49}

4.5. Relación Odontólogo- Familia

La relación que se tiene entre el profesional de la salud con la familia del niño es un punto clave para la consulta, tener una buena comunicación con los padres ayuda a saber mejor las necesidades de cada niño (Fig. 36).^{43,48,49}



Fig. 36 Comunicación entre padres y odontólogo²⁸

Es importante brindar la mayor información posible sobre la condición y tratamiento de sus hijos, así como la manera de abordarlos, existen estudios que demuestran la falta de conocimiento tienen sobre las técnicas se podrían utilizar para ayudar a sus hijos cuando acceden a los servicios dentales muy pocos saben que existen otros medios fuera de los enfoques farmacológicos, como la pedagogía visual y la desensibilización.^{43,48,49}

Algunos padres sienten que el equipo dental que tiene una comprensión del posible impacto de no tener un enfoque centrado en la familia,



podría afectar enormemente en la consulta, dificultando la adaptación tanto del odontólogo como del paciente. ^{43,48,49}

La autoridad médica que brinda el odontólogo puede afectar la confianza de los padres y su capacidad para abogar por su hijo. Este es un aspecto importante de la comunicación efectiva que los dentistas pueden necesitar al intentar un enfoque centrado en la familia. Aceptar y verbalizar las limitaciones de su conocimiento sobre el Síndrome de Asperger y buscar activamente consejo de los padres igualmente es importante para mejorar la relación que se tiene con esta, saber cuál sería la mejor ruta de tratamiento de estos niños, y brindar la información adecuada a la hora de tener que referir al paciente a algún especialista, puede influir positivamente en la confianza de los padres y por consecuencia del paciente. ^{43,48,49}



Conclusiones

- El conocimiento de los trastornos de espectro autista, así como de sus implicaciones, es de gran importancia para el odontólogo general, para poder brindar la atención adecuada o en su caso saber referir al paciente al especialista, evitando así experiencias desfavorables que dificulten las atenciones futuras.
- Conocer e identificar las características en el Síndrome de Asperger, puede ayudar al odontólogo a decidir de qué manera abordar las necesidades de estos pacientes, al igual de que si se llega a sospechar que algún paciente sufre de este trastorno sin estar diagnosticado, poder referir a los padres para su diagnóstico y tratamiento.
- La familia en general y sobre todo los padres son el mayor apoyo que tenemos para la prevención y atención de los problemas de salud oral de estos pacientes, por lo que una mejor comunicación con ellos favorecer la consulta dental, haciéndola más amena y amigable.



Referencias Bibliográficas

1. Reynoso C, Rangel MJ, Melgar V. El Trastorno del Espectro Autista: Aspectos Etiológicos, Diagnósticos y Terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(2):214–22.
2. Becker MM, Bosa C, Oliveira-Freitas VL, Goldim JR, Ohlweiler L, Roesler R, et al. Improvement of autism spectrum disorder symptoms in three children by using gastrin-releasing peptide. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2016;92(3):302–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.012>
3. Balbuena RF. Breve revisión histórica del autismo. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2007;27(2):61–81.
4. Lara JG. El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Ment.* 2012;35(3):257–61.
5. Artigas-Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2012;32(115):567–87.
6. Cristina C, Arias A, Alexandra L, Hernández M, Médico, Postgrado O, et al. Trastornos Del Espectro Autista. 2016;(v):773–9. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/621/art05.pdf>
7. Posar A, Visconti P. Autism in 2016: the need for answers. *J Pediatr (Versão em Port)* [Internet]. 2017;93(2):111–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2016.11.004>
8. Thurm A, Farmer C, Salzman E, Lord C, Bishop S. State of the Field : Differentiating Intellectual Disability From Autism Spectrum Disorder. 2019;10(July):1–10.
9. G. CQ. Espectro autista. *Rev Chil Pediatr* 2008; 2008;79(1):86–91.
10. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. Vol. 21, *CNS Spectrums.* Cambridge University Press; 2016. p. 295–9.
11. Hirvikoski T, Blomqvist M. High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder. *Autism.* 2015;19(6):752–7.
12. Benger M, Kinali M, Mazarakis ND. Autism spectrum disorder: prospects for treatment using gene therapy. [citado el 3 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0222-8>
13. Cala Hernández O, Licourt Otero D, Cabrera Rodríguez N. Autismo: un



acercamiento hacia el diagnóstico y la genética Autism: an approach toward its diagnosis and genetics. Vol. 19, Revista de Ciencias Médicas. Enero-febrero. 2015.

14. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, et al. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2018 [citado el 3 de septiembre de 2019];32(1):3–29. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269881117741766>
15. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1477082111>
16. El Síndrome de Asperger - Autism Society [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.autism-society.org/en-espanol/el-sindrome-de-asperger/>
17. Síndrome de Asperger : National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_Aasperger.htm
18. Barnhill GP. Síndrome de Asperger: Guía para padres y educadores.
19. Antonio D, Uruguay L, Castro B, El M, De R, Familia LA, et al. THE ROLE OF THE FAMILY IN THE QUALITY OF LIFE AND SELF-DETERMINATION OF PEOPLE WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2015 [citado el 10 de octubre de 2019];9(2):323–36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545411009>
20. Hoja informativa sobre el síndrome de Asperger.
21. Institute of Neurological Disorders N. Multiple System Atrophy.
22. Molina Á. NEUROPSICOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN EL AUTISMO DE ASPERGER. 2007.
23. Síndrome de Asperger : National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) [Internet]. [citado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_Aasperger.htm
24. Andrés R, Flórez N. Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger.
25. Fombonne E, Marcin C, Manero AC, Bruno R, Diaz C, Villalobos M, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *J Autism Dev Disord*. el 1 de mayo de 2016;46(5):1669–85.
26. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) ¿Qué es el TOC?



27. Paula-Pérez I. Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2013 [citado el 11 de octubre de 2019];6(4):178–86. Disponible en: www.elsevier.es/saludmental
28. Bridgemohan C, Cochran DM, Howe YJ, Pawlowski K, Zimmerman AW, Anderson GM, et al. Investigating Potential Biomarkers in Autism Spectrum Disorder. *Front Integr Neurosci*. 2019;13(August):1–11.
29. Sistema Nacional De Salud E EL, Patricia Zavaleta Ramírez D, Martha Cordero Oropeza Mta Ariadna Hernández Castrejón M, María-Elena Medina Mora D. INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE PARA LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.
30. Naidoo M, Singh S. The Oral health status of children with autism Spectrum disorder in KwaZulu-Nata, South Africa. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1–9.
31. de citar F, Odontología RC, Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, et al. Dentistry for the Autistic Patient. *Rev CES Odont*. 2013;26(2):120–6.
32. Chandrashekhar S, Bommangoudar JS. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):219–27.
33. Muraru D, Ciuhodaru T, Iorga M. Providing Dental Care for Children With Autism Spectrum Disorders. *Int J Med Dent*. 2017;21(2):124–30.
34. Mangione F, Bdeoui F, Monnier-Da Costa A, Dursun E. Autistic patients: a retrospective study on their dental needs and the behavioural approach. *Clin Oral Investig*. 2019;
35. Características orales y otras comorbilidades en el paciente con Trastorno del Espectro Autista - *Gaceta Dental* [Internet]. [citado el 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tegnwHDF4BQJ:https://gacetadental.com/2014/01/caracteristicas-orales-y-otras-comorbilidades-en-el-paciente-con-trastorno-del-espectro-autista-46821/+&cd=7&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
36. Bartolomé-Villar B, Mourelle-Martínez MR, Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(3):e344–51.
37. Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: An update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract* [Internet]. 2014;14(SUPPL.):115–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.03.002>



38. Limeres-Posse J, Castaño-Novoa P, Abeleira-Pazos M, Ramos-Barbosa I. Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(5):e467–72.
39. Castro Rodríguez Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. febrero de 2016;
40. Nagendra J, Jayachandra S. AUTISM SPECTRUM DISORDERS: DENTAL TREATMENT CONSIDERATIONS Nagendra J. 1 *, Jayachandra S. 2 1. *J Int Dent Med Res*. 2012;5(2):118–21.
41. V. B. TEIXEIRA ANTUNES, F. GUINOT JIMENO LJBD. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica.
42. Noronha DAKJC, Toledo OA de. adaptación del comportamiento del paciente pediátrico.
43. Butrón-Téllez Girón C. Consideraciones para la atención odontológica en un paciente con síndrome de Asperger. reporte de un caso. *Rev Odontol Pediátrica*. 2018;17(1).
44. Drugs.com | Prescription Drug Information, Interactions & Side Effects [Internet]. [citado el 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.drugs.com/>
45. Frye L. Fathers' Experience With Autism Spectrum Disorder: Nursing Implications. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2016;30(5):453–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.10.012>
46. Pisula E, Porębowicz-Dörsmann A. Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS One*. 2017;12(10):1–19.
47. Diana Milena Bohórquez Ballesteros José Ramón Alonso Peña Ricardo Canal Bedia M^a Victoria Martín Cilleros Patricia García Primo Zoila Guisuraga Fernández Amelia Martínez Conejo María del Mar Herráez García Lorena Herráez García. UN NIÑO CON AUTISMO EN LA FAMILIA. Salamanca; 2007.
48. Onat H, Tosun G, Şener Y. Dental Treatment in Asperger Syndrome. *IOSR J Dent Med Sci*. 2014;13(4):80–2.
49. Thomas N, Blake S, Morris C, Moles DR. Autism and primary care dentistry: parents' experiences of taking children with autism or working diagnosis of autism for dental examinations. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(2):226–38.



Referencia De Imágenes

1. Fuente directa
2. <https://www.timetoast.com/timelines/autism-1316f406-b066-4612-ae0-216e1bf1167b>
3. <https://www.esalud.com/trastorno-autista/>
4. <https://www.lifeder.com/autismo/>
5. https://www.a-ps.it/wp-content/uploads/2019/07/Visual_IRIS_Evolution_Plus_3_ante_2019_IT.pdf
6. <http://menosraras.blogspot.com/2014/02/autismo.html>
7. <http://mrsaimun.blogspot.com/>
8. <https://canalchupete.com/tratamiento-para-el-trastorno-especifico-del-lenguaje/>
9. <https://www.diariofemenino.com/psicologia/depresion/tomar-antidepresivos-cuando-si-y-cuando-no/>
10. <http://unam-facmed-ib-ela.blogspot.com/2016/03/epidemiologia-prevalencia4.html>
11. <https://postgrados.uft.cl/programas/facultad-de-educacion/diplomado-en-estrategias-de-inclusion-psicoeducativa-para-ninos-con-sindrome-autista-y-sindrome-de-asperger/>
12. <http://blog.farmasky.com/higiene-bucal/salud-bucal/>
13. <http://www.ijsponline.com/article.asp?issn=0972-124X;year=2010;volume=14;issue=4;spage=263;epage=265;aulast=>
14. <https://www.patrika.com/kanpur-news/care-of-children-s-teeth-4572145/>
15. <https://www.losllanosdental.com/blog/se-considera-bruxismo-ninos-patologico/>
16. <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
17. <https://lamenteesmaravillosa.com/el-sindrome-del-acento-extranjero-sintomas-causas-y-tratamiento/>
18. <https://www.institutodesaludbucal.com/ultimas-notas/2017/07/tecnicas-de-relajacion/>
19. <https://www.instazu.com/tag/SonrieConBarudent>
20. <https://www.odontobebe.com/2019/06/anestesia-en-odontopediatria-fuera-de.html>
21. <https://lepetitjournal.com/expatriation-et-soins-de-sante-4-questions-frequentes-228933>



-
22. <https://www.vademecum.es/principios-activos--v09ia>
 23. <https://hoy.com.do/ensenar-a-los-padres-a-conectar-con-sus-hijos-autistas-mejora-los-sintomas/>
 24. <https://www.vilans.nl/artikelen/we-moeten-de-zorg-in-nederland-hervormen-naar-familiezorg>
 25. <https://holadoctor.com/es/%C3%A1lbum-de-fotos/cuando-los-padres-enferman-a-sus-hijos-sin-piedad>
 26. <http://denthappy.blogspot.com/2014/>
 27. <https://www.haikudeck.com/nios-de-3-a--6-aos-education-presentation-4NeVtNjiCD>
 28. <https://www.brandandhealth.com/el-peor-error-del-odontologo-con-su-paciente/>