



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

CONDUCTA ODONTOLÓGICA A SEGUIR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO  
CON AUTISMO Y LA FAMILIA COMO APOYO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA DE CIRUJANO  
DENTISTA

**P R E S E N T A**

MEDINA VALLEJO LIZETH

DIRECTOR DE TESIS: C.D. E.O. HÉCTOR RAMIRO LÓPEZ HERNÁNDEZ

ASESOR: MTRA. ADRIANA ONTIVEROS MONTESINOS.



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2023



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por permitirme llegar a este momento.

A mi hijo Santiago, por llegar a iluminar mis días, por ser mi mayor motivación, inspiración y fortaleza. Te amo.

A mi madre, porque a pesar de mis tropiezos, de los momentos en los que no veía la salida siempre estuvo su mano, sus palabras y oraciones. Por las noches de desvelos, su cansancio y amor.

A mi padre, por su amor y ser el mayor ejemplo de perseverancia, dedicación y responsabilidad. Porque con su ejemplo me demostró que merezco amor y respeto.

A mi hermano, por compartir las carencias, sin reproches y los triunfos sin envidias. Por estar siempre que lo necesito.

A mis amigas Valeria, Itzel, Karen y Alondra. Por no dejarme caer cuando más lo necesitaba.

A mi abuelita Salu, gracias má.

A mis asesores de tesis por la enorme paciencia y dedicación, para poder realizar este trabajo.

A mi querida UNAM y amistades que forjé durante mi servicio social.

E incluso a los malos capítulos en mi vida, a cada una de las personas que por mi vida han pasado, ya que después de todo, cada uno de ellos me dejan un enorme aprendizaje. Porque jamás imaginé que estaría aquí, que podría lograrlo.

Gracias

<b>INDICE</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD</b> .....	2
<b>TIPOS DE DISCAPACIDAD</b> .....	4
<b>LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA</b> .....	6
<b>ANTECEDENTES</b> .....	10
<b>EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	11
<b>CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA</b> .....	13
<b>CONSIDERACIONES ORALES</b> .....	19
<b>DIAGNÓSTICO</b> .....	24
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> .....	28
<b>TRATAMIENTO</b> .....	35
<b>EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA VIDA DEL PACIENTE CON AUTISMO</b> .....	37
<b>MANEJO EN CONSULTORIO DENTAL</b> .....	46
<b>PROTOCOLO ODONTOLÓGICO EN EL PACIENTE AUTISTA</b> .....	46
<b>ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA</b> .....	59
<b>TERAPIA FARMACOLÓGICA</b> .....	60
<b>SEDACIÓN ORAL O PREMEDICACIÓN</b> .....	62
<b>CONCLUSIONES</b> .....	65
<b>REFERENCIAS</b> .....	67

## **INTRODUCCIÓN**

El trastorno del espectro autista (TEA) o, simplemente, autismo, descrito por primera vez en 1943 por el psiquiatra austriaco Leo Kanner es una enfermedad neurobiológica caracterizada por las dificultades comunicativas y la reincidencia en determinados patrones de conducta poco funcionales. Este trastorno, por sí mismo, no está relacionado con problemas de salud bucodental específicos. Sin embargo, la atención odontológica que ha de recibir este tipo de pacientes es más exigente, puesto que sus complicaciones conductuales no facilitan, precisamente, el seguimiento de las pautas de higiene dental y los tratamientos.

El papel de la familia representa en gran porcentaje el éxito en los tratamientos en los pacientes con TEA, el presente trabajo aborda las características clínicas, psicológicas, bucales y criterios de diagnóstico, cabe mencionar que dicho diagnóstico no será llevado a cabo por el Cirujano Dentista, pero es de suma importancia tener conocimiento sobre el mismo para poder brindar una atención integral, cuidando la integridad física y emocional del paciente con TEA y de la familia/padres/tutores, así como crear conciencia sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en pacientes con trastorno del espectro autista.

## DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

El trastorno del espectro autista es una discapacidad del desarrollo causadas por deficiencias en el cerebro, a continuación, se presentan algunas definiciones de discapacidad:

La Real Academia Española define a la discapacidad como la situación de la persona que por sus condiciones físicas o mentales duraderas se enfrenta con notables barreras de acceso a su participación social.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.<sup>1</sup>

Entonces, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se aprobó la nueva 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud', con las siglas CIF<sup>1</sup>, cuyo principal objetivo es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados "relacionados con la salud".<sup>2</sup>

La clasificación habla acerca de:

- **Funcionamiento:** Designa todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano
- **Discapacidad;** Como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser

- Salud: Como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores

La nueva conceptualización que la CIF hace del término 'discapacidad', abarca las distintas dimensiones de:

- Deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias).
- Limitaciones en las actividades (antes discapacidades).
- Limitaciones en la participación (antes minusvalías)

## UNICEF

El artículo 1 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, describe a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás

La forma de concebir la discapacidad ha evolucionado de manera sustancial con el tiempo, los tres enfoques más importantes históricamente para conceptualizar la discapacidad han sido los siguientes:

- ❖ Modelo caritativo: El más antiguo y obsoleto es el ‘modelo caritativo’, que concibe la discapacidad como un castigo o una tragedia, usualmente atribuidos a una intervención divina. Este modelo considera al individuo como un ser necesitado, que da lástima y solo puede encontrar la salvación a través de la misericordia, el amor y el cuidado de los demás.
- ❖ Modelo médico: Posteriormente se impuso el ‘modelo médico’, que considera la discapacidad como una enfermedad que necesita ser tratada y curada con la ayuda de profesionales de la salud.
- ❖ Modelo social: Más recientemente, debido a una mejor comprensión de las barreras que impiden la plena participación de las personas con discapacidad, se impuso el ‘modelo social’. Este modelo sostiene que la discapacidad es el resultado de las interacciones entre la persona que presenta una deficiencia física, intelectual, sensorial o mental específica

y el entorno social y cultural en el que vive. En consecuencia, entiende la discapacidad como un constructo sociopolítico en el que las barreras actitudinales, ambientales e institucionales, que son inherentes a la sociedad, excluyen y discriminan sistemáticamente a las personas con discapacidad.

La Organización Panamericana de la Salud nos dice que las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

## **TIPOS DE DISCAPACIDAD**

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante.

Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la CIF, se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.

Para identificar las características de los diferentes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

### **Deficiencia física**

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores).

Se incluyen también



- ❖ Deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras.
- ❖ Alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario

En todos los casos de deficiencias de carácter físico el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida. Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que reúne a todas estas facetas vitales. La escasa participación en actividad y empleo, el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas

### **Deficiencia mental**

Concretamente la EDDES (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud), realizada por el entonces Instituto Nacional Electoral en México, incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental, ahora discapacidad intelectual en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales.

En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. La falta de acuerdo en torno a la idoneidad de la inclusión de algunos de éstos últimos en categorías distintas y sobre todo la imposibilidad de realizar su cuantificación de manera aislada, hace ineludible una exploración previa del conjunto, considerando la categoría 'otros trastornos' como enfermedades mentales.

El integrado por las personas con deficiencias mentales es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión en la determinación de sus límites.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes.

En los últimos años, la comprensión de la discapacidad ha pasado de una perspectiva física o médica a otra que tiene en cuenta el contexto físico, social y político de una persona. Hoy en día, se entiende que la discapacidad surge de la interacción entre el estado de salud o la deficiencia de una persona y la multitud de factores que influyen en su entorno.

### **Deficiencias sensoriales**

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, en esta categoría se encuentran incluidas

- ❖ Deficiencias visuales (alteración que limita la capacidad de ver parcial o totalmente)
- ❖ Deficiencias auditivas (alteración que limita parcial o totalmente la capacidad de procesar la información a nivel oído medio o interno que afecta la percepción, recepción y discriminación del sonido del ambiente o del habla)
- ❖ Relacionadas con la disminución de algunos de los sentidos, que provocan problemas con la comunicación y el lenguaje, por ejemplo, las personas con sordera o ceguera total. <sup>3</sup>

### **LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se define como la dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización (interacción social y comunicación social), junto con un patrón restringido de conductas e intereses, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales

Los trastornos del espectro autista (TEA), también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo, son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras

manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracteriza por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas autoagresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas.<sup>4</sup>

## **CLASIFICACIÓN**

De acuerdo a la OMS, es el síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia invariablemente durante los treinta primeros meses de vida; las respuestas de los estímulos auditivos y visuales son anormales, y aparecen dificultades en la comprensión del lenguaje.<sup>5</sup>

Según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud clasifica el Autismo como un trastorno generalizado del desarrollo donde, además de los cinco grupos del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). añade el de trastornos hiperkinéticos con retardo mental y movimientos estereotipados, los trastornos no específicos generalizados del desarrollo y otros que no corresponden a estas categorías.

De acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales IV (conocido por sus siglas en inglés como DSM-IV hay cinco formas de presentación, por:

- 1) El autismo clásico El autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida y que incluye alteraciones en conducta, comunicación verbal y no verbal e interacción social y emocional anómala.

El niño con autismo habitualmente muestra un retardo importante en la adquisición del lenguaje, usa las palabras inadecuadamente y sin un adecuado propósito comunicativo.

El autismo no representa un solo proceso patológico, sino un cortejo sintomático que puede deberse a diferentes enfermedades, así mismo representa una disfunción de uno o más sistemas cerebrales, aún no bien identificados y en la mayoría de los casos obedece a encefalopatía estática, en la mayoría de los casos los rasgos autistas persisten toda la vida, pero el pronóstico del trastorno varía desde mínimo o nulo lenguaje y pobres capacidades para la vida diaria, hasta el logro de grados universitarios y funcionamiento totalmente independiente.<sup>6</sup>

2) El síndrome de Asperger. Se considera una forma de autismo en el que los pacientes no muestran tener habilidades sociales, con una baja coordinación y concentración, y un rango restringido de intereses; su lenguaje se considera normal y su inteligencia es normal o superior.

3) El trastorno desintegrativo infantil. Es una entidad rara, en ella el desarrollo del niño aparenta ser normal pero después de los dos años hay una regresión conductual en diversas áreas del desarrollo: como la pérdida de la habilidad para moverse y del control de los esfínteres anal y vesical.

4) El síndrome de Rett. Éste se presenta exclusivamente en niñas, con una frecuencia de un caso por cada 10,000 a 15,000 niñas y ocurre por causa de la mutación de un gen que codifica la producción de la proteína MSCP2; esta proteína participa en la expresión y modulación de los genes del cromosoma X: por lo que la ausencia de MSCP2 hace que estos genes se expresen sin ningún control.

5) Trastorno Inespecífico Generalizado del Desarrollo. En éste los pacientes muestran una dificultad severa y generalizada en el desarrollo de habilidades de la comunicación verbal y no verbal, en sus interacciones sociales, su comportamiento e intereses, y en actividades estereotipadas, pero no se cumplen con los criterios para ser clasificados en alguna de las cuatro formas descritas.<sup>6</sup>

### **DSM-5: la nueva clasificación de los TEA.**

En 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. Tras un largo proceso de discusión y análisis, la organización del manual ha sufrido importantes cambios (por ejemplo, se elimina la clasificación por ejes), así como la concepción de un buen número de trastornos, entre ellos el autismo y el resto de trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

En el DSM5 desaparecen los diferentes subtipos de TGD. El trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado se fusionan en un único trastorno que pasa a llamarse Trastorno del Espectro del Autismo (en singular). El cambio de nombre trata de enfatizar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos. El Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo de la Infancia dejan de ser recogidos por el DSM5 ya que el primero tiene una clara base genética y el segundo tiene importantes problemas de validez. Los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro de Autismo (TEA) también se modifican. Las dimensiones referidas a las alteraciones en la interacción social recíproca y la comunicación y el lenguaje se fusionan en una única categoría y se reorganizan las áreas de alteración que recogen los síntomas concretos. En el repertorio restringido de conductas intereses destaca la incorporación de las alteraciones sensoriales como área de alteración.

La CIE-11 actualiza los criterios de diagnóstico del autismo, en la misma línea que establece el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, publicado en 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría). En este sentido, recoge el término único de “Trastorno del Espectro del Autismo” y engloba en esta categoría al Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y Otros trastornos generalizados del desarrollo, no especificados.<sup>7</sup>

Primer cambio en el DSMV-TR.

El DSM-5, publicado en mayo de 2013, indicó que un diagnóstico de autismo requiere déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, como se manifiesta en lo siguiente:

- ❖ Déficit en la reciprocidad socioemocional, en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.

La revisión del texto en el nuevo DSM-5-TR agrega dos palabras a esa descripción: «como se manifiesta **por todo** lo siguiente». Se concreta así acerca de si el diagnóstico de TEA requiere alguno o todos esos déficits.

Segundo cambio en el DSMV-TR.

El segundo cambio es una sola palabra que describe los «especificadores» que pueden acompañar a un diagnóstico de autismo.

Es decir, mientras el DSMV aconseja especificar si el trastorno del espectro autista está «asociado con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento» el DSMV-TR posibilita que los diagnosticadores indiquen problemas co-ocurrentes aunque por su intensidad no sean trastornos comórbidos.

8

## **ANTECEDENTES.**

La primera descripción de autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos, en 1943. En su artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Los trastornos autistas del contacto afectivo), publicado en la *Nervous Child*, reportó detalladamente las observaciones realizadas a once niños que compartían unas características conductuales especiales, definiendo el término *Early Infantile Autism* (autismo infantil precoz). En su artículo, Leo 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, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

Pocos meses después, a principios de 1944, Hans asperger, médico vienés, identificó un grupo de cuatro niños con características similares, utilizando el término *austistic psychopathy* (psicopatía autista). Kanner y asperger no fueron los primeros en observar estas conductas.

En 1908, Heller publicó un artículo acerca de seis niños de edades comprendidas entre tres y cuatro años con insidiosa pérdida de lenguaje y habilidades mentales, los cuales quedaban severamente discapacitados con sintomatología idéntica a la de los niños autistas.

Pocos años después, en 1911, Bleuler utilizó por primera vez el término autismo para describir la deficiente habilidad de los pacientes esquizofrénicos para relacionarse con las otras personas y su retracción de la interacción social. Probablemente el autismo ha existido siempre, pero es a partir de la descripción de Kanner cuando se reconoce el autismo como entidad clínica.<sup>9</sup>

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Según un artículo publicado en la página oficial del Estado de México se considera que la incidencia de autismo a nivel mundial es de 3 a 6 niños/as de cada mil, existiendo cuatro veces más probabilidades de aparición en los varones que en las mujeres, sin distinción de razas, nivel socioeconómico o área geográfica.

A nivel mundial se calcula que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida.

En México se ha realizado un estudio de prevalencia del autismo (2016). La cifra indica que 1 de cada 115 niños estarían en esa condición. Este estudio fue realizado por científicos financiados por la organización Autismo Speaks, la conocida asociación estadounidense dedicada a la difusión de información y concienciación sobre este desorden del desarrollo y se realizó exclusivamente en León, Guanajuato.

Casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 400 mil, tienen autismo. Debido a que éste es el primer estudio de prevalencia en México, no se puede comparar esto con la prevalencia en años previos, pero para comparación, hace 20 años se pensaba que el autismo afectaba a uno de cada mil o menos niños/as en EU. Así que 400 mil niños/as es un número muy importante y un problema urgente de salud pública en México.<sup>10</sup>



## CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La American Psychiatric Association, 2014, nos proporciona criterios de los Trastornos del Espectro Autista del DSM 5:

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:

- ❖ Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social
- ❖ Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual
- ❖ Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:

- ❖ Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas)
- ❖ Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios)

- ❖ Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales o intereses perseverantes)
- ❖ Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos)

C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades

D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día

Respecto a las características nucleares del TEA, la CIE-11 también incluye las mismas dos categorías que el DSM-5 (dificultades para la interacción y la comunicación social, por un lado, e intereses restringidos y comportamientos repetitivos, por otro), eliminando una tercera que aparecía en la anterior versión, relacionada con problemas del lenguaje. Ambas clasificaciones señalan también la importancia de examinar sensibilidades sensoriales inusuales, algo común entre las personas con autismo.

Pero hay también notables algunas diferencias entre la CIE-11 y el DSM-V. Por ejemplo, la clasificación de la OMS aporta pautas detalladas para distinguir entre autismo con y sin discapacidad intelectual, pero el DSM-V, por su parte, solo señala que el autismo y la discapacidad intelectual pueden darse simultáneamente. La CIE-11 también incluye la pérdida de competencias previamente adquiridas como una característica a tener en cuenta a la hora de efectuar un diagnóstico.

Por lo que respecta a la etapa infantil, la CIE-11 pone menos énfasis en el tipo de juego que los niños realizan (ya que puede variar en función del país o la cultura) y se centra más en si los menores siguen o se imponen reglas estrictas cuando juegan, un comportamiento que puede percibirse en cualquier cultura y que puede

ser un signo de inflexibilidad en el pensamiento, característica común entre las personas con autismo.

En la CIE-11 los Trastornos del Espectro del Autismo quedan incluidos dentro de los TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

**TRASTORNO:**

No es un término equivalente a enfermedad. Aunque no es correcto definir un término desde su negativo, en este caso resulta importante mencionarlo.

Se refiere a:

Un término no preciso, absolutamente

Comportamiento o grupo de síntomas identificables clínicamente

Producen malestar, disfunción o interferencia con las actividades que se espera que realice el individuo

Excluye del concepto las alteraciones que no producen disfunción personal.

**ESPECTRO:**

Hace referencia a la variedad de manifestaciones y profundidad de las mismas, siempre dentro de un mismo diagnóstico.

## Características esenciales del Autismo en la CIE-11

### Elementos principales

- ❖ Déficit persistente y no apropiado a la edad y nivel de desarrollo intelectual para sostener: comunicación social e interacción social recíproca, las manifestaciones varían con la edad, desarrollo verbal e intelectual, así como con la severidad del trastorno
- ❖ Limitaciones en comprender, interesarse o responder a las comunicaciones sociales verbales y no verbales de otros.
- ❖ Comprender la integración de componentes verbales y no verbales como el contacto visual, gestos, expresiones faciales, lenguaje corporal. Estos comportamientos no verbales también pueden estar reducidos en frecuencia e intensidad.
- ❖ Limitaciones en comprender el uso del lenguaje en el contexto social apropiado y en la habilidad para sostener conversaciones recíprocas.
- ❖ Limitaciones para reconocer claves sociales, esto conduce a comportamientos que no están modulados apropiadamente de acuerdo a determinado contexto social.
- ❖ Limitaciones en la habilidad para imaginar y responder a los sentimientos, estados emocionales y actitudes de los otros.
- ❖ Limitaciones para compartir intereses.
- ❖ Limitaciones para establecer y mantener relaciones con sus pares.
  
- ❖ Patrones de comportamiento e intereses restrictivos, repetitivos e inflexibles o actividades que son claramente atípicas o excesivas para la edad del individuo, su género y contexto sociocultural.
  
- ❖ Falta de adaptabilidad a nuevas experiencias y circunstancias, esto asocia cierto distrés que puede ser evocado incluso por cambios triviales en el ambiente que le es familiar o frente a eventos no anticipados.

- ❖ Inflexibilidad o adherencia al seguimiento estricto de determinadas rutinas
  
- ❖ Excesiva adherencia a reglas
  
- ❖ Patrones excesivos o persistentes de rituales, movimientos repetitivos y estereotipados, particularmente comunes en la niñez temprana. Ejemplo: balanceos, marcha atípica (de puntillas, por ejemplo), movimientos inusuales de las manos o los dedos, posturas no usuales.
  
- ❖ Persiste preocupación con uno o más intereses especiales, partes de objetos, tipos de estímulos o adherencia inusualmente fuerte a objetos particulares.
  
- ❖ Hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos sensoriales o interés en estímulos sensoriales que puede incluir sonidos, luces, texturas, olores, sabores, calor, frío o dolor.

La aparición de estas características se presenta en la etapa temprana del desarrollo, típicamente en la niñez o infancia temprana. Los síntomas y signos pueden no estar claramente evidentes sino hasta más tardíamente cuando las demandas sociales exceden a las capacidades, pueden ser lo suficientemente severos para producir disfunción importante en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes para el funcionamiento del individuo.

Muchos individuos con TEA son capaces de funcionar adecuadamente en diferentes contextos con esfuerzo, de manera que pueden no resultar evidentes sus manifestaciones o conductas a otros.

La clínica se agrupa en dos dominios: los déficits en la comunicación e interacción social, por un lado, y los patrones estereotipados y/o restrictivos de conducta por el otro.

Es importante indicarlo que la exposición de las manifestaciones de los TEA que hace CIE-11 está basada en el conjunto de conocimientos acumulados y aportados desde distintos ámbitos, no es una formulación arbitraria en ningún caso.

### Otras cualidades

Esto se refiere a limitaciones que co-ocurren y se relacionan con el funcionamiento intelectual, el lenguaje funcional, así como el que hubiese ocurrido o no alguna regresión en el desarrollo.

- ❖ **La siguiente imagen muestra algunas cualidades que no son parte de las características propias del Autismo, pero co-ocurren con el mismo, según la CIE-11**

Desarrollo intelectual	Lenguaje funcional	Regresión o pérdida de habilidades previamente adquiridas
<p>Si se verifica la presencia de limitaciones en el desarrollo intelectual es necesario formular este diagnóstico por separado utilizando las categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve</li> <li>- Moderado</li> <li>- Severo</li> <li>- Profundo</li> </ul> <p>Debe disponerse de evaluación del desarrollo adaptativo de manera concomitante.</p>	<p>Esto se refiere a la capacidad del individuo para utilizar el lenguaje con fines instrumentales. No hace referencia a los aspectos pragmáticos porque estos son un signo que caracteriza a las personas con TEA verbales. Se refiere fundamentalmente a déficit en los aspectos expresivos verbales y no verbales. Esto se coloca por separado considerando que los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje no son, necesariamente, típicos del Autismo. Encontramos individuos con limitadas habilidades comunicativas y otros con excelentes habilidades comunicativas.</p>	<p>Solamente se debe especificar si hubo o no regresión en el desarrollo. Las regresiones autistas ocurren típicamente en el segundo año de vida y raramente se observan después de los tres años de edad. Pueden incluir regresiones en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognición</li> <li>- Habilidades adaptativas</li> <li>- Lenguaje</li> <li>- Habilidades sociales</li> </ul> <p>Y también pueden incluir el aumento de alteraciones emocionales o conductuales.</p>

**Imagen 1.** Características que no son propias del Autismo, pero que coocurren con el mismo según la CIE-11.<sup>11</sup>

## CONSIDERACIONES ORALES

El autismo por sí solo no comprende características orales diferentes a las encontradas en pacientes sin esta patología, pues no se ha encontrado diferencia en el flujo salivar, los niveles de ph, capacidad de amortiguación de la saliva ni su composición, aunque la toma de medicamentos psiquiátricos influencia negativamente estos factores, propiciando la aparición de enfermedades orales.

Asimismo, este riesgo aumenta al presentar una capacidad limitada para comprender y asumir responsabilidades de su salud oral y les dificulta cooperar con las prácticas preventivas. La higiene oral deficiente en esta población está relacionada con la falta de motricidad manual y lingual para realizar un barrido de placa dental, además de presentar frecuentemente una resistencia a la higiene oral diaria, al cuidado por parte del profesional y de la familia. Dicha situación puede aumentar severamente el índice de caries y enfermedad periodontal, pues se describen altos niveles de placa, gingivitis, cálculos, halitosis y remanente constante de comida cariogénica en la cavidad oral.

Existe controversia frente al riesgo de la población con autismo frente a la caries dental, pues hay quienes afirman que tienen menor posibilidad de tener una historia de caries positiva con respecto a pacientes sanos, debido al bajo consumo de carbohidratos y azúcares entre comidas, así como una dieta blanda y a la incapacidad de desarrollar unas perfectas habilidades masticatorias, de autoclisis y cuidados de higiene, existen estudios los cuales comparan la higiene y las necesidades orales entre pacientes con autismo y sanos, encontrando que presentan una tasa de caries similar, pero problemas periodontales más severos.

La mayoría de los autores, por tanto, no encuentran diferencias significativas en cuanto a susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal en los niños autistas, siendo incluso menor en algunos estudios. Se han descrito problemas relacionados con hábitos nocivos tales como bruxismo, autolesión en la lengua, labios y encías,

mordisqueo de uñas, bolígrafos, mayor incidencia de traumatismos. Para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales, pero en muchas ocasiones éstos no pueden ser tolerados por los niños diagnosticados de autismo.

La sensibilidad dentinal también es frecuente en la población con autismo. Se presenta por el consumo de dieta azucarada acompañada de regurgitación de alimentos, lo cual debilita el esmalte y genera sensibilidad.

Se ha reportado una alta prevalencia de hábitos orales no nutritivos y nocivos para el sistema estomatognático. El bruxismo se encuentra con alta intensidad, duración y frecuencia, generando graves desgastes dentales, problemas periodontales y avulsiones de dientes permanentes y se relaciona con un alto nivel de ansiedad presente en estos pacientes. El tratamiento de este hábito es complicado debido a la dificultad para entender la necesidad de realizar una terapia para controlarlo.

- ❖ La siguiente imagen muestra al bruxismo como hábito nocivo en estos pacientes



**Imagen 2.** Hábitos de higiene y alimentación en el mantenimiento de la salud bucal de niños con espectro del autismo. Tomada de:

---

El babeo también es frecuente debido a una hipotonía labial de leve a moderada que se relaciona directamente con el nivel cognitivo, al igual que la succión digital, la onicofagia y la protrusión lingual.



Las autolesiones o autoinjurias se presentan con una alta prevalencia, y consiste en colocar objetos extraños como cabellos y fragmentos de uñas en el surco gingival, a presión digital o mordeduras en tejidos orales, como la parte anterior de la lengua y los labios; generando en éstos úlceras, enfermedad periodontal, mutilaciones y autoextracciones.

### **Problemas en la función masticatoria y oclusión**

Si se considera que la masticación alternada y bilateral aunada a una dieta seca y fibrosa son elementos necesarios para un crecimiento y desarrollo equilibrado de los maxilares y para el establecimiento de una adecuada oclusión; es posible entonces predecir que esta función posiblemente se va a encontrar alterada en los niños con TEA, ya que por lo general son sometidos a dietas blandas, a lo que se le adiciona una conducta muchas veces desafiante en la que el niño se niega a masticar, los cuales se suponen son factores determinantes para el establecimiento de maloclusiones, además de la presencia de hábitos perjudiciales.

- ❖ La imagen hace referencia a hábitos nocivos en boca



**Imagen 3.**  
Autorregulación de la zona oral en niños con TEA. Tomada de Instituto Superior de Estudios Psicológicos.

La peculiaridad en la dieta del niño autista, así como la presencia de hábitos orales perjudiciales como la succión digital, el bruxismo, entre otros, asociado a conductas estereotipadas, hace que los niños autistas sean más propensos a padecer maloclusiones dentales.

Las características de la oclusión observadas en los niños con TEA representan un factor predictivo positivo para el futuro desarrollo de la dentición permanente, y la detección temprana de maloclusiones es fundamental ya que permitirá incluir al niño en un programa de atención odontológico adecuado con el fin de mejorar los resultados a largo plazo y permitir así un mejor abordaje con una intervención temprana, mejorando sus condiciones orales con un enfoque principalmente preventivo y no curativo.<sup>12</sup>

Existen alteraciones sistémicas como epilepsia, ansiedad, depresión y esquizofrenia se encuentran asociadas al síndrome, por lo tanto, el uso de antipsicóticos, anticonvulsivos, antidepresivos y sedantes es generalizado.

Los medicamentos más utilizados son:

Risperidona
Ácido valproico/ácido valproico
Lamotrigina
Metilfenidato
Carbamazepina
Norepinefrina,
Serotonina
Trazodona

Estos medicamentos pueden generar efectos adversos relacionados con problemas orales y sistémicos, como:

Xerostomía

Agrandamiento gingival

Sialorrea

Problemas en la  
coagulación

Náuseas

❖ La siguiente imagen muestra  
agrandamiento gingival

**Imagen 4.** Agrandamiento gingival. Tomado de:  
Hábitos de higiene y alimentación en el mantenimiento de  
la salud bucal de niños con espectro del autismo. Blog  
Recituras.

---



Además, estos medicamentos presentan alto contenido de azúcar, lo que aumenta el riesgo de caries dental, por lo tanto, es recomendable que los pacientes se realicen una limpieza después de su consumo

No hay duda de que la prevención es un pilar fundamental en el niño con discapacidad.-Para conseguirlo, los padres/educadores se deben involucrar a través de la promoción de la salud oral llevada a cabo por la odontología, lo que es a

Antes de los 12 meses	A los 12 meses	Entre los 12 y los 18 meses:	A los 18 meses: .	Entre los 18 y los 24 meses:	A los 24 meses:
<p>Escaso contacto ocular</p> <p>No muestra anticipación cuando se le va a coger en brazos</p> <p>Falta de interés en juegos interactivos simples (como el "cucú-tras"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No balbucea y no hace gestos para comunicarse (como señalar o decir adiós con la mano).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No responde a su nombre</li> <li>• No mira hacia donde otros señalan</li> <li>• No señala para pedir algo</li> <li>• No muestra objetos</li> <li>• Tiene una respuesta inusual ante determinados estímulos auditivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No dice palabras sencillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en el desarrollo del lenguaje</li> <li>• Falta de imitación (gestos, acciones)</li> <li>• Tiene formas repetitivas de juego (alinear cosas, abrir y cerrar)</li> <li>• Ausencia de juego funcional o simbólico</li> <li>• Falta de interés por relacionarse con otros niños/as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No dice frases espontáneas de dos o más palabras.</li> </ul>

menudo muy complicado. en estas situaciones, el comportamiento del dentista debe basarse en el respeto de los miedos, sentimientos hostile que en ocasiones pueda presentar la familia.

## DIAGNÓSTICO

Aunque cada niño/a es diferente a los demás, existen una serie de patrones comunes del desarrollo infantil que sirven de referencia a la hora de identificar posibles señales de alerta para la detección del TEA. Se relacionan fundamentalmente con la adquisición de una serie de habilidades esperadas en torno a los 12, 18 y 24 meses de edad.

Estos factores, de forma aislada, no implican que un niño o niña tenga TEA, pero sí hacen aconsejable una evaluación especializada que confirme o descarte el diagnóstico. Además, conviene tener en cuenta que no todas las señales se dan simultáneamente en todos los niños y niñas y que, en cualquier edad, se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas.

Estas son las señales de alerta que hacen recomendable una valoración exhaustiva del desarrollo del niño o la niña:

## **La importancia del diagnóstico precoz**

Se entiende por diagnóstico precoz, como la intervención temprana de un problema de salud; en este caso dirigida a la población infantil, a la familia y a su entorno, para dar una pronta respuesta a las necesidades de los niños con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Los estudios han mostrado que la detección temprana favorece el desarrollo de las capacidades de los niños con Trastornos Espectro Autista, facilitando su reinserción social como persona con mayor autonomía, reduce el estrés familiar y mejora la calidad de vida.<sup>10</sup>

Hoy en día, no es posible diagnosticar el Trastorno Espectro Autista a través de la presencia de marcadores biológicos, sino que se precisa de una valoración especializada basada en la conducta observable, realizada por un equipo multidisciplinar de profesionales con formación específica en Trastorno del Espectro Autista, en el que están presentes distintos profesionales, como psicólogos, médicos, logopedas, psicomotricistas, etc.

En este análisis se tienen en cuenta aspectos relacionados tanto con el propio niño/a como con su entorno, tales como:

*Exámenes médicos:* La evaluación del desarrollo es una prueba corta que indica si los niños están aprendiendo las destrezas básicas a su debido tiempo o si es posible que tengan retrasos. Durante la evaluación del desarrollo, es posible que el médico les haga algunas preguntas a los padres o que hable y juegue con el niño durante el examen a fin de observar cómo aprende, habla, se comporta y se mueve. Un retraso en cualquiera de estas áreas puede ser señal de que hay un problema.<sup>14</sup>

*Valoración genética:* Pruebas genéticas. Se recomienda ofrecer a las familias pruebas genéticas, tales como análisis de micromatrices y citogenéticas. En la actualidad, de un 10% a un 20% de los niños con TEA tienen anomalías de sus cromosomas identificados con pruebas de micromatrices y citogenéticas. La prueba genética debe ser seriamente considerada si un niño tiene rasgos físicos inusuales o retrasos del desarrollo o si hay antecedentes familiares del síndrome

frágil de X, discapacidad intelectual de causa desconocida o de otros trastornos genéticos. Otras pruebas genéticas pueden ser necesarias en ciertos casos. Las recomendaciones de pruebas genéticas pueden cambiar a medida que se hagan los exámenes <sup>15</sup>

*Exploración otorrinolaringológica:* Debido a la complejidad en el diagnóstico de esta patología, diferentes son los caminos recorridos por los padres de estos niños, estudiados por el pediatra en su comienzo y debido a las alteraciones del lenguaje transitan entre las diferentes especialidades sin diagnóstico preciso, o en otros casos ya con diagnóstico de (TGD) sin evaluación otorrinolaringológica, donde descubrimos niños de 5 o 6 años sin ninguna evaluación audiológica, pues, por la dificultad en la evaluación por falta de adaptación y acondicionamiento del niño, el estudio no se realiza

Más allá del lenguaje característico y el deterioro en la comunicación, el niño autista puede presentar una prevalencia de otras alteraciones audiológicas tales como hipoacusia neurosensorial o conductiva, otopatía secretora o con derrame, e hiperacusia (una alteración del procesamiento auditivo que presenta una disminución de la tolerancia a sonidos habituales y naturales del ambiente. Es la pérdida del rango dinámico del oído o de la habilidad del sistema auditivo de manejar elevaciones rápidas del volumen del sonido), mayor que en la población general. <sup>16</sup>

*Evaluación psicológica:* desarrollo intelectual, habilidades de comunicación e interacción social, habilidades de juego, aspectos atencionales, habilidades adaptativas, habilidades académicas, habilidades motoras, contexto y recursos disponibles y capacidades y puntos fuertes de la persona

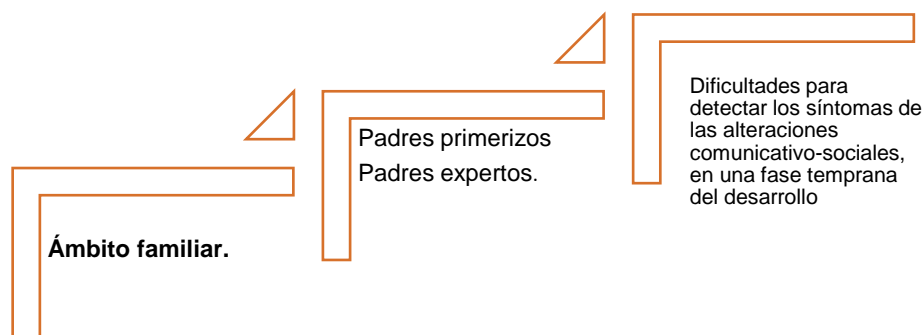
Cuando existen sospechas de TEA, es fundamental realizar esa valoración diagnóstica exhaustiva cuanto antes, con el objetivo de descartar o confirmar el diagnóstico. Un diagnóstico precoz es la clave para acceder cuanto antes a una atención temprana específica y especializada, que resulta esencial para

favorecer el desarrollo y la calidad de vida de los niños y niñas con autismo, al mismo tiempo que favorece el bienestar emocional de las familias. <sup>17</sup>

Existen pruebas que permiten hacer el diagnóstico de autismo, por ejemplo Lista de constatación de autismo en bebés o CHAT(Checklistfor Autism Toddlers), The Quantitative Checklist forAutism in Toddlers (Q-CHAT), The Autism Observation Scale for Infants, Guia de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS) y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

### **Barreras en el diagnóstico oportuno del autismo**

Algunas de las barreras que provocan este reconocimiento tardío de los Trastornos del Espectro Autista son.

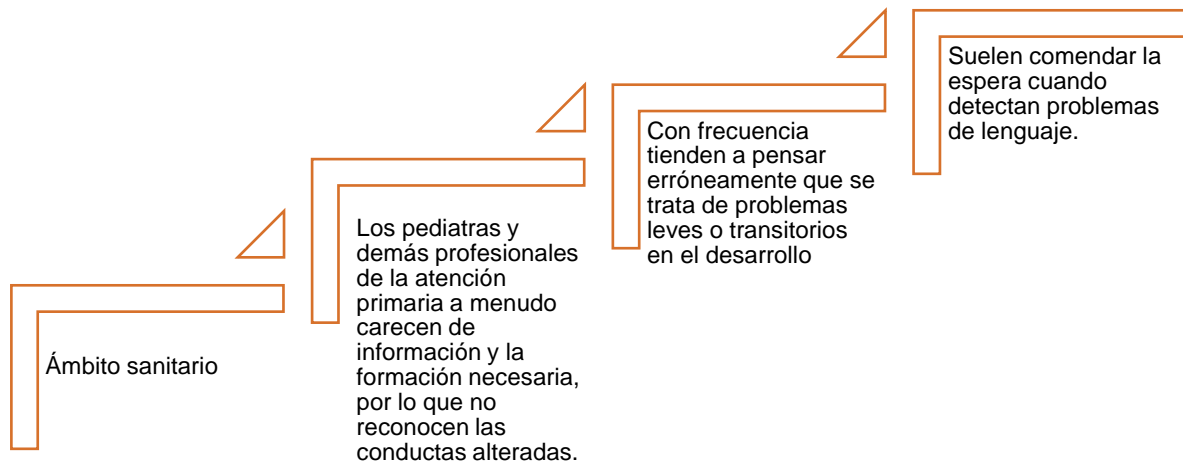


En el estudio de Riviere se analizaron 100 informes retrospectivos de familias de niños con autismo (y con niveles importantes de retraso en el desarrollo), lo que permitió señalar un patrón prototipo de presentación del trastorno que se caracteriza por:

- a) Normalidad aparente en los ocho o nueve primeros meses de desarrollo, acompañada muy frecuentemente de una característica ‘tranquilidad expresiva’ o ‘pasividad’ no bien definida

b) Ausencia de comunicación intencionada tanto para pedir como para declarar, entre el noveno y el decimoséptimo mes

c) Una clara manifestación de alteración cualitativa del desarrollo, que suele coincidir precisamente con el comienzo de la llamada fase 'locutiva' del desarrollo (del lenguaje). Este patrón de presentación es específico del autismo, porque se asocia con un menor retraso motor y menor grado de alteración médica y neurológica evidente.



18

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es importante, ya que diversas patologías comparten características similares que fácilmente pueden ser confundidas y mal clasificadas, llevando a un tratamiento inadecuado, a continuación, se enlistan algunos padecimientos y las características que presentan.



Características	Trastorno autista	Sx Asperger	TEDNE	TID	Sx Rett
Desequilibrio social	x	x	x	xb	x
Trastornos de lenguaje y comunicación	x		xa	xb	x
Intereses y actividades repetitivas	x	x	xa	xb	
Inteligencia media		x			
Aparición antes de 36 meses	x				x
Periodo de desarrollo normal seguido de pérdida de habilidades en diferentes áreas	x			x	x
Desequilibrio relativo	Variable	Más moderado	Más moderado	Más grave	Más grave
Prevalencia relativa	Más elevada	Intermedio	Más elevada	Menor	Menor

**Tabla 1.** Diferencias entre los trastornos del desarrollo

**Nota:** a) Deben estar presentes por lo menos dos de estas características b) Deben estar presentes por lo menos tres de estas características <sup>15</sup>

A continuación, se mencionan algunas patologías que pudieran causar confusión en el diagnóstico del TEA y lograr el diagnóstico diferencial

### **Trastorno de la personalidad esquizoide**

Según la definición propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) el trastorno de la personalidad esquizoide se caracteriza por un déficit generalizado y

severo de la capacidad de un individuo para establecer y mantener relaciones interpersonales. El déficit social se exhibe particularmente en la capacidad disminuida del joven para relacionarse socialmente, así como en la restringida gama de pautas expresivas y respuestas emocionales manifestadas. Asimismo, es característico del joven experimentar un sentimiento de malestar a la hora de participar en situaciones de interacción social.

### **Trastorno semántico-pragmático del lenguaje**

A pesar de que la validez diagnóstica de este concepto es cuestionable, los especialistas del lenguaje han hecho un uso frecuente del término en la práctica clínica.

Aun cuando cuentan con una gran competencia lingüística los niños mostraban un estilo de comunicación estereotipado y extraño, caracterizado por conversaciones de contenido idiosincrásico, una tendencia a cambiar de tema rápidamente y por fracasar en tener en cuenta las necesidades comunicativas del interlocutor.

Así, los niños que presentan solo un trastorno pragmático y semántico son descritos como niños sociables y muy habladores que sin embargo muestran un lenguaje estereotipado así como una entonación y prosodia exageradas.

Además, y esto es lo que realmente parece diferenciarles de los niños con autismo, los niños con el trastorno semántico-pragmático son capaces de utilizar las pautas de comunicación no verbal de una forma flexible junto con el lenguaje hablado con el fin de interactuar con los demás.

A este respecto, se debe enfatizar el hecho de que el diagnóstico del autismo debe establecerse en función de la presencia del cuadro sintomático completo no solo a partir de la presencia de un déficit en el uso social del lenguaje o comunicación pragmática.

Así pues, el diagnóstico diferencial puede tener implicaciones importantes para la práctica clínica. Esencialmente, cuando el niño recibe un diagnóstico de trastorno

del lenguaje, la mayoría de los programas de intervención van a estar dirigidos primordialmente al fomento del uso adecuado del lenguaje, como deficiencia primaria, para así de esta forma conseguir mejorar las competencias sociales del niño. Por otro lado, cuando se asume la primacía del déficit social en el niño, que es el caso en el que se establece el diagnóstico del autismo, los programas de intervención se dirigen no solo al entrenamiento del niño en su globalidad, desde sus habilidades sociales hasta sus conductas adaptativas, sino también a la reestructuración del ambiente físico y social para así facilitar la integración del niño en el grupo social.

### **Trastorno por déficit de la atención y trastorno hiperactivo**

Si bien el déficit de atención y/o trastorno hiperactivo son entidades independientes del autismo, ambas condiciones tienden a presentarse asociadas con una frecuencia significativamente alta, según Gillberg & Ehlers, 1998. Existe una alta proporción de niños con autismo que también presentan un déficit adicional de la atención cuyo reconocimiento va a tener implicaciones importantes en la planificación del tratamiento. En ocasiones frecuentes, el patrón de inatención e hiperactividad y su asociada aparición de comportamientos impulsivos han sido factores en la identificación del déficit social primario y los problemas de comunicación característicos del autismo.

Por tanto, y dada la significativa interrelación entre ambos trastornos clínicos, es crucial en todos los casos clínicos que el proceso de diagnóstico diferencial sea llevado a cabo de una forma precisa y sistemática con el objetivo de descifrar si los problemas conductuales del niño constituyen un déficit social primario o bien constituyen la expresión de un déficit severo de atención o bien son una manifestación compleja indicativa de la presencia de ambos cuadros sintomáticos.

El déficit por atención puede compartir características con el TEA, pero existen particularidades las cuales permiten un adecuado diagnóstico

En primer lugar, el niño hiperactivo presenta un temperamento difícil y un nivel de inatención general e impulsividad elevada durante el periodo de la infancia temprana. También, muestra un interés activo en el juego con otros niños, aunque a menudo tiene problemas en la interacción social. Estas dificultades sociales son secundarias al patrón de inatención y consecuencia de una falta de internalización de las reglas necesarios para la autorregulación de la conducta.

En contraste, el niño con autismo a menudo exhibe problemas de atención selectiva mostrando una capacidad adecuada para concentrarse en las actividades de su interés. Su incapacidad para interactuar de forma recíproca viene acompañada de una dificultad para entender y utilizar las pautas de comunicación no verbal.

Además, la capacidad del niño con autismo para participar en el juego social y cooperativo está poco desarrollada. A diferencia del niño hiperactivo, que tiene dificultades en el juego debido a la falta de la atención sostenida y elevada impulsiva, el niño con autismo no juega bien como consecuencia de una disminuida habilidad creativa y rigidez o bien por la falta total de un interés en la experiencia social de juego.

En segundo lugar, el curso de desarrollo de ambos trastornos sigue caminos divergentes. Así, y durante la segunda etapa de la infancia, el niño hiperactivo continúa experimentando problemas severos de atención los cuales tienden a afectar su rendimiento escolar de forma significativa. En la adolescencia, la intensidad de los síntomas primarios de inatención disminuye, aunque se produce un incremento en las conductas antisociales. En la etapa adulta, los síntomas primarios tienden a desaparecer y los individuos se integran en la sociedad. Una minoría continúa con el patrón de inatención e impulsividad y una incidencia alta de problemas psiquiátricos y conductas antisociales.

En contraste, y durante la infancia, el niño con autismo muestra una capacidad generalmente adecuada para el aprendizaje independiente. Sin embargo, a medida que el niño se acerca a la adolescencia, el déficit social se manifiesta de una forma más marcada y el patrón restringido de intereses se intensifica. En la etapa adulta, el trastorno cualitativo de la interacción social persiste lo que conduce a una alta

proporción de adultos a experimentar dificultades importantes para iniciar y mantener relaciones sociales.

En tercer lugar, las diferencias encontradas con respecto al perfil cognitivo característico de los respectivos trastornos también pueden facilitar su diferenciación. El niño hiperactivo quien a menudo presenta problemas específicas en el área del lenguaje expresivo y receptivo, el niño con autismo desarrolla competencias lingüísticas avanzadas, si bien manifiesta problemas severos en el área de la comunicación pragmática.

Así, mientras que los síntomas primarios del trastorno hiperactivo responden con éxito al tratamiento farmacológico, no existe un tratamiento específico capaz de erradicar la alteración en el desarrollo social del niño con autismo

### **Trastorno de la Tourette**

El síndrome de la Tourette es un trastorno neurológico cuyos síntomas característicos son los movimientos involuntarios y vocalizaciones. Los tics complejos pueden implicar tocar algo de forma repetitiva, agacharse, doblar las rodillas, volver hacia atrás, pestañeo repetitivo, carraspeo, emisión involuntaria de palabras obscenas, etc. También se dan síntomas asociados comunes como las obsesiones y compulsiones, hiperactividad, e impulsividad.

El trastorno de la Tourette suele manifestarse en la infancia afectando el funcionamiento social y adaptativo del niño. Sin embargo, las dificultades sociales que el niño manifiesta son de una naturaleza totalmente diferente a los problemas sociales que el niño con autismo muestra.

Así, la capacidad para la interacción social y comunicación recíproca del niño con el trastorno de la Tourette permanece intacta, si bien la falta de control de sus tics motores y vocalizaciones causa a menudo un nivel alto de ansiedad y frustración que puede dificultar su integración con el grupo social.

La similitud existente entre el autismo y los trastornos afectivos incluye una gama amplia de comportamientos entre los que podemos citar la pérdida de interés por la realización de actividades cotidianas, el retraimiento social, la falta de interés en las situaciones sociales, humor decaído, ausencia de respuestas emocionales y un afecto aplanado.

A pesar de que estos síntomas compartidos pueden dar lugar a cierto grado de confusión diagnóstica, la distinción entre el autismo y la depresión se puede efectuar fácilmente basándose en las variables del periodo inicial de manifestación sintomática y el curso de desarrollo de la patología. Por consiguiente, y tal y como Fitzgerald y Corvin 2001 han sugerido, los trastornos afectivos tienden a manifestarse en el periodo de la adolescencia, y no en la infancia primaria como el autismo, y siempre representan un cambio significativo en el funcionamiento habitual del individuo.

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) la fobia social, se caracteriza por un marcado y persistente miedo a las situaciones en las que la persona debe exponerse al escrutinio de gente desconocida y teme hacer o decir algo que sea humillante o vergonzoso.

El niño con autismo a menudo manifiesta una gran preocupación y temor ante las situaciones sociales, nuevas pero a diferencia del niño con la fobia social, también muestra problemas con la interacción social en situaciones conocidas y familiares. Asimismo, y al igual que pasaba con los trastornos afectivos, el niño no manifiesta los síntomas asociados a la fobia social hasta después de la etapa de preescolar. Esto sin duda contrasta con la manifestación mucho más temprana del trastorno social asociado al autismo. Por último, el niño afectado por el trastorno de ansiedad no presenta el patrón restringido de intereses obsesivos y conductas repetitivas, típicas del niño con el autismo (Szatmari, 1998).

### **Trastorno obsesivo compulsivo**

La tendencia característica del niño con autismo es repetir la misma acción un número determinado de veces, escribir listas de objetos, mantener un orden

riguroso de sus pertenencias, memorización de cantidades de información. y su marcada resistencia al cambio ha dado lugar a una confusión diagnóstica con el trastorno obsesivo compulsivo.

Los rasgos esenciales del trastorno obsesivo compulsivo incluyen las recurrentes obsesiones, en la forma de pensamientos e imágenes, que son percibidas como invasivas y que conducen a la persona a exhibir conductas compulsivas con el objetivo de reducir el estrés asociado a una situación temida. Se debe subrayar que la realización de estos comportamientos compulsivos implica una inversión de tiempo significativa que a menudo afecta el funcionamiento ocupacional y social del individuo. El diagnóstico requiere que el adulto, aunque no el niño, sea consciente de que los pensamientos obsesivos y compulsiones son irracionales.

Aunque el trastorno obsesivo compulsivo puede manifestarse asociado al autismo, ambos trastornos son condiciones clínicas claramente independientes y pueden diferenciarse fácilmente en función de las diferencias encontradas con relación a importantes variables.

El niño con autismo no experimenta sus obsesiones como irrazonables o como una fuente de angustia sino que se entregan a ellas con entusiasmo al obtener placer y disfrutar de su realización, mientras que los problemas sociales característicos del trastorno obsesivo-compulsivo proceden de la necesidad que el individuo experimenta de completar sus rituales conductuales prolongados, las dificultades sociales del individuo con autismo proceden de la existencia de un déficit innato en las áreas de la comprensión social y desarrollo emocional.<sup>19</sup>

## **TRATAMIENTO DEL TRANSTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Conocer las características de los pacientes con TEA, es un reto profesional y se debe llevar a cabo mediante atención integral, es decir, en conjunto con terapeutas, psicólogos, otorrinolaringólogos, comunicación humana, terapia del lenguaje, médicos, neurólogos, cirujanos dentistas y por supuesto el apoyo total de la familia;

esto con el fin de brindar una atención en la cual se pueda asegurar el resguardo de la salud emocional, física, psicológica y dental del paciente.

Para conseguir una adecuada rehabilitación y desempeño social, es necesario un enfoque multidisciplinario que incluya terapia del lenguaje, de la conducta, educación especial, terapia ocupacional, terapia física e intervención farmacológica, enfocado a mantener la atención, mantener contacto visual, enseñarles a vestir y a alimentarse por sí solos, a promover la autonomía y la expresión de sentimientos, con el fin de que actúen de una manera aceptable socialmente

Al iniciar la atención dental con este tipo de pacientes en la primera cita es conveniente llevar al paciente a conocer al equipo antes, mostrándole lo que se utilizará y cómo funciona. Dar un breve paseo por la consulta, mostrárselo, para que el paciente se familiarice con el mobiliario, los sanitarios y el instrumental. Los niños con autismo necesitan uniformidad y continuidad en su entorno. Intentaremos mantener un ambiente agradable (relajado y cómodo) Familiarizar al niño autista con la figura del odontólogo y su equipo puede ayudar a conseguir los objetivos de salud oral. Son niños que en ocasiones no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones (miedo, dolor, entre otros) lo que hace más complicado su manejo <sup>20</sup>

El cuidado odontológico es el principal tema de salud no atendido en los niños con necesidades especiales. En todos los sectores económicos, los niños con necesidades especiales tienen casi el doble de posibilidades de no tener atención odontológica que sus compañeros sin necesidades especiales. El lavado de los dientes forma parte de la rutina diaria de higiene de todas las personas. Para las personas con autismo puede representar un gran reto, pues suelen presentar varias dificultades (les molesta la sensación de tener la cara mojada, la textura o sabor de la pasta de dientes les es desagradable, a veces no saben escupir. Por esto, los niños autistas deberían acudir cuanto antes a la consulta odontopediátrica para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear una rutina en la higiene oral. Es fundamental recordar que con el niño autista no hay lugar para la improvisación.



## **EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA VIDA DEL PACIENTE CON AUTISMO**

El papel de los padres es imprescindible para que el paciente autista integre la atención dental en su rutina, para lograr ingresar en la rutina de estos pacientes, será necesario incluir una cita exclusivamente con los padres, para recabar datos, solicitar de su colaboración, a lo largo del tratamiento dental o atención se deberá reforzar la capacitación a través de la elaboración de material didáctico, auxiliares de limpieza hechos en casa, técnicas para la estimulación de la musculatura facial, alimentación e incluso el control de la energía y emociones del paciente. <sup>21</sup>

El papel educador familiar no tuvo importancia hasta hace poco en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo, sobre todo, debido al modelo clínico-médico que prepondera incluso en estos momentos; el modelo sistémico/social aporta gran importancia a la familia y a su papel educativo-estimulador, también normalizador-incluyente; es el grupo de referencia que permite los primeros aprendizajes sociales y permite incluirse, poco a poco, en un clima adecuado y lúdico en la sociedad en que se inserta; este papel familiar es imprescindible donde los valores y actitudes y normas sociales no tienen un claro exponente y tienden a ser difusas o confundirse.

En el caso del Trastorno del Espectro del Autismo el apoyo de la familia pasa a ser imprescindible su aportación educativa puesto que facilita los apoyos y oportunidades para el desarrollo de las personas más allá de sus alteraciones y dificultades

La familia en la mayoría de los casos es la primera en sospechar que el niño tiene una alteración en su desarrollo (hasta en un 60%). <sup>22</sup>

De este modo la familia pasa a ser 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 con las familias con la intención de reconocer la importancia del papel educativo y socializador de los padres, madres, hermanas, abuelos.

Conocer el contexto familiar es de suma importancia para analizar el desarrollo de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo y estimular su aprendizaje potencial. El nacimiento de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo en la unidad familiar cambia las expectativas e influye en el grupo familiar, afectando al desarrollo de la persona con el desorden y la relación entre las redes de apoyo que se puedan poner en marcha y la pretendida calidad de vida.

Entonces, para llevar a cabo un correcto diagnóstico es indispensable hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento dental para disminuir la ansiedad de ambos y evaluar la capacidad del paciente. Se debe recopilar toda la información posible para estar informados sobre las necesidades del paciente y así tratar de adaptar nuestra práctica

Realizar una buena anamnesis con los padres sobre las experiencias previas del niño y pedirles recomendaciones sobre cómo trabajar mejor con su hijo, sin embargo todas las personas con TEA son diferentes, no todas ellas están caracterizadas por los rasgos de estos trastornos, sino que se caracterizan por el entorno en el que viven, las experiencias que tienen en sus vidas y, sobre todo, por los apoyos que tengan para superar las dificultades de estas experiencias y los modelos educativos a los que estén sujetos. <sup>23</sup>

Es importante resaltar que en el paciente autista se debe poner especial énfasis en la técnica de cepillado, es decir en la prevención ya que el manejo por sí mismo es complejo, entonces con esto generamos citas de mantenimiento de la salud bucal y no de intervención como el retiro de caries o extracciones.

### **Razones a tener en cuenta para la prevención:**

- ❖ Tipo de alimentación.
- ❖ Malposiciones dentarias.
- ❖ Respiración bucal (inflamación del tejido gingival en el sector anterior).
- ❖ Problemas motores en general (adaptar técnicas de cepillado a sus limitaciones).
- ❖ Alteraciones psíquicas
- ❖ Cuidados en casa para pacientes con autismo

### **Mantenimiento de la salud oral**

- ❖ Es muy importante lograr disminuir el riesgo de enfermedad oral mediante la creación de programas preventivos individualizados.
- ❖ Debemos dar consejos y centrarnos en la educación para la salud de padres y educadores con el objetivo de que estos procedimientos tengan continuidad en el hogar y en los centros educativos. La labor de la familia y de los centros de educación especial es fundamental para conseguir unos niveles óptimos de salud dental.

#### *Cepillado dental*

Debemos distinguir si el paciente tiene habilidad para realizar por sí mismo la higiene oral o si esta labor la realizan padres o educadores.

Si el paciente tiene la habilidad de cepillarse por sí mismo, deberemos enseñarle a hacerlo él solo usando todas las técnicas de modificación de conducta expresadas anteriormente (pictogramas, decir-mostrar-hacer). Siempre eligiendo el tipo de accesorios y técnica de cepillado que más se ajuste a las necesidades del paciente.

En ambos casos, los pacientes y sus padres o encargados necesitan ser educados sobre la importancia del cuidado en casa.

- El cepillo de dientes

Tiene que ser del tamaño adecuado para la boca de tu hijo. Prueba con cepillos duros y blandos dependiendo de la sensibilidad de la encía de tu hijo. Si hay problemas de sujeción, se puede modificar colocando un adaptador como una almohadilla de goma espuma. Es importante que el cepillo de dientes sea motivador para el niño, por ello la presencia de un personaje querido de dibujos animados puede que sea un objeto más apreciado. También se puede probar el uso del cepillo eléctrico, ya que para algunos nenes es más fácil, pues evita parte del “trabajo”

- ❖ Colocar las cosas en un sitio fijo

Recomendamos colocar las cosas en un sitio fijo y ayudar a fomentar el hábito del lavado de dientes después de cada comida. Intentar enseñarle, ni demasiado rápido (puede confundirse con las instrucciones que le das), ni demasiado lento (puede dejar de prestar atención). Es conveniente usar apoyos visuales para que el niño tenga más claro lo que se le está pidiendo (pictogramas).

Colocaríamos el pictograma en un lugar accesible para el niño, para que no caiga en el olvido y permita integrar la actividad representada en la rutina diaria.

El cepillado dental debe ser eficaz en la eliminación de la placa, pero sin dañar los tejidos orales.

- ❖ Cepillo individualizado

Los mangos de los cepillos convencionales pueden individualizarse en función de las necesidades del paciente, resultando esta técnica especialmente útil para personas con habilidad manual limitada.

Existen mangos prefabricados, pero se pueden realizar fácilmente haciendo un molde con silicona pesada.

- ❖ Cepillos especiales

El cepillo de triple cabezal recorre simultáneamente las superficies dentarias oclusal, lingual y vestibular

El cepillo eléctrico también es muy útil y aumenta la eficacia de la eliminación de placa.

- ❖ Pautas para higiene con el cepillo eléctrico

Acomodar al niño sobre el regazo de la persona que vaya a efectuar el cepillado. Comenzar masajeando con las manos (frente, mejillas, nariz, labios, mentón y encías). Repetir este masaje con el cepillo eléctrico sin activar y, posteriormente, en funcionamiento, pero por la parte posterior de éste. Depositar pasta de dientes (tamaño de un guisante).

- ❖ Separadores labiales y abre bocas

Resultan útiles en pacientes poco colaboradores o que no puedan mantener la boca abierta o con apertura bucal restringida.

- ❖ Usar dedales con cerdas de silicona, gasas empapadas en clorhexidina o flúor (si el paciente no sabe enjuagarse).
- ❖ Higiene interproximal Existen limpiadores interproximales eléctricos que facilitan la limpieza interdental

La importancia de la prevención recae en el hecho de evitar que los tratamientos sean complejos, tanto para el paciente como para el odontólogo (manejo de dolor, de conducta e incluso el coste del mismo).

- ❖ La pasta de dientes

Hay diferentes pastas, las cuales varían en sabor, textura y colores. Ofrécele opciones, deja que él elija la que prefiera.

Facilitará establecer la rutina diaria. El cepillo de dientes, pasta y apoyo visual es recomendable colocarlo en un lugar visible y accesible para tu hijo, donde lo pueda ver con facilidad y señalar los pasos que tiene que realizar

#### Técnica de cepillado estrategia visual:

1. Secuencia de los diferentes pasos para llevar a cabo la estrategia visual para la higiene bucal en niños con autismo. Estos pasos se muestran de una manera muy visual, mediante imágenes o pictogramas.
2. Zonas de la boca por donde tiene que pasar el cepillo para obtener una buena higiene bucal.

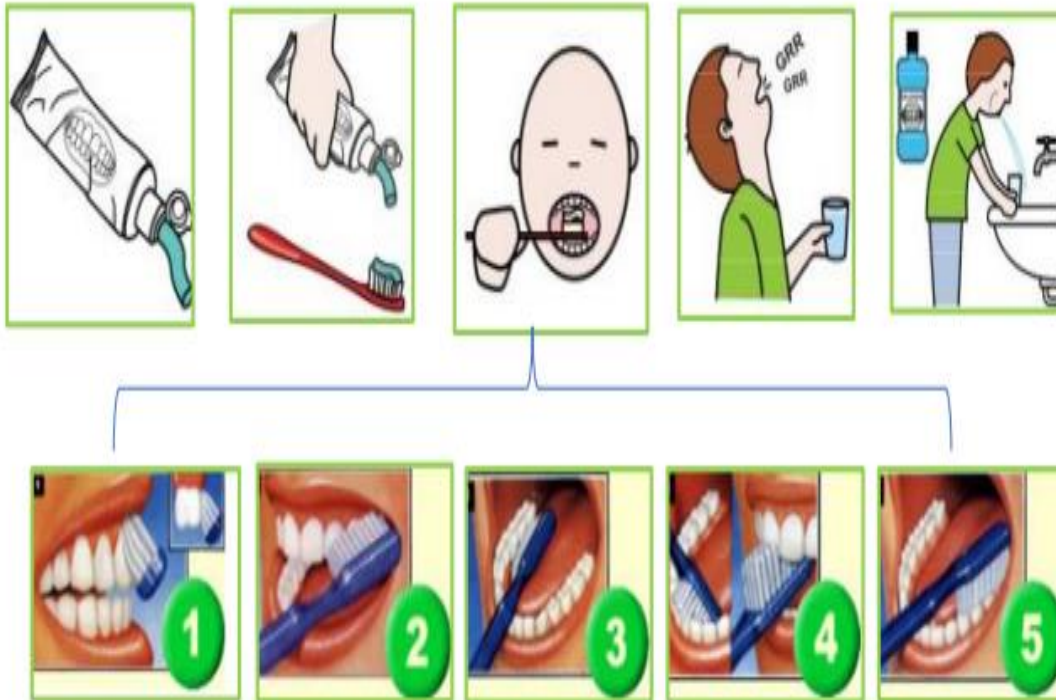
Debido a que en la primera infancia la primera ocupación debería ser jugar, este proceso se puede convertir en un juego. Puede ser “mi turno, tu turno”. Puedes empezar tocando tu boca con el cepillo e ir haciendo que el niño copie tus movimientos.

3. Tabla de objetivos. Ayuda a adquirir la rutina, así como a consolidarla. La idea sería colocar una pegatina cada vez que tu hijo complete la actividad, y una vez complete el objetivo semanal, obtendrá un premio o recompensa.

Es de gran importancia que el paciente adquiera la rutina de la mano del odontólogo, es decir, que vea que se realiza igual que él y que es importante para su salud. Además, animarle o dar un refuerzo positivo permite que el paciente genere un sentimiento de éxito, lo que le motivará a completar la actividad. Tenemos que remarcar que antes de todo esto, es importante tener en cuenta varios aspectos:

El apoyo visual ameno y motivador a la hora de realizar una actividad, facilita la adquisición de una rutina. Además, la práctica mediante el juego permite que una acción de la vida diaria sea más divertida de realizar.<sup>24</sup>

La siguiente imagen muestra la técnica de cepillado a través del apoyo visual.



**Imagen. No.5** La imagen nos muestra la secuencia de técnica de cepillado



**Imagen No.6** Material de apoyo, técnica de cepillado semanal

Cuando el paciente es poco cooperador podemos instruir a los padres para facilitar la técnica de cepillado, a través de la elaboración de un abrebocas hecho en casa con abatelenguas





**Imagen No. 7.** Abrebocas casero realizado con abatelenguas, cinta adhesiva y gasas.

Si no abre su boca con facilidad para evitar que muerda manos o cepillo. Se construye con una torre de unos 8 a 10 abatelenguas, alineados unos con otros y asegurados con cinta adhesiva, cuando el niño abra su boca, se meten los abatelenguas de forma que su parte larga quede entre sus muelas, entonces, limpia el otro lado de su boca; repite el proceso del lado contrario. Se realiza por lo menos 2 veces al día, de preferencia en la mañana y en la noche.<sup>25</sup>

## **MANEJO EN CONSULTORIO DENTAL**

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) reconoce que, hoy en día, el manejo del comportamiento en personas con necesidades especiales está cambiando. Estos pacientes pueden presentar un mayor riesgo de patología oral debido a su capacidad disminuida de entender o participar en su higiene diaria y cooperar con los programas preventivos. De esta manera, los niños autistas deberían acudir cuanto antes a la consulta odontopediátrica para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear una rutina en la higiene oral. Asimismo, debemos enfatizar la figura del educador como impulsor del mantenimiento de la correcta salud bucodental. Es fundamental recordar que con el niño autista no hay lugar para la improvisación

Confeccionaremos el material relativo a la desensibilización consistente en imágenes, vídeos o una combinación de ambas, realizado todo ello en base a una visita a la consulta dental, con exploración oral en situación real. Recordemos que el material de apoyo como los pictogramas pueden ser utilizados en casa, como en el consultorio dental, cada una de estas técnicas y orientación dadas por el odontólogo deben ser reforzadas en casa por los padres.<sup>26</sup>

## **PROTOCOLO ODONTOLÓGICO EN EL PACIENTE AUTISTA**

Tenemos entendido que el protocolo se refiere a aquel conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante cualquier paciente con un determinado cuadro clínico. O sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud, para poder reestablecer la salud<sup>27</sup>, mejorar calidad de vida en todas las esferas del paciente en la mayor medida posible; tomando en cuenta nuestras alcances o limitaciones de conocimiento e incluso emocionales, así como infraestructura y equipo médico odontológico.

Cabe recalcar que este protocolo puede ser modificado con el fin de mejorar la atención de nuestros pacientes, ya que cada uno de ellos debe ser tratado de manera personalizada e integral de acuerdo a sus necesidades.

Es indispensable que antes y durante las consultas del paciente con autismo y padres/tutores, exista una buena disposición por parte del odontólogo en términos de calidez y amabilidad, disposición a escuchar sugerencias, brindar respeto, cordialidad, interés por el paciente y tomar en cuenta la alta probabilidad de que el mismo ya haya pasado por diversos consultorios e incluso instituciones en donde la atención se fue negada o en su defecto no se contaba con los conocimientos y habilidades para poder brindarla.

Comenzaremos a hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento dental para disminuir la ansiedad de ambos y evaluar la capacidad del paciente, generando así confianza y empatía.

Es importante recopilar toda la información posible para estar informados sobre las necesidades del paciente y así tratar de adaptar nuestra práctica.

Realizar una buena anamnesis con los padres sobre las experiencias previas del niño y pedirles recomendaciones sobre cómo trabajar mejor con su hijo. La anamnesis debe incluir antecedentes familiares y personales, así como situación socioeconómica y saber cuál es el objetivo deseado en las consultas tanto de los padres como del odontólogo, para esto nos podemos apoyar de formularios, los cuales recaben información necesaria y brindar la atención adecuada.

### **Formularios:**

¿Presenta el niño algún tipo de fobia?

¿Se puede comunicar?

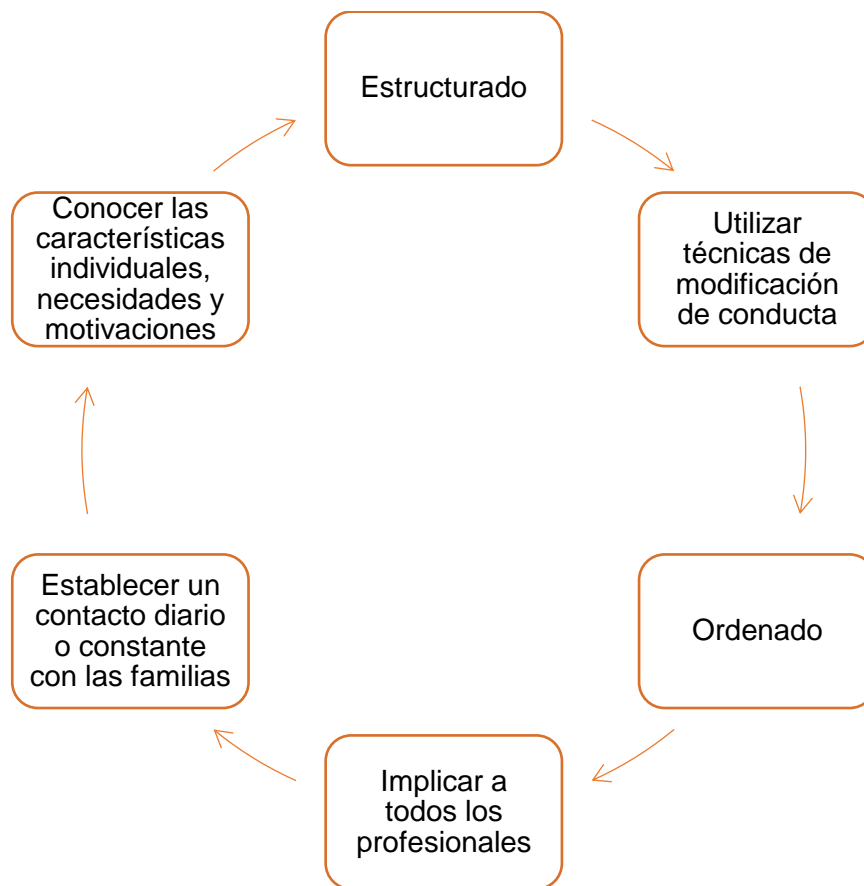
¿Utilizan algún tipo de refuerzo positivo?

Hay que tener en cuenta que, para intervenir en este trastorno, es fundamental conocer las características psicológicas de los niños/as con autismo, ver sus intereses, sus necesidades y, sobre todo, abogar por una intervención de diversas

áreas que tenga como punto central la comunicación para potenciar el desarrollo global de la persona y lograr así que los padres tengan la seguridad y disposición para iniciar el tratamiento

La comodidad, en la disposición de la infraestructura física para la atención de los pacientes es el siguiente punto, es decir, la facilidad de acceso, calidad de las instalaciones, iluminación, control de ruidos, colorimetría y herramientas visuales.

Es necesario crear en el consultorio un ambiente:



,\*

Los chicos con autismo son especialmente susceptibles a cambios de humor debido a la iluminación. Las luces con colores tranquilos, como el azul, pueden ayudar a tranquilizar al niño y estimular su creatividad. Las luces intermitentes con fuertes colores, por otro lado, pueden confundir e inclusive dañarlos. Por esta razón, es importante que la iluminación sea controlada y monitoreada.<sup>28</sup>

Los objetivos de la estructuración espacial en el consultorio dental son:

- ❖ Diseño del entorno físico para darles información por adelantado: ofrecerles sentido a la actividad que se va a realizar.
- ❖ Uso de la información visual para organizar el entorno, las rutinas y las actividades,<sup>29</sup> para ello nos podemos apoyar del uso de los pictogramas.

## Pictogramas

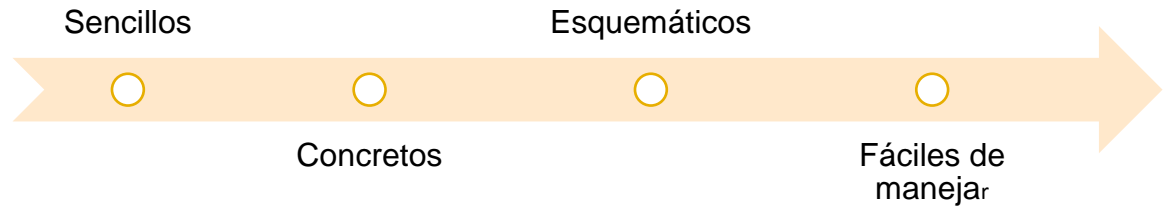
Es un signo que representa esquemáticamente un símbolo, objeto real o figura. Es el nombre con el que se denomina a los signos de los sistemas alfabéticos basados en dibujos significativos. Un pictograma debería ser enteramente comprensible con sólo tres miradas. En el diseño de un pictograma deberían suprimirse todos los detalles superfluos. En la actualidad es entendido como un signo claro y esquemático que sintetiza un mensaje sobrepasando la barrera del lenguaje; con el objetivo de informar y/o señalar.<sup>30</sup>



❖ **Figura No.1** Pictogramas dentales

*Uso de pictogramas: desglosar la visita mediante apoyos visuales.*

❖ Deben ser:



❖

Siempre se deben acompañar de un lenguaje claro y simple.

Hay distintos tipos de apoyos visuales (objetos reales en miniatura, fotografías, pictogramas y lenguaje escrito) y la elección del más adecuado va a depender de la edad y nivel de abstracción de cada niño. Las características especiales de los dibujos, 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.

De ser la primera visita, podría ser conveniente llevar al paciente a conocer al equipo antes, mostrándole lo que se utilizará y cómo funciona. Dar un breve paseo por la consulta, mostrárselo, para que el paciente se familiarice con el mobiliario, los sanitarios y el instrumental.

Los niños con autismo necesitan uniformidad y continuidad en su entorno. Intentaremos mantener un ambiente agradable (relajado y cómodo)

### **Artículos de confort**

Permitirles llevar artículos de confort ayudará a ocuparlos y/o distraerlos. Para los niños que son sensibles a la iluminación, el uso de gafas de sol podría aliviar el resplandor de las lámparas del dentista. Para los muchachos sensibles a los sonidos, el uso de audífonos (bien sea para eliminar los ruidos o para escuchar música) podría mitigar sus temores y brindar confort. Una vez que el paciente esté

sentado empezaremos con una revisión breve utilizando solo los dedos. Tratando de no distraerlo con la lámpara, en seguida utilizaremos un espejo para explorar.

Invitar al padre o al cuidador a sostenerle la mano al niño. La compañía de los educadores favorece la cooperación del paciente en la consulta <sup>31</sup>

Familiarizar al niño autista con la figura del odontólogo y su equipo puede ayudar a conseguir los objetivos de salud oral., para esto podemos apoyarnos de material audiovisual, como vídeos en plataformas digitales, como YouTube, tanto en el consultorio o como material de apoyo para padres y paciente en casa.

Se puede buscar apoyo en herramientas tecnológicas, es decir, a través de la reproducción de videos alusivos al equipo dental, ruidos como la pieza de mano de alta velocidad. O “videos de dentista para niños”



**Figura No.2** Vídeos de Dentista, Youtube

Vídeos para niños: Un dentista para el señor dientes <sup>32</sup>

Son niños que en ocasiones no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones, suelen ser muy sensibles a factores sensoriales (sonidos fuertes, movimientos

repentinos, diversas texturas). Esto puede ocasionar aleteos de los brazos, balanceos y otras alteraciones conductuales. Tendremos que estar atentos para que eso no interfiera en nuestro trabajo y que puedan hacerse daño. Se puede solicitar al padre una lista con la música de su preferencia.

## **Musicoterapia**

Se refiere a todas aquellas prácticas que utilicen los elementos musicales como medio para facilitar las relaciones entre las personas. Pensemos por un momento que, a la hora de memorizar una armonía, tararear una melodía, aprenderse una letra o un ritmo la mayoría de los individuos lo logran inconscientemente.

La música permanece en el inconsciente de las personas, gracias a los mismos elementos constitutivos. Así esa melodía no sea de tu agrado cuando la vuelvas a escuchar vas a lograr reconocerla y hasta en ciertos casos repetir.

Con ese mismo fin, los terapeutas utilizan la música como terapia complementaria de estímulos externos en los niños autistas, la cual busca conseguir respuestas positivas a través del tratamiento recreativo

### *La música en el autismo*

Los niños con autismo realizan patrones de repetición erráticos sobre todo cuando se sienten alterados. Asimismo, la comunicación puede ser poco suelta, es decir, el infante solo expresa lo justo y necesario a otros individuos.

A través de la musicoterapia se trata de mejorar esas conductas y de relajar al infante en diferentes espacios. Eso sí, ten en cuenta siempre que esto es un tipo de terapia alternativa no una solución definitiva al trastorno, por lo que como todo habrá momentos en donde sea más efectiva que otros.

La sensibilidad musical en los infantes con autismo se encuentra mucho más desarrollada que en adultos, adolescentes y otros niños. Razón por la que, el terapeuta busca cautivar al niño con algún elemento musical, los cuales pueden ser



instrumentos como los que ofrece Sones de Pasión o hasta un juego creativo relacionado con la percepción musical.

#### 1. Coordinación motora

El baile es el mejor ejemplo de una actividad recreativa en la musicoterapia aplicada en los infantes con autismo. En ella, coordinan los movimientos de la melodía siguiendo unos pasos y si la letra les dice un patrón a seguir, lo más probable es que lo sigan y bailen al son de la canción.

Esto ayuda a mejorar la capacidad motora al estimular la motricidad gruesa y fina en el pequeño. A medida que esa coordinación se optimice el pequeño se sentirá más cómodo en otros juegos y espacios como saltando en camas elásticas y hasta corriendo en un parque.

#### 2. Disminuye el nivel de ansiedad

Al recibir un estímulo externo de su agrado, el nivel de ansiedad y de conductas erráticas disminuye en un porcentaje favorable. Cuando concentra su percepción en los elementos musicales la repetición errática se centra en esa actividad, dejando de lado las conductas agresivas.

#### 3. Estimula las respuestas verbales y no verbales

La música es una forma de expresión verbal y no verbal, la cual puede manifestarse a través de la vocalización de canciones, melodías o al tocar un instrumento. Una opción es comprarle ese tipo de utensilios para utilizar, otra puede ser creando esos sonidos mediante objetos.

#### 4. Mejora la percepción

Como sabemos la percepción se ve estimulada por medio de la musicoterapia, al integrarla con toda clase de juegos el niño autista mejora su relación con su entorno, logrando relacionarse en otros medios.

Esto lo estimulará a realizar otras actividades y tal vez probar cosas nuevas con las que se sienta bien y seguro.

## 5. Reduce las crisis

Los cambios de conducta mejoran, reduciendo las crisis de agresividad, de movimientos erráticos y de rabietas pueriles, puesto que con la música consigue una terapia en la cual focalizar su atención.

La musicoterapia es un tipo de tratamiento alternativo con la que se mejora los patrones de conducta y comunicación.

Esta terapia no es una solución definitiva, pero puede ayudar al infante.

### **La música en el autismo**

Los niños con autismo realizan patrones de repetición erráticos sobre todo cuando se sienten alterados. Asimismo, la comunicación puede ser poco suelta, es decir, el infante solo expresa lo justo y necesario a otros individuos.

A través de la musicoterapia se trata de mejorar esas conductas y de relajar al infante en diferentes espacios. Eso sí, ten en cuenta siempre que esto es un tipo de terapia alternativa no una solución definitiva al trastorno, por lo que como todo habrá momentos en donde sea más efectiva que otros.

La sensibilidad musical en los infantes con autismo se encuentra mucho más desarrollada que en adultos, adolescentes y otros niños. Razón por la que, el terapeuta busca cautivar al niño con algún elemento musical, los cuales pueden ser instrumentos como los que ofrece Sones de Pasión o hasta un juego creativo relacionado con la percepción musical.

## 1. Coordinación motora

El baile es el mejor ejemplo de una actividad recreativa en la musicoterapia aplicada en los infantes con autismo. En ella, coordinan los movimientos de la melodía

siguiendo unos pasos y si la letra les dice un patrón a seguir, lo más probable es que lo sigan y bailen al son de la canción.

Esto ayuda a mejorar la capacidad motora al estimular la motricidad gruesa y fina en el pequeño. A medida que esa coordinación se optimice el pequeño se sentirá más cómodo en otros juegos y espacios como saltando en camas elásticas y hasta corriendo en un parque.

## 2. Disminuye el nivel de ansiedad

Al recibir un estímulo externo de su agrado, el nivel de ansiedad y de conductas erráticas disminuye en un porcentaje favorable.

Cuando concentra su percepción en los elementos musicales la repetición errática se centra en esa actividad, dejando de lado las conductas agresivas.

## 3. Estimula las respuestas verbales y no verbales

La música es una forma de expresión verbal y no verbal, la cual puede manifestarse a través de la vocalización de canciones, melodías o al tocar un instrumento. Una opción es comprarle ese tipo de utensilios para utilizar, otra puede ser creando esos sonidos mediante objetos.

## 4. Mejora la percepción

Como ya sabes la percepción se ve estimulada por medio de la musicoterapia, al integrarla con toda clase de juegos el niño autista mejora su relación con su entorno, logrando relacionarse en otros medios.

Esto lo estimulará a realizar otras actividades y tal vez probar cosas nuevas con las que se sienta bien y seguro.

## 5. Reduce las crisis

Los cambios de conducta mejoran, reduciendo las crisis de agresividad, de movimientos erráticos y de rabietas pueriles, puesto que con la música consigue una terapia en la cual focalizar su atención.

La musicoterapia es un tipo de tratamiento alternativo con la que se mejora los patrones de conducta y comunicación.

Al combinar la música con los juegos beneficia al niño con autismo porque se relaciona con otros espacios.

Esta terapia no es una solución definitiva, pero puede ayudar al infante.<sup>33</sup>

Una vez obtenida toda la información sobre los antecedentes médicos generales y odontológicos del niño y por supuesto atender todas las dudas de los padres o cuidadores, pondremos en marcha el protocolo de desensibilización sistemática para el acceso del niño a la consulta dental.

Llegados a este punto, son los educadores los que juegan un papel fundamental ya que serán ellos los que presenten a los niños toda la información referente a nuestra consulta. Entregaremos libros de fotos y vídeos con todo tipo de detalles, desde la entrada a la clínica, la sala de espera, el gabinete, los aseos, presentaremos en ellos a todo nuestro equipo y personal de trabajo. Con ello conseguiremos que el niño pueda reconocer a todo el personal que lo asistirá en un futuro.<sup>34</sup>

### **Desensibilización sistemática**

De esto se deriva la necesidad de recurrir a un protocolo de desensibilización sistemática que comenzará previamente a que el niño acuda a la consulta. Para ello, el dentista se reunirá con los padres, educadores y psicólogos si fuera necesario, sin la presencia del niño, para recoger en la historia clínica, toda la información relevante acerca de las características individuales del paciente con autismo. Se deberá prestar atención al estado de salud general, medicación, experiencias previas en consultas dentales, hábitos de cepillado.

La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación ante determinados estímulos. Se trata de una de las técnicas pioneras en modificación de conducta, propuesta por Wolpe en los años cincuenta (Labrador, 2008). El supuesto de este procedimiento es que existen determinados estímulos que generan, de forma automática, respuestas de ansiedad en la persona, y pretende que esos mismos estímulos provoquen, también de manera automática, respuestas incompatibles con la ansiedad. De esta forma se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación

El tratamiento consta de tres componentes distintos: a) entrenamiento en la relajación progresiva de la musculatura; b) construcción de una jerarquía de miedos; y c) la desensibilización propiamente dicha que consistirá en repetidas presentaciones imaginarias del estímulo de miedo de forma gradual mientras el paciente se encuentra en una relajación muscular progresiva.

Una vez entrenado el paciente en relajación, elaborado la jerarquía de ansiedad y evaluado la capacidad imaginativa del paciente, se comienza con las sesiones de desensibilización (Ángeles et al., 2012). Se comienza por acordar una señal que el paciente realizará para indicar que está relajado o por lo contrario si se siente con ansiedad. La sesión de desensibilización comienza con el paciente sentado en un lugar cómodo y desarrollando la respuesta de relajación para la cual ya fue previamente entrenado, una vez indicada su señal se presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con el mayor realismo posible. Si ante la presentación del ítem el paciente indicase ansiedad considerando el límite de USAs que indican ansiedad, se le da la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación. En caso de que no se produzca ansiedad el ítem se mantiene en la imaginación durante unos 15 o 20 segundos, después de este tiempo se le pide al paciente centrarse nuevamente en la relajación (40 o 50 segundos) y se y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem una tercera vez. Si no hay ninguna

señal de la presencia de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación (1ª:15-20 s / 2ª: 25-30 s / 3ª: 35-50 s). Si hay problemas de ansiedad el tiempo de presentación no se alargará hasta que la exposición no se haya dado libre de ansiedad (Ángeles et al., 2012). Es importante mantener siempre un tiempo de atención en la relajación no inferior a 40 segundos entre las exposiciones, pudiendo alargarse si aparecen señales de ansiedad. La presentación consecutiva de un ítem tres veces sin que se produzca ansiedad, o que la que se produzca no supere los 25 USAs es el criterio de desensibilización de él, en este momento es posible ya pasar al siguiente en la jerarquía. En general, en una sesión de desensibilización suele dar tiempo a desensibilizar 3 o 4 ítems. Si durante la exposición de un ítem se producen respuestas de ansiedad persistentes (se ha presentado ya cuatro veces y no hay reducción de la ansiedad), se retrocede al ítem desensibilizado anterior y terminar la DS para identificar el problema que pudiera ser ansiedad excesiva, dificultad en la imaginación o en la relajación.<sup>35</sup>

Si el paciente sea poco cooperador y para su protección la camita o red.

Tendremos en cuenta las siguientes consideraciones:

Evitar movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente.

Ocultarle cualquier instrumental que pueda aumentar su ansiedad

Es conveniente usar un sillón dental que no tenga los instrumentos rotatorios sobre el paciente, sino en el lado del ayudante

Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles.

Tendremos que procurar que la primera cita sea breve y positiva, al igual que la última.

Es mejor dejar los procedimientos complicados para sesiones intermedias

Intentaremos citar a estos pacientes a primeras horas del día, cuando tanto nosotros como el paciente no estemos fatigados ni física ni mentalmente

Reservaremos el tiempo suficiente para trabajar lo más tranquilo posible.

Daremos sólo una instrucción a la vez.

Escuchar cuidadosamente al paciente y hablarle lentamente, con términos sencillos

Uso de pictogramas

Si bien hacemos mención anteriormente del uso de la cama/red, para la protección del paciente: podemos como primera opción poner en práctica las diversas estrategias de modificación de conducta.

## **ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA**

Es fundamental comprender la conducta del paciente y la de los padres que le acompañan, el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean y se basa en el control de sus emociones.

*Decir-Mostrar-Hacer.* explicar al paciente qué procedimientos se le van a realizar y así disminuir su ansiedad. Estos pacientes funcionan mejor cuando saben lo que va a suceder. Procuraremos explicar lo que va haciendo en una forma sencilla y que tenga sentido para ellos.

*Control de voz:* se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace, para establecer comunicación y autoridad con el paciente. Puede aplicarse tanto un aumento como una disminución del tono. Abordaremos al niño autista de forma calmada y amistosa, cuidando su espacio personal.

Expresarse con frases directas y cortas. Los muchachos autistas toman todo de forma literal, así que tendremos cuidado con lo que decimos

Evitar palabras o frases con doble significado.

Es muy importante la comunicación no verbal.

*Refuerzo positivo:* es importante hacerlo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente la buena conducta. Premiar al final del tratamiento.

Refuerzo negativo: pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo.

*Distracción contingente:* consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias para así disminuir su ansiedad.

*Modelado:* permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea (el niño aprende observando cómo otro recibe el tratamiento)

*Inmovilización:* la inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción, no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas.

*Un principio y un final.* Es importante que comprendan que esta actividad tiene una duración delimitada. Utilizando un cronómetro visual (reloj de arena) o auditivo (la alarma de un reloj). Podrán comprenderlo y monitorear el tiempo que tarde la visita.

Para brindar una atención de calidad es indispensable tener el conocimiento del uso de fármacos prescritos para este tipo de pacientes, ya que algunos de estos pueden tener efectos secundarios en boca o pueden funcionar como apoyo en el manejo de la conducta durante la atención dental.

## **TERAPIA FARMACOLÓGICA**

Se debe tener presente que la terapia farmacológica está encaminada al control de los síntomas, más no para curar la enfermedad. Los más utilizados son antidepresivos, antipsicóticos atípicos, estimulantes, agonistas alfa adrenérgicos y



los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se consideran los más útiles para tratar la ansiedad y las conductas repetitivas.<sup>35</sup>

**Tabla 2.** La tabla muestra los fármacos más empleados en el manejo del autismo, así como sus efectos adversos

Fármaco	Uso	Indicaciones	Efectos adversos e interacciones
<b>Carbamacepina</b>	Anticonvulsivante	Control de humor Antiagresión Anticonvulsivante	Interacción con eritromicina, claritromicina y poproxifeno, que incrementan el efecto de la carbamacepina
<b>Litio</b>	Antimaniáco	Antiagresión	AINES y metronidazol disminuyen su aclaramiento renal
<b>Fluoxetina</b>	Antidepresivo	Reducir convulsiones, ansiedad, miedo. Tratar la depresión. Prevenir las autolesiones	Incremento en el tiempo de sangrado. Inhibe metabolismo de codeína, benzodiazepinas. La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo.
<b>Metilfenidato</b>	Estimulante del SNC	Calmar hipertactividad. Ganar atención	Cuidado con VC (aspirar antes de inyectar)
<b>Naltrexona</b>	Antagonista opiáceo	Reduce aislamiento social. Previene autolesión.	Alteraciones en la función hepática. Invierte efectividad de analgésicos.
<b>Olanzapina</b>	Antipsicótico	Disminuir alucinaciones	Hipotensión ortostática. Problemas motores.
<b>Risperidona</b>	Antipsicótico	Antiagresiones. Disminuir alucinaciones. Disminuir irritabilidad.	Trombocitopenia. Hipotensión ortostática. Problemas motores
<b>Sertralina</b>	Antidepresivo	Reducir convulsiones, ansiedad, miedo. Tratar la depresión. Prevenir las autolesiones.	Incremento en el tiempo de sangrado. Inhibe metabolismo de codeína, benzodiazepinas. La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo
<b>Ác. Valproico</b>	Anticonvulsivante	Controla los ataques de autoagresión. Anticonvulsivante.	La eritromicina y la aspirina pueden reducir su metabolismo. Con AINES y aspirina aumenta el riesgo de sangrado.

Sabemos que la atención del paciente pediátrico con autismo es compleja, además de empatía con el mismo y con los padres se requiere de los conocimientos, habilidades y sobre todo disposición por parte del Odontólogo en conjunto con los padres de familia o tutores.

En ocasiones la atención dental a través del manejo de la conducta, no va a poder llevarse a cabo debido al grado de autismo, características propias del paciente (peso, talla) así como el grado de afectación en boca, sin embargo, se deben agotar todas las posibilidades, nunca poniendo en riesgo la integridad física y emocional del pequeño y saber que el hecho de llevar a cabo el acompañamiento y responsabilidad ya resulta agobiante para los padres.

Tomando en cuenta lo anterior existen opciones como la sedación oral o premedicación, antes de ser considerado el tratamiento dental con estas opciones se debe re evaluar la historia clínica, situación socioeconómica de los padres, tener una excelente comunicación con las diversas áreas que participan en el tratamiento de nuestro paciente, así como haber instruido a los padres en el mantenimiento de la salud oral y buenos hábitos de higiene dental, y con ello tener resultados favorables y una mejor calidad de vida.

## **SEDACIÓN ORAL O PREMEDICACIÓN**

- ❖ Ventaja: facilidad de administración, seguridad ante reacciones adversas y coste reducido.
- ❖ Inconvenientes: Absorción errática o incompleta, necesidad de colaboración, imposibilidad de ajuste escalonado (no se puede modelar la profundidad de sedación)

*Diazepam* es un derivado benzodiazepínico que presenta actividad tranquilizante, sedante, miorelajante, anticonvulsivante y antipsicótica.

*Variargil* gotas es una solución para administración por vía oral. Cada gota equivale a 1,25 mg. de alimemazina base (antihistamínico que se utiliza para el alivio sintomático de manifestaciones alérgicas).

*Valium Comprimidos*: contiene como sustancia activa diazepam (benzodiazepina). Los médicos recetan Valium a las personas que presentan síntomas de ansiedad, agitación y tensión psíquica producidos por estados psiconeuróticos y trastornos situacionales transitorios

### **Sedación consciente por vía inhalatoria disponemos del óxido nitroso.**

Las desventajas de este gas son la falta de acción como relajante muscular y la posibilidad de producir hipoxia durante o posteriormente a la finalización del tratamiento.

Evitar en primer trimestre de embarazo, con catarro común, en EPOC y en pacientes muy agitados. Tampoco es aconsejable en pacientes menores de cinco años. En este caso es preferible la anestesia general.

### **Anestesia general**

La severidad de las patologías orales y la dificultad para la colaboración que en ocasiones presentan algunos pacientes, impiden el tratamiento a nivel ambulatorio en las consultas.

Los pacientes son tratados con anestesia general en una sola sesión, logrando una rehabilitación oral completa. Esta técnica se considera en último recurso, cuando los intentos de sedación u otros métodos no han sido exitosos o se consideran inapropiados y de alto riesgo para el paciente. La anestesia general está indicada en lactantes y niños pequeños, también se emplea en aquellos adultos que prefieren esta técnica a pesar de haberles explicado la posibilidad de usar la anestesia local,

cuando la técnica quirúrgica es extensa, cuando hay historia de reacciones alérgicas o tóxicas a los anestésicos locales o cuando el paciente recibe anticoagulantes. Las contraindicaciones de la anestesia general son las mismas que para cualquier otro procedimiento quirúrgico bajo anestesia general.<sup>36</sup>

Es indispensable tomar en cuenta la situación socioeconómica de los padres o tutores, para esto el odontólogo debe contar con una lista de instituciones ya sea del sector privado o público para referir al paciente

## CONCLUSIONES

El trastorno del espectro autista (TEA) o, simplemente, autismo, descrito por primera vez en 1943 por el psiquiatra austriaco Leo Kanner es una enfermedad neurobiológica caracterizada por las dificultades comunicativas y la reincidencia en determinados patrones de conducta poco funcionales. Este trastorno, por sí mismo, no está relacionado con problemas de salud bucodental específicos; sin embargo, el abordaje del autismo en la consulta odontológica debe ser interdisciplinario, involucrando al paciente y sus familiares o tutores, siendo un pilar fundamental para la motivación y disciplina dirigidas al restablecimiento o mantenimiento de la salud bucodental

Las personas con Trastorno del Espectro Autista y sus familias necesitan de un sistema de salud comprensivo y flexible que se adapte a sus necesidades, el reto aumenta cuando acuden a solicitar algún servicio de salud, los pacientes con extrema dificultad para tolerar las esperas y la sobreestimulación sensorial, pacientes que además requieren de un trato especial y paciencia, ya que en el caso particular de la atención dental, el servicio fue negado, por diversas circunstancias ( falta de conocimiento, barreras en la infraestructura del consultorio e incluso poca paciencia o empatía hacia los familiares y paciente. La adaptación, estructuración del entorno, la prevención de las posibles dificultades que pueden surgir en la atención de una persona con TEA, requieren una colaboración estrecha entre el personal de salud en sus diversas ramas y familiares.

El paciente con TEA se encuentra en un entorno que desconoce, no es capaz de seguir las instrucciones del personal de salud debido a que no las comprende, pudiendo manifestar rechazo, nerviosismo, agresividad, miedo y así generar un acumulo de experiencias negativas.

Las familias a través del conocimiento estrecho que tienen de la persona con TEA y de la interpretación que hacen de su conducta pueden referir al Odontólogo que el estado de salud de dicha persona no es el habitual o el adecuado, siendo relevante el papel de la familia en la atención bucodental.

El Odontólogo además de contar con los conocimientos, infraestructura y capacitación para la atención de estos pacientes, debe ser lo suficientemente empático, dirigirse con respeto al paciente y padres. Debe estar preparado e idealmente contar con un protocolo de atención, el cual debe incluir historia clínica adecuada, conocer a fondo el entorno familiar, situación económica y necesidades de cada paciente es parte clave para brindar una atención integral, pero también estar conscientes de nuestras capacidades y limitantes, cuidando siempre la integridad física y emocional del paciente, siendo en caso necesario la referencia del mismo a otro Cirujano Dentista o institución de salud.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Discapacidades. Consultado 12 mayo 2021. [Internet] Disponible en : <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. OMS.OPS. . [Internet] 2001 Consultado mayo 2021. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=B4EEF812326DC98A0F54C676858196F7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=B4EEF812326DC98A0F54C676858196F7?sequence=1)
3. Tipos y grados de discapacidad. Julio 2011. Consultado mayo 2021. [Internet]. Disponible en: <https://bondadconladiscapacidad.wordpress.com/2011/11/21/discapacidad/>
- 4 Hervás Zúñiga\*, N. Balmañ. Los trastornos del espectro autista. Sociedad Española de PEDIATRÍA Extrahospitalaria y Atención Primaria [Internet] 2021 Consultado mayo 2021. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>
- 5.OMS. Autismo.Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/search/r?keys=autismo>
- 6 Francisco J. Rogel-Ortiz. Autismo.22 julio2004 autismo Consultado mayo 2021. [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf>
7. Palomo SR. La nueva clasificación de los TEA Consultado mayo 2021 . 2021 [Internet]. Disponible en: <https://apacu.info/wp-content/uploads/2014/10/Nueva-clasificaci%C3%B3n-DSMV.pdf>
8. La revisión del DSM-5 modifica el epígrafe de autismo. DSMV-TR. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://mundoasperger.com/la-revision-del-dsm-5-modifica-el-epigrafe-de-autismo-dsmv-tr/>
- 9.Álvarez AE. Trastornos del espectro autista. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp076g.pdf>
10. Gobierno del Estado de México. Día mundial del autismo. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://edomex.gob.mx/autismo>
- 11.Características del trastorno del espectro autista. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://autismodiario.com/2017/12/29/clasificacion-diagnostica-del-autismo-la-cie-11/>

12. Rincón A, Fox M. REDALYC. Ciencia Odontológica. Universidad de Zulia. Características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con trastornos del espectro autista. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205244045002>
13. Autismo. Detección y diagnóstico. Confederación Española Autismo. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/deteccion>
14. Trastorno del espectro autista CDC. Evaluación y diagnóstico. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en [https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/screening.html#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20de%20los%20trastornos%20del%20espectro%20autista%20\(TEA\)%20pueden,y%20el%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o](https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/screening.html#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20de%20los%20trastornos%20del%20espectro%20autista%20(TEA)%20pueden,y%20el%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o)
15. Autismo. American Academy of Pediatrics. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/Autism/Paginas/if-autism-is-suspected-whats-next.aspx>
16. González FG. Trastornos generalizados del desarrollo en otorrinolaringología pediátrica. FASO. 2015. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://faso.org.ar/revistas/2015/1/9.pdf>
17. Confederación Autismo España. Diagnóstico autismo. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: [www.autismo.org.es](http://www.autismo.org.es)
18. Hernández JM. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: [https://www.catedraautismeudg.com/data/articles\\_cientifics/10/c94a8eca621448d69092585183409ba7-guidetecciotea.pdf](https://www.catedraautismeudg.com/data/articles_cientifics/10/c94a8eca621448d69092585183409ba7-guidetecciotea.pdf)
19. Martín PM. El diagnóstico diferencial del síndrome de Asperger. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://espectroautista.info/diferencial.html#idm139888815701856>
20. Confederación Española Autismo. Detección y diagnóstico. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/deteccion>



21. Llorente AO. Gaceta dental. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: [http://www.gacetadental.com/wpcontent/uploads/2014/09/261\\_PRACTICACLINICA\\_ManejoPacientesTEA.pdf?download=cd35d7d1dfe951961ebcc1c6093146d4](http://www.gacetadental.com/wpcontent/uploads/2014/09/261_PRACTICACLINICA_ManejoPacientesTEA.pdf?download=cd35d7d1dfe951961ebcc1c6093146d4)
22. IMSS. Guía de práctica clínica GPC manejo y diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/528GER.pdf>
23. Marulanda J, Aramburo E. Y col. Revista CES Odontología. 2013. Odontología para pacientes autistas. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2809/2024>
24. RED CENIT. Estrategia visual para la higiene bucal en niños con autismo. 2019 Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.redcenit.com/estrategia-visual-para-la-higiene-bucal-en-ninos-con-autismo/>
25. Marulanda J, Aramburo E. Y col. Revista CES Odontología. 2013. Odontología para pacientes autistas. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2809/2024>
26. Llorente AO. Gaceta dental. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: [http://www.gacetadental.com/wpcontent/uploads/2014/09/261\\_PRACTICACLINICA\\_ManejoPacientesTEA.pdf?download=cd35d7d1dfe951961ebcc1c6093146d4](http://www.gacetadental.com/wpcontent/uploads/2014/09/261_PRACTICACLINICA_ManejoPacientesTEA.pdf?download=cd35d7d1dfe951961ebcc1c6093146d4)
27. Protocolo médico. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.unitecoprofesional.es/blog/que-son-los-protocolos-medicos/#:~:text=Los%20protocolos%20m%C3%A9dicos%20son%20un,o%20un%20problema%20de%20salud.>
28. Cómo Puede La Luz Ayudar A Niños Autistas. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://sensing.konicaminolta.us/mx/blog/como-puede-la-luz-ayudar-a-ninos-autistas/#:~:text=Los%20chicos%20con%20autismo%20son,pueden%20confundir%20e%20inclusive%20da%C3%B1arlos.>

29. Velasco GCC. Estructuración espacio-temporal en un aula de autismo. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/TECNOLOGIA%20EDUCATIVA/TEACCH/Estructuracion%20espacio-temporal%20en%20un%20aula%20de%20autismo%20-%20Velasco%20-%20art.pdf>
30. Pictograma. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.tecnoaccesible.net/diversidad-funcional/pictograma#:~:text=Un%20pictograma%20es%20un%20signo,comprensible%20con%20s%C3%B3lo%20tres%20miradas.>
- 31 Gómez LB. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient Dent 2009;6;3:207-215..
- 32 Vídeo para niños. Un dentista para el Señor Dientes. La Escuela Divertida. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Cm6lgVnto3g&t=6s>
33. Autismo. Guía de referencia rápida. IMSS. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/528GER.pdf>
34. Gómez LB. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient Dent 2009;6;3:207-215..
35. Autismo. American Academy of Pediatrics. Consultado mayo 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/Autism/Paginas/if-autism-is-suspected-whats-next.aspx>