



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TERAPIA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS
RELACIONES COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA
COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN DENTAL EN LOS NIÑOS
CON AUTISMO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

IVONNE PATRICIA JIMÉNEZ BASTIDA

Vo. Bo.

TUTORA: Mtra. ELIZABETH QUINTINO CINTORA

Responsable de área del Seminario de Odontopediatría

Esp. Alicia Montes de Oca Basilio

6 dic 24

MÉXICO, Cd. Mx.

2024



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.

A mis papás Cristina y Jacobo, les quiero agradecer por siempre ver por mi bien y dar lo mejor de ustedes para que todas las metas que me proponga las cumpla. Ustedes son las personas que están ahí para mi brindándome su apoyo y su amor incondicional en cada etapa de mi vida. Los quiero mucho.

A mi hermana Brenda, gracias por ser mi soporte, por creer en mí, por ser mi inspiración cuando estoy desanimada, eres siempre mi ejemplo a seguir, gracias por tanto, soy afortunada de tenerte conmigo. Te admiro y te quiero mucho.

A mis abuelos Guadalupe y Alfonso, gracias por sus consejos, por sus platicas y por el apoyo que me han dado. Saben que los quiero mucho.

A Dios, le quiero agradecer por todo lo que es y representa en mi vida. Gracias por guiar mis pasos y llenarme de bendiciones.

A la Maestra Elizabeth Quintino Cintora, quiero agradecerle por su paciencia y apoyo en el desarrollo de este documento. Gracias por su dedicación y enseñanza.

A mi querida Facultad de Odontología y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de llegar a esta etapa y hacer realidad este logro académico.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
1. ANTECEDENTES	7
1.1. DEFINICIÓN	7
1.2. ANTECEDENTES	7
1.3. ETIOLOGÍA	9
1.4. FISIOPATOLOGÍA	9
1.5. EPIDEMIOLOGÍA	10
1.6. CLASIFICACIÓN	11
1.7. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	12
1.8. TRATAMIENTO MÉDICO	15
2. TERAPIA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES (RDI)	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.2. TERAPIA RDI	17
2.3. OBJETIVOS DE LA TERAPIA RDI	17
2.4. APLICACIÓN DE RDI EN EL ENTORNO FAMILIAR	18
2.5. LA COMUNICACIÓN COMO ENFOQUE EN EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES SOCIALES	19
3. IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RDI EN LA CONSULTA DENTAL	21
3.1. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA TRADICIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTISTA	21
3.2. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTAS ENFOCADAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTISTA	23
3.3. ACTIVIDADES EN LA CONSULTA DENTAL QUE	26

AYUDAN A DISMINUIR EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD	
4. ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA RDI EN LA CONSULTA DENTAL	27
4.1. PREPARACIÓN DEL PACIENTE	27
4.2. PREPARACIÓN DEL CONSULTORIO DENTAL	28
4.3. CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN DENTAL	29
4.4. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DURANTE LA CONSULTA DENTAL	30
CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es una condición neurológica del desarrollo infantil que se caracteriza por las dificultades en las relaciones sociales, deficiencias en la comunicación y comportamientos estereotipados, según la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Para brindar una correcta atención a los pacientes con TEA en el consultorio, el odontólogo debe tener una capacitación competente y saber poner en práctica las técnicas de manejo conductual que le permitan crear una conexión exitosa con el paciente. Además, es importante que el entorno sea tranquilo, lo cual ayuda tanto en la relación como en la experiencia más efectiva para el paciente.

La intervención terapéutica es fundamental en el Trastorno de Espectro Autista (TEA), ya que modifica conductas y mejora la comunicación. Dado que no existe un origen ni un tratamiento único, se emplean enfoques personalizados de acuerdo con las necesidades del paciente, favoreciendo su bienestar social.

OBJETIVO

Dar a conocer terapias específicas en pacientes con autismo para mejorar el comportamiento dentro de la consulta dental.

1. ANTECEDENTES

Conocer la historia, los signos y las manifestaciones clínicas del Trastorno del Espectro Autista permiten que los profesionales en el área de la salud puedan realizar un diagnóstico adecuado y por lo tanto el paciente reciba un plan de tratamiento personalizado. ¹

1.1 DEFINICIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es la deficiencia de crecimiento neuroanatómico que afecta a niños en edades tempranas, caracterizándose principalmente por tener conductas y patrones repetitivos lo que involucra la ausencia de interacción a nivel social con otras personas debido a la falta de comunicación. ^{1, 2, 3, 4}

Este espectro abarca diferentes manifestaciones por lo tanto es importante tener el conocimiento sobre los orígenes de esta alteración conductual para relacionarlo con un futuro y permitir hacer transformaciones en la sociedad. ⁴

1.2 ANTECEDENTES

A lo largo de la historia se han descrito casos de personas que han presentado signos relacionados al autismo. Lo que actualmente se denomina Trastorno del Espectro Autista (TEA) fue plasmado en textos realizados por Leo Kanner y Hans Asperger. ^{5, 6}

La primera mención de un individuo autista fue en el siglo XVI, cuando Martín Lutero, narró el suceso de un niño de 12 años con características particulares de las personas autistas. El teólogo Martín Lutero creía que el niño

era únicamente una "masa de carne" sin espíritu y sugirió que tendría que ser estrangulado.

Pero hasta 1911 en publicaciones médicas elaboradas por Paul Eugen Bleuler especialista en psiquiatría, se hizo uso del término autismo. En aquel artículo se explicaba cómo un individuo se mostraba aislado y desconectado de su entorno social, lo cual lo llevo a determinar al autismo como una alteración en relación con la esquizofrenia.

En 1943, Leo Kanner introdujo la palabra autismo en su texto nombrado Alteraciones autísticas de contacto afectivo, en donde uso el término para referirse a un trastorno definido por la dificultad de integración social. En ese artículo, describió a 11 niños con problemas significativos para relacionarse.

Hasta los años 60, el autismo se asociaba con causas biológicas, pero en 1977, se comenzaron a explorar las relaciones entre afectaciones neurológicas a la par de la predisposición hereditaria al autismo.^{3, 6}

En el 1987, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera edición (DSM-III) actualizó el termino a trastorno autista pero después en la cuarta edición (DSM-IV) se pudo identificar diferencias entre el autismo tipo Kanner y el Síndrome de Asperger.

Para 2013, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-V) dio el término Trastorno del Espectro Autista (TEA) para referirse a dichas alteraciones.⁷

1.3 ETIOLOGÍA

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se considera que tiene una etiología multifactorial, ya que diversos factores genéticos y ambientales, contribuyen a su desarrollo.⁸

Como uno de los factores genéticos se ha mencionado el Síndrome X frágil (SXF) como una causa frecuente de discapacidad intelectual y autismo. Este síndrome se origina por una anomalía en el gen FMR1 (Fragile Mental Retardation 1), del cromosoma X. Cabe resaltar que FMR1 está a cargo de la formación de la proteína FMRP (Fragile X Mental Retardation Protein), indispensable para el crecimiento cerebral.^{8, 9, 10, 11}

Los factores perinatales como el peso reducido, convulsiones en el embarazo y el sangrado vaginal durante la expulsión fetal, se han ligado con una mayor propensión al Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Asociado a este factor, tanto las infecciones por virus como la varicela, el sarampión, la rubéola, las paperas, la neumonía, la sífilis y el herpes, así como el consumo de drogas recreativas, influyen en el autismo, especialmente si acontecen en el curso del primer periodo de gestación.^{12, 13, 14, 15}

Aunque se han identificado factores genéticos que influyen en el Trastorno del Espectro Autista, su origen exacto aún no se ha entendido completamente.¹⁵

1.4 FISIOPATOLOGÍA

En la evaluación de las estructuras anatómicas del cerebro de los individuos con TEA, se ha observado que hay cambios en la conexión neural, tanto en el

aspecto funcional como de estructura provocando anomalías en la corteza de los lóbulos frontal y temporal, así como en el incremento de tamaño en la amígdala.

Estas anomalías se expresan en las características del autismo, como la falta de comprensión emocional, la deficiencia de afecto y la limitación en la capacidad cognitiva, junto con la falta de habilidad para identificar expresiones del rostro, las cuales son fundamentales para una conversación y una interacción social.

El Trastorno del Espectro Autista no se debe a un solo factor, sino a una serie de elementos y características hereditarias que interactúan con el entorno.^{15, 16}

Este trastorno puede presentarse en individuos de diferentes grupos étnicos, culturas y situación económica y social. Se ha convertido en un trastorno cada vez más frecuente en los niños, con una incidencia alta, pero poco diagnosticado en los años recientes.¹⁷

1.5 EPIDEMIOLOGÍA

La Asamblea General de las Naciones Unidas dispuso el 2 de abril como el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, con el propósito de enfatizar el bienestar de las personas con esta alteración y facilitar su participación en el entorno social.¹⁷

En León Guanajuato, México, se llevó a cabo un estudio en 2016, sobre la tasa de ocurrencia del autismo dando como resultados que 1 de cada 115 niños presentan este trastorno.^{17, 18}

En nuestro país, los informes estadísticos del INEGI indican que aproximadamente cerca de 400,000 niños en México, tienen autismo, lo que representa un desafío importante para el equilibrio social. ^{17, 18, 19}

Un recurso importante para los especialistas que trabajan en la identificación de tipos de trastornos y los rasgos clínicos, es el registro epidemiológico de casos de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), lo que mejora la vida de los padecen esta condición y sus familias. ²⁰

1.6 CLASIFICACIÓN

Según la clasificación diagnóstica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-IV-TR), se reconocen cinco variantes de trastornos del desarrollo. ^{21, 22, 23}

El Trastorno autista o Síndrome de Kanner es un trastorno del desarrollo que se presenta en la infancia y persiste a lo largo de la vida, cuyas características involucran las dificultades de comunicación e interacción sociales. ^{24, 25}

El Síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo neurológico no progresivo y se diagnostica desde la infancia. Genera dificultades en las interacciones sociales por la falta de función en campos cognitivos, sociales y habilidades motoras. ²⁶

El síndrome de Rett es un trastorno poco común que afecta principalmente a niñas, los bebés suelen mostrar un crecimiento normal, pero entre los 6 y 18 meses pueden aparecer señales como hipotonía y movimientos inusuales. Con el tiempo, se ven afectaciones en la capacidad de socializar, comunicarse y moverse. ²⁷

Los niños con Síndrome de Heller presentan un crecimiento adecuado hasta los tres o cuatro años, posteriormente experimentan síntomas similares al Síndrome de Rett. Muestran problemas en la comunicación, las habilidades sociales y la coordinación motora.

La identificación del Trastorno generalizado del desarrollo no especificado es compleja y necesita pruebas para excluir otras condiciones. Desde la infancia, pueden aparecer dificultades para manifestar sentimientos, muestran episodios de ansiedad y crisis de llanto intensas. Estos niños tienen mayor riesgo de accidentes y comportamientos autoagresivos.

El impacto del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en las personas afectadas, sus familias y en la sociedad, resalta la importancia de comprender las características clínicas de esta condición, pues la mayoría de los trastornos del neurodesarrollo tienen en común las deficiencias en las habilidades de comunicación e interacción social.²⁸

1.7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es fundamental saber que, no existe un examen biomédico que tenga el potencial de determinar el autismo; el diagnóstico se basa en un enfoque clínico que incluye interrogatorio, seguimiento y valoración del desarrollo.^{29, 30}

Las características clínicas en niños con autismo son las que se detallan a continuación.^{31, 32, 33, 34} (Tabla 1) (Figuras 1, 2, 3 y 4)

ENTORNO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Entorno interpersonal	• Eluden la mirada. • Prefieren la soledad. • Rechazan la interacción física excepto con personas de confianza. • No interactúan en actividades recreativas. • Se sienten incómodos con los extraños en su hogar y pueden reaccionar con ira en reuniones familiares.
Entorno de interacción verbal	• Presentan lento desarrollo en la expresión lingüística. • Si se expresan verbalmente, suelen repetir lo que oyen en lugar de comunicar sus necesidades. • No entienden la comunicación no verbal. • Se les dificulta empezar y continuar conversaciones razonables.
Entorno de adaptabilidad de gustos, comportamientos y reflexiones	• Muestran comportamientos como revoloteo, balanceo o caminan de puntillas. • Giran de manera constante y sin explicación. • Son sensibles a estímulos sonoros, táctiles y visuales. • Tienen incomodidad al usar determinadas prendas o las mismas etiquetas de la ropa. • Reaccionan con llanto o enojo si se alteran sus rutinas diarias. • Tienen gustos variados y a veces las texturas, sabores o ciertos alimentos son rechazados.

Tabla 1. Características clínicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA). ³⁴



Figura 1. Rechazo del contacto físico. ³⁵



Figura 2. Niño con autismo evitando el contacto visual. ³⁶



Figura 3. Niño con autismo caminado de puntitas. ³⁷



Figura 4. Niño en soledad y con sensibilidad auditiva. ³⁸

La gravedad se evalúa según las alteraciones en la comunicación y en las relaciones sociales, junto con la existencia de patrones de conducta repetitivos y limitados. ³³

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-V), el TEA se clasifica en tres niveles de gravedad. ^{32, 33, 34} (Tabla 2)

NIVEL DE IMPACTO	INTERACCIÓN SOCIAL	PREFERENCIAS ESPECÍFICAS Y COMPORTAMIENTO RECURRENTE
Nivel 1 Necesita ayuda	Sin apoyo, las personas pueden tener dificultades para iniciar y mantener conversaciones,	La inflexibilidad en las acciones de rutina que afecta el desempeño.
Nivel 2 Necesita ayuda significativa	Las personas presentan limitaciones notables en la comunicación. Establecen pocas conexiones sociales y responden usando frases simples o reacciones no verbales peculiares.	Se observan comportamientos rígidos y dificultad para adaptarse a cambios, lo que afecta el rendimiento en diversos entornos.
Nivel 3 Necesita ayuda muy significativa	Hay deficiencias significativas en la comunicación, estas personas responden usando un vocabulario restringido y acercándose a los demás solo para satisfacer sus necesidades.	La severidad en la actitud y la dificultad para adaptarse a cambios afectan el desempeño en varios ámbitos.

Tabla 2. Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista. ^{32, 33, 34}

Considerando las características clínicas y los niveles de impacto del Trastorno del Espectro Autista (TEA), es primordial el manejo farmacológico ya que se centra en reducir esas conductas disruptivas y estereotipadas. ³⁹

1.8 TRATAMIENTO MÉDICO

Para diseñar un plan de tratamiento eficiente, es necesario tratar de manera personalizada las necesidades de cada paciente. ^{39, 40, 41}

Para controlar la ansiedad, depresión, TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), compulsiones, actos repetitivos, mal humor y violencia, se ha hecho uso de la medicación para manejar los síntomas relacionados al TEA.

El uso de antipsicóticos como la risperidona ha demostrado de manera temporal mejorar los comportamientos repetitivos y la reducción la hiperactividad e irritabilidad. ^{39, 40}

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, ISRS son una opción para síntomas frecuentes del TEA, como ansiedad, depresión, TDAH, compulsiones, comportamientos repetitivos, irritabilidad y agresión, se incluyen fluoxetina, citalopram, paroxetina, fluvoxamina y sertralina.

La prescripción de la fluoxetina mejora los síntomas en 60% de los casos, es prescrita con frecuencia para niños menores de 12 años.^{39, 40, 41, 42}

Al no haber una cura para el autismo, la intervención terapéutica favorecer el desarrollo y disminuye conductas indeseadas. El uso de evaluaciones de comportamiento ha mostrado ser útil, y al comenzar la terapia a una edad temprana puede mejorar los resultados.⁴²

2. TERAPIA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES (RDI)

Esta terapia es un modelo de desarrollo que se enfoca en brindar un apoyo a los niños con Trastorno del espectro Autista (TEA), guiándolos a través de prácticas de comunicación para el establecimiento de relaciones sociales.

La intervención se distingue de otras terapias porque busca la participación de los padres, con el propósito de que ellos acompañen en el proceso de aprendizaje del manejo de las emociones, el control del estrés y sobre todo puedan brindar una buena calidad de vida a los menores que son afectados por este trastorno.^{43, 44}

2.1 ANTECEDENTES

La estrategia de Intervención de Desarrollo y Relación (RDI), creada por el Doctor Steven Gutstein, en 1995, busca recuperar la conexión entre las neuronas en individuos con TEA, dado que son fundamentales para el aprendizaje, la memoria y el funcionamiento cognitivo.^{45, 46}

El sistema del Dr. Gutstein se basa en crear vínculos entre los responsables del cuidado y los niños por medio del juego y las expresiones emocionales, lo cual permite al menor crear interacciones con sus compañeros pues al aplicar lo aprendido en su entorno familiar logra sentir confianza y por lo tanto disminuye su ansiedad.^{46, 47}

Este enfoque, no solo compensa los déficits neurocognitivos, sino ofrece soluciones adecuadas a través de intervenciones terapéuticas diseñadas para promover el desarrollo de habilidades de las personas afectadas.⁴⁷

2.2 TERAPIA RDI

La Intervención para el Desarrollo de Relaciones (RDI) por sus siglas en inglés, es un método de regulación del comportamiento que emplea recompensas para fortalecer las habilidades sociales y las interacciones personales.^{48, 49}

En la terapia, se enfrentan los problemas sociales con la intención de evaluar cuál es la mejor opción para cada situación, se enfrentan las afecciones que conlleva el trastorno, se simplifica a los niños la función de la intervención para que haya un entendimiento más eficiente, se potencializa la habilidad de actuar de forma independiente y se promueve la atención de los educadores hacia los participantes.^{50, 51, 52}

2.3 OBJETIVOS DE LA TERAPIA RDI

La estrategia de Steven Gutstein es una forma de proporcionar a los niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA), las habilidades sociales y cognitivas que los benefician en la interacción con su entorno de forma más práctica y eficiente. ^{44, 48, 51, 52}

Lo que el Dr. Gutstein establece como objetivos en el proceso de aprendizaje sobre las emociones es que esté presente, una guía afectiva, una expresión de hechos, una mentalidad abierta, un procesamiento de datos, una anticipación y una reflexión en los desafíos que afrontan los niños con esta condición con ayuda de la implementación de la terapia de los padres hacia los niños para contribuir en el desarrollo. ^{51, 52}

2.4 APLICACIÓN DE RDI EN EL ENTORNO FAMILIAR

No hay estrategia única del RDI que sea aplicable para las personas en el tratamiento. La terapia de Intervención para el Desarrollo de las Relaciones tiene como objetivo sustituir hábitos repetitivos por comportamientos que ayuden al desarrollo psico-cognitivo, con actividades cotidianas que se adaptan al progreso de las capacidades de cada participante.

Principalmente, el consultor de RDI realiza una valoración a la colaboración de los cuidadores y a los participantes en el programa para identificar las actividades junto con las aspiraciones más convenientes con su situación actual. ^{44, 53, 54}

Dentro de las actividades que se realizan en la terapia de intervención se destacan: ejercicios de estimulación de los sentidos, de imitación para reforzar aptitudes sociales, ejercicios de rol para incentivar la imaginación y

desarrollar habilidades de comunicación, ejercicios de ensamblaje que ayudan a los participantes a centrarse y a la sincronización de manos y ojos, ejercicios de focalización visual que mejoran la concentración mientras siguen instrucciones y finalmente ejercicios de estructura rítmica que pueden ser realizados en el exterior.^{53, 54}

Para la aplicación de lo aprendido de la terapia RDI al ambiente familiar, será necesario crear un entorno seguro, debe haber una organización de horarios de las rutinas para mejorar las tareas de la persona con TEA de forma autónoma, asignar a los demás familiares puestos de vigilancia para brindar asistencia y acompañamiento cuando el cuidador responsable se encuentre ocupado de tal manera que se fortalezca el vínculo en las actividades, se requiere generar tácticas para la selección de alimentos y facilitar la ingesta de los mismos para los niños con autismo, involucrar a la persona con TEA en las actividades diarias para estimular su curiosidad y por último aprender a expresar de forma pacífica las emociones para mejorar la capacidad de comunicación, tanto en el participante con el trastorno como en el resto de los habitantes del hogar.⁵³

Así como también enseña a los cuidadores o responsables a conocer las características de una crisis de furia, se les enseña a mantener la calma, a proteger al niño de riesgos o accidentes, a esperar el descenso de la crisis, a no forcejear con ellos y guardar las fuerzas para cuando haya pasado la crisis

A pesar de que resulte complicado entender los comportamientos de los niños afectados por el trastorno, la interacción y la comunicación son importantes en todo momento de la intervención.^{53, 54}

2.5 LA COMUNICACIÓN COMO ENFOQUE EN EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES SOCIALES

Para que los niños autistas puedan interpretar palabras y expresiones es importante realizar una valoración en el desarrollo del lenguaje, ya que la deficiencia en la comunicación afecta la interacción social de los niños.

Con la intervención adecuada, como terapias de lenguaje y la ayuda de seres queridos, es posible que la situación mejore. Es fundamental tener paciencia y entender que cada niño tiene un proceso único.^{55, 56}

Debido a la limitada capacidad de comunicarse, los niños con TEA muestran patrones como la repetición de palabras (ecolalia), la alteración de ritmo y tono vocal (disprosodia) y gustos particulares que provocan desesperaciones y conductas inadecuadas.^{55, 57, 58, 59, 60}

Si la habilidad de comunicación y lenguaje se ven afectadas es necesario considerar la opción de un tratamiento terapéutico para valorar la capacidad lingüística.

El propósito de una terapia de lenguaje es apoyar al niño con autismo en su crecimiento y en la obtención de habilidades por medio del manejo de la comunicación verbal, o en su defecto, adquirir el conocimiento del lenguaje gestual con el fin de comunicar.^{58, 59}

Los pacientes con TEA suelen enfrentar dificultades para tener una buena salud bucal, debido a los problemas que tienen para comunicarse.

El paciente puede presentar dificultades en las habilidades manuales para cepillarse los dientes, junto con la dificultad de los padres para abrirles la

boca, y de esta manera se facilita la acumulación de placa bacteriana y la aparición de lesiones cariosas.

Al igual que otros pacientes, los niños con TEA necesitan atención odontológica, pero un tratamiento efectivo demanda tanto competencias emocionales como técnicas para desarrollar un enfoque conductual adaptado a cada individuo.^{55, 56}

3. IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA RDI EN LA CONSULTA DENTAL

Atender a pacientes con Trastorno del Espectro Autista en odontología puede ser una situación difícil debido a la falta de capacitación en los odontólogos para ofrecer un tratamiento adecuado a estas personas, por lo tanto, se debe mantener dispuesto para hacer cambios en el tratamiento dental de acuerdo con los requerimientos específicos de cada paciente que presente esta condición.

La Intervención de Desarrollo y Relación (RDI), es una terapia eficiente y de acuerdo con su aplicación, se notarán cambios importantes.⁴⁸

3.1 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA TRADICIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTISTA

El manejo de la conducta es un elemento clave en la odontología, con el propósito de reducir reacciones emocionales del paciente pediátrico con autismo ante el tratamiento dental, mediante estrategias aplicadas por el odontólogo durante la consulta.^{61, 62}

Para superar estos retos, es esencial aplicar métodos específicos que faciliten un tratamiento eficaz. Según la última clasificación de la Academia Americana de Odontopediatría, estas técnicas se dividen en tres tipos: básicas, avanzadas y de modificación de conducta.^{62, 63, 64} (Tablas 3, 4 y 5)

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTAS BÁSICAS	
Decir-mostrar-hacer	Implica describir de forma simple las fases del tratamiento para reducir la ansiedad del paciente
Control voz	Consiste en ajustar el tono, el volumen y la velocidad al hablar para facilitar la comunicación. Con los niños autistas, se utiliza un enfoque sereno y amigable, respetando su zona de confort.
Reforzamiento positivo	Debe aplicarse de inmediato y repetirse varias veces para reforzar el buen comportamiento, con recompensas al final del tratamiento.
Reforzamiento negativo	Busca corregir conductas indeseables por medio de una señal de desaprobación.
Distracción	Se basa en redirigir el interés del paciente en la duración del procedimiento mientras se utilizan incentivos para minorar su ansiedad.
Óxido nítrico/inhalación de oxígeno	Es recomendable para controlar el malestar durante los tratamientos odontológicos, permitiendo que los pacientes pediátricos permanezcan alertas y sin efectos adversos durante todo el proceso y el periodo recuperación.

Tabla 3. Técnicas de manejo de conductas básicas.^{63, 64, 65, 66, 67}

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA AVANZADAS	
Mano sobre boca	Consiste en colocar suavemente la mano sobre su boca para interrumpir el mal comportamiento y promover la cooperación durante el tratamiento.
Restricción física	Se recomienda el uso de dispositivos que restrinjan el movimiento de las extremidades o el torso del paciente durante el tratamiento para evitar lesiones.
Sedación	Indicada para reducir la ansiedad y las respuestas del paciente a los procedimientos odontológicos.
Anestesia general	Facilita la ejecución de intervenciones odontológicas de manera confiable, efectiva, ágil y con menor incomodidad para el paciente.

Tabla 4. Técnicas de manejo de conducta avanzadas.^{63, 64, 65, 66, 67}

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	
Refuerzo	Se aplica mediante elogios, gestos de aprecio según la actitud del niño durante el tratamiento.
Desensibilización	Se prepara emocionalmente al paciente para que se sienta más seguro durante el tratamiento, ayudándole a comprender y manejar sus miedos.
Imitación	Se utiliza para que el niño aprenda observando a otros pacientes que ya están familiarizados con el tratamiento recibir el procedimiento de manera tranquila y sin problemas.

Tabla 5. Técnicas de modificación de la conducta.^{63, 64, 65, 66, 67}

Actuando con empatía y con técnicas de conducta adecuadas hacen que el tratamiento sea más efectivo y menos estresante para pacientes con TEA. ^{65, 66}

El manejo de conducta debe adaptarse según el nivel de autismo del paciente. En pacientes con autismo de nivel 1 que va de moderado a severo, se pueden emplear técnicas de comunicación, decir-mostrar-hacer, ludoterapia, imitación y modelado, reforzadores positivos, musicoterapia, medios audiovisuales, aromaterapia y el uso de objetos transitorios. ^{65, 66}

Por otro lado, en pacientes nivel 2 con autismo moderado a severo, se requiere la aplicación de técnicas de comunicación más estructuradas, el uso de abrebocas y restricción física para tratamientos preventivos o restaurativos en la consulta.

En casos de autismo severos nivel 3, se considera la opción de métodos farmacológicos bajo la supervisión de especialistas.

El general, el tratamiento dental puede complicarse por el grado de caries y la dificultad del niño para cooperar, lo que determina el tipo de atención requerida para manejar la situación. ^{65, 66, 67}

3.2 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA ENFOCADAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE AUTISTA

Las técnicas para reducir el estrés de los niños con Trastorno del Espectro Autista mejoran la experiencia en el consultorio, los cambios en la conducta requieren un tratamiento personalizado y una atención especial durante los procedimientos dentales. ^{65, 66, 67, 68, 69, 70}

Para garantizar una atención respetuosa en el consultorio dental se utilizan métodos adaptados a sus necesidades particulares, como la ludoterapia, que ayuda a disminuir el miedo y el estrés en los niños con ejercicios que los hagan sentirse tranquilos. ⁷¹ (Figura 5)



Figura 5. Juego con pacientes. ⁷²

Los medios audiovisuales ofrecen herramientas de entretenimiento que ayudan a los pacientes a relajarse, sentirse cómodos y a evitar sensaciones molestas durante la consulta. Ayuda mediante la distracción a aislarlos de los ruidos del consultorio que pueden ocasionar una crisis como lo es el ruido de la pieza de mano. ⁷² (Figura 6)



Figura 6. Uso de dispositivos electrónicos durante el tratamiento. ⁷²

El uso de pictogramas para explicar de forma visual a los niños con TEA cada fase de los procesos que se incluyen en el plan de tratamiento, también son una forma de reducir tensiones dentro de la consulta. ^{72, 73} (Figura 7)



Figura 7. Pictograma con descripción de cada paso del procedimiento. ⁷²

Las visitas previas son recomendables a los niños con autismo para que conozcan al personal del consultorio y se familiaricen con el entorno, incluyendo la disposición del mobiliario. Esto optimizará su integración y calmará el estrés en su visita inicial. ^{72, 73}

El refuerzo positivo requiere que el odontólogo exprese su aprobación con palabras de aliento o gestos de agradecimiento cuando el niño reacciona favorablemente al tratamiento. ⁷³ (Figura 8)



Figura 8. Elogios para el paciente. ⁶⁵

Para un equilibrio emocional, el uso de la aromaterapia ha mostrado tener efectos en los estados de ánimo como la ansiedad, cambios en el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria. ^{72, 73}

Musicoterapia es una técnica sencilla que influye en reducir el estrés, tanto en los pacientes como en el personal odontológico.

Es significativo que los odontólogos muestren la capacidad de hacer un ambiente cómodo para que los niños, especialmente aquellos con Trastorno del Espectro Autista (TEA), se sientan tranquilos y dispuestos a cooperar durante la consulta. ^{72, 73, 74}

3.3 ACTIVIDADES EN LA CONSULTA DENTAL QUE AYUDAN A DISMINUIR EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

Para facilitar la atención en la consulta, es ideal que el odontólogo posea las habilidades de manejo de conducta y establezca una relación emocional con el niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Existen actividades diseñadas para reducir la ansiedad que los niños pueden experimentar al visitar al dentista. ^{74, 75, 76}

Los medios didácticos como los audiovisuales son una opción que ayudan de dos maneras, la primera es que beneficia a que los niños vean la visita al dentista de una forma más entretenida y educativa al mostrarle la importancia del cuidado dental y en segundo lugar muestran al odontólogo como una persona accesible. ⁷⁶

Los niños autistas suelen generar ciertos apegos a objetos, ropa, juguetes o instrumentos musicales, una alternativa para disminuir el estrés y

la ansiedad es recomendarles a los padres que lleven algún objeto o juguete con el que se identifique y que haga sentir cómodo y distraído al niño. Estos objetos pueden servir de apoyo emocional y puede ayudar a que el niño esté más tranquilo mientras está en la sala de espera o mientras se le realiza algún procedimiento dental.

Los juegos de mesa y cuentos adaptados a los niños con autismo son parte de actividades lúdicas que reducen momentos de tensión dentro de la consulta.^{75, 76}

El odontólogo debe comprender que los niños autistas atraviesan momentos de mucha tensión y preocupación como la ansiedad y el estrés, sin embargo, se debe adaptar a las terapias de intervención para implementar un vínculo de confianza para asegurar la experiencia positiva en el consultorio dental.⁷⁷

4. ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA RDI EN LA CONSULTA DENTAL

La adaptación de técnicas de manejo de conducta, de estrés y ansiedad, así como estrategias de comunicación y de distracción impartidas por parte del personal que trabaja en el consultorio dental permiten que la consulta se vuelva una experiencia positiva para los pacientes con autismo con Trastorno del Espectro Autista (TEA).⁷⁸

4.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Para iniciar la consulta odontológica y evitar experiencias negativas, hay soluciones para brindar una atención efectiva a todos los pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Es de suma importancia integrar el expediente clínico con documentos como la historia clínica, fotografías extraorales e intraorales, estudios radiológicos, imagenológicos, de gabinete y laboratorio, obtención de modelos de estudios y el consentimiento válidamente informado, con el fin de recopilar datos del estado de salud del paciente ya que es importante saber si el paciente está tomando algún medicamento controlado.^{60, 78}

Previo a la consulta inicial, se puede agendar una cita con los padres para que el niño se familiarice con los miembros del trabajo y el consultorio dental.⁷⁸

El odontólogo puede preguntar a los familiares cuáles son los mejores horarios para atender al niño y el acompañamiento de algún familiar extra puede beneficiar la visita.

Para evitar incomodidades al niño al estar en sala de espera es importante tener todo el material e instrumental listo con anticipación para evitar que el niño esté más tiempo en la sala de espera, ya que esto puede resultar en un cansancio y tornarse a una conducta negativa.^{60, 78}

El odontólogo tiene que participar con los familiares para controlar los probables comportamientos de conducta, con esta información se obtendrá a la opción más eficiente para el paciente.^{60, 78}

4.2 PREPARACIÓN DEL CONSULTORIO DENTAL

Adaptar el consultorio de acuerdo con las necesidades del paciente autista requiere de una organización y modificaciones del espacio, mobiliario y herramientas de trabajo para recibir la vista del niño y sus familiares.

Las instalaciones deben estar construidas para tener mayor accesibilidad para los pacientes, así como una iluminación clara y adecuada para tener un lugar de trabajo tranquilo y disminuir sensaciones de estrés y ansiedad.

El equipamiento odontológico, como el sillón dental debe ser cómodo y adaptable a las diferentes necesidades del niño.^{77, 78, 79}

Estas adaptaciones personalizadas en la consulta dental para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ofrecen ventajas para el manejo de conducta y en las experiencias de los pacientes.^{78, 79}

4.3 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCION DENTAL

Debido a la falta de educación que tienen los odontólogos y del personal complementario del consultorio, respecto a las características conductuales que presentan los niños con autismo, se ha recomendado una preparación única para dar un tratamiento eficaz.⁸⁰

El equipo que trabaja dentro del consultorio como el odontólogo, asistente dental y recepcionista, deben estar informados sobre lo qué es el autismo al igual de tener una instrucción sobre las técnicas del manejo de conducta.

Es importante que consideren la forma de vestir con colores neutros para la concentración del paciente, durante los procedimientos dentales es preferible solo realizar movimientos necesarios con la intención de prevenir el contacto físico con el paciente.

Después de la revisión dental se sugiere a los padres interactuar con el niño de manera dinámica en casa para aplicar lo aprendido en la consulta para que se familiarice a las revisiones que serán parte de sus rutinas generando confianza y garantizar la efectividad de la cita. ^{60, 80, 81}

4.4 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DURANTE LA CONSULTA DENTAL

La estructura de la ergonomía utilizada en los materiales y los muebles de trabajo proporcionan un desempeño laboral más cómodo, lo que ayuda a prevenir problemas durante los procedimientos del tratamiento dental.

La silla que usa tanto el operador como el asistente y el sillón del paciente deben tener un soporte adecuado para mantener una postura cómoda y correcta, facilitando el trabajo a 4 manos. ^{82, 83}

Para evitar movimientos descontrolados, se emplea la inmovilización física mediante el uso de toallas, sábanas, equipos comerciales como Papoose Board y Pedí Wrap. Esta técnica no solo es necesaria para asegurar el éxito del tratamiento durante la consulta, sino también para evitar lesiones tanto en el paciente como en el odontólogo.

El uso de lentes como protección ocular, la regulación del nivel de sonidos y el cumplimiento de medidas sanitarias al manejar de objetos punzocortantes son medidas para prevenir posibles secuelas en la salud. ⁸⁴

La elaboración adecuada de la historia clínica previene reacciones alérgicas a anestésicos o medicamentos, y la correcta colocación del aislamiento absoluto para prevenir la aspiración de cuerpos extraños y garantizar la calidad y la duración de las restauraciones al no haber un contacto con la saliva, forman parte de protocolos preventivos usados en el transcurso del tratamiento dental.⁸⁵

Se considera importante que el odontólogo y el resto de las personas que trabajan en el consultorio tengan la capacidad para reconocer y abordar estas situaciones a tiempo.^{84, 85}

CONCLUSIONES

Los pacientes con Trastorno del Espectro Autista presentan ciertas características las cuales pueden llevar al diagnóstico certero, sin embargo, es importante mencionar que no todos presentan las mismas, por lo que es importante conocer a cada uno de los pacientes y establecer un plan de tratamiento individualizado.

Los padres de familia deberían ser los primeros en observar algún comportamiento anormal en sus hijos, como retraso en ciertas habilidades motoras a temprana edad, dificultad en la comunicación, retraso en la maduración, dificultad en el control de esfínteres, o la dificultad de relacionarse con otros niños, para que busquen el apoyo de los Especialistas, como lo son los psicólogos, terapistas del lenguaje , paidopsiquiatras, y sean estos quienes evalúen al niño en distintos campos para su diagnóstico.

Al iniciar un tratamiento terapéutico a temprana edad como es la Intervención para el Desarrollo de las Relaciones (RDI), aumentan las probabilidades de mejorar la capacidad cognitiva, la capacidad de comunicación, disminuir los patrones repetitivos, la capacidad de concentración, el desarrollo del lenguaje no verbal, la identificación de las emociones tanto del paciente Autista como de otros niños, el control y disminución de las crisis y la autorregulación del comportamiento.

En algunos casos, los pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), tienen un alto porcentaje de caries dental y enfermedad periodontal debido a la dificultad para manipular un cepillo dentro de su boca, también los padres mencionan que les resulta difícil cepillar e incluso abrirles la boca.

Es importante resaltar que existen niños con las características del Trastorno del Espectro Autista, sin embargo, no son diagnosticados por falta de interés de los padres, o porque se confunde un berrinche con una crisis, dejando una gran población fuera de las estadísticas de prevalencia.

Algunos pacientes al presentar características mínimas del Espectro Autista pasan desapercibidos tanto para los padres, maestros e incluso personal de salud.

Estudios en México revelan que el Trastorno del Espectro Autista se presenta 1 por cada 115 niños, pero se cree que esta cifra es mayor en realidad.

Por lo que considero que se debe dar más información a nuestra población de los índices de Autismo, de las características de este trastorno y de la importancia que tiene la educación para la salud, se deben enseñar técnicas de higiene para estos niños, así como proporcionarles a los padres las herramientas que les facilite la higiene de sus hijos.

Por lo tanto, los odontólogos deben de conocer las características clínicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA) para poder identificar y orientar a los padres respecto al tratamiento y manejo de conducta, así como brindar la mejor atención con el apoyo adecuado e individualizado con el fin de que la consulta sea para el paciente una experiencia agradable, positiva y de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reynoso C, Rangel MJ, Melgar V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [Citado el 10 de septiembre de 2024];55(2):214-222. Disponible en: <https://shorturl.at/GqED3>
2. Martín F, García A, Losada R. Trastornos del espectro del autismo. Protoc diagn ter pediatr [Internet]. 2022 [Citado el 10 de septiembre de 2024];(1):75-83. Disponible en: <https://shorturl.at/ncToK>
3. Robles LR, Hernández LR, Peña B, De la Rosa T, Guadarrama P. Trastorno del espectro autista: una revisión para el médico de primer nivel de atención. Aten Fam [Internet]. 2019 [Citado el 10 de septiembre de 2024];26(4):150-157. Disponible en: <https://acortar.link/DYeZbJ>
4. Silvestre FJ. Manejo odontológico en diferentes tipos de pacientes discapacitados. En: Silvestre FJ, Plaza A, editores. Odontología en pacientes especiales. Valencia, España: Universitat de València; 2007. p. 269-286.
5. Celis G, Ochoa MG. Trastorno del espectro autista (TEA). Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2022 [Citado el 10 de septiembre de 2024];65(1):7-20. Disponible en: <https://acortar.link/oDAq0O>
6. Belinchón M. Haciendo camino al contar: reflexiones sobre el libro Historia del autismo. Conversaciones con los pioneros (de Adam Feinstein). Siglo Cero [Internet]. 2021 [Citado el 12 de septiembre de 2024];52(2):61-81. Disponible en: <https://shorturl.at/QR22w> doi: 10.14201/scero20215226181
7. Artigas J, Pérez IP. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2012 [Citado el 12 de septiembre de 2024];32(115):567-587. Disponible en: <https://shorturl.at/qcQft>
8. Gupta AR, State MW. Autismo: genética. Braz J Psychiatry [Internet].

- 2006 [Citado el 13 de septiembre de 2024];28(1):29-38. Disponible en: <https://shorturl.at/jK8Cn>
9. Gaona VA. Etiología del autismo. Medicina (B Aires) [Internet]. 2024 [Citado el 13 de septiembre de 2024];84(1):31-36. Disponible en: <https://shorturl.at/NNouR>
 10. Vargas MJ, Navas W. Autismo infantil. Revista Cúpula [Internet]. 2012 [Citado el 13 de septiembre de 2024];26(2):44-58. Disponible en: <https://shorturl.at/zWxFm>
 11. Varela DM, Ruiz M, Vela M, Munive L, Hernández BG. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2011 [Citado el 13 de septiembre de 2024];32(4):213-222. Disponible: <https://shorturl.at/5dLme>
 12. Arberas C, Ruggieri V. Autismo. Aspectos genéticos y biológicos. Medicina (B Aires) [Internet]. 2019 [Citado el 14 de septiembre de 2024];79(1):16-21. Disponible en: <https://shorturl.at/NS7IR>
 13. Rivas RM, López S, Taboada EM. Etiología del autismo: un tema a debate. Psicol Educ (Madr) [Internet]. 2009 [Citado el 14 de septiembre de 2024];15(2):107-121. Disponible en: <https://shorturl.at/atW9J> doi: 10.5093/ed2009v15n2a3
 14. Salcedo-Arellano MJ, Jenssen R, Martínez V. Síndrome X frágil: presentación clínica, patología y tratamiento. Gac Med Mex [Internet]. 2020 [Citado el 14 de septiembre de 2024];156(1):60-66. Disponible en: <https://shorturl.at/mvdCj> doi: 10.24875/GMM.19005275
 15. Milá M, Ramos F, Tejada MI, Grupo AEGH/CIBERER. Guía clínica de las enfermedades asociadas al gen FMR1: síndrome X frágil, insuficiencia ovárica primaria y síndrome de temblor-ataxia. Med Clin (Barc) [Internet]. 2014 [Citado el 14 de septiembre de 2024];142(5):219–225. Disponible en: <https://shorturl.at/hXqdL> doi: 10.1016/j.medcli.2013.05.025
 16. Weidenheim KM. Neuropatología del autismo. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2001 [Citado el 15 de septiembre de 2024];2(3):133-137.

Disponible en: <https://shorturl.at/ysWD4>

17. 2 de abril, día mundial del autismo [Internet]. Edomex, México: Gobierno del Estado de México [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/SOlls>
18. DIF de la Ciudad de México y organizaciones civiles, presentan la primera plataforma online hacia la detección del autismo en la CDMX y firma de convenio transversal [Internet]. CDMX, México: DIF [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/CvyhC>
19. Población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental, por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 2020 [Internet]. CDMX, México: INEGI [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/3FvgR>
20. Musa S, Mourelle MR, Real I, Perea I. Pacientes con trastorno del espectro autista en odontopediatría. Cien Dent [Internet]. 2016 [Citado el 20 de septiembre de 2024];13(2):123-128. Disponible en: <https://shorturl.at/PmDtc>
21. Arias RM, Álvarez JC, Gasca IA, Hernández M. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista [Internet]. CDMX, México: IMSS; 2012 [Citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/yHn5K>
22. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) [Internet]. Madrid, España: Médica Panamericana; 2014 [Citado el 23 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/OXwqa>
23. Silva H. DSM-5: nueva clasificación de los trastornos mentales. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2014 [Citado el 23 de septiembre de 2024];52(1):7-8. Disponible en: <https://shorturl.at/2wtmx>
24. Artigas J, Pérez IP. Deconstruyendo a Kanner. Rev Neurol [Internet]. 2017 [Citado el 23 de septiembre de 2024];64(1):9-15. Disponible en: <https://acortar.link/5o4IkM>

25. Bellone E. Leo Kanner y la clínica del autismo infantil precoz. En: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP (editores). XI Jornadas de Sociología de la UNLP. Ensenada, Argentina: Memoria Académica; 2022. p. 1-19. [Citado el 23 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/xZry4>
26. Alcaraz DK, Araujo EA. Síndrome de Asperger y función ejecutiva: estudio en población preescolar en México. Acta Investig Psicol [Internet]. 2021 [Citado el 23 de septiembre de 2024];11(2):95-104. Disponible en: <https://shorturl.at/lw9EF> doi: 10.22201/FPSI.20074719E.2021.2.385
27. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Síndrome de Rett [Internet]. Maryland, EE. UU.: NIH; 2019 [Citado el 23 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/eLw2GV>
28. Sandoval A, Moyano A, Barrera P. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Una reflexión sobre este diagnóstico. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2012 [Citado el 23 de septiembre de 2024];50(3):202-203. Disponible en: <https://shorturl.at/aujCq> doi: 10.4067/S0717-92272012000300010
29. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. Braz J Psychiatry [Internet]. 2006 [Citado el 25 de septiembre de 2024];28(1):3-11. Disponible en: <https://shorturl.at/QmAsf> doi: 10.1590/s1516-44462006000500002
30. Mulas F, Roca P. Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol [Internet]. 2018 [Citado el 25 de septiembre de 2024];66(1):91-96. Disponible en: <https://acortar.link/UWI3LS>
31. National Institute of Mental Health. Trastornos del espectro autista [Internet]. Maryland, EE. UU.: NIH; 2022 [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/ne7sN>
32. Vázquez MA. La atención educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista [Internet]. Ags, México: Instituto de Educación de

- Aguascalientes; 2015 [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/dJ1GH>
33. Hervás A, Balmaña N, Salgado M. Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatr Integral* [Internet]. 2017 [Citado el 25 de septiembre de 2024];21(2):92-108. Disponible en: <https://acortar.link/2cSyP>
 34. Bonilla MF, Chaskel R. Trastorno del espectro autista. *CCAP* [Internet]. 2016 [Citado el 25 de septiembre de 2024];15(1):19-29. Disponible en: <https://shorturl.at/BEH8V>
 35. Díaz A. Manejo de conductas inapropiadas en TEA [Internet]. Santiago, Chile: Cognitivo. 2020 [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/8FI94>
 36. ¿Por qué la gente con autismo evita el contacto físico visual y qué hacer al respecto? [Internet]. CDMX, México: Fundación Carlos Slim [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/c95yz>
 37. Alonso JR. Andar de puntillas en el TEA [Internet]. Salamanca, España: jralonso. 2024 [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/INb7u>
 38. D'alessio V. El tratamiento precoz, clave para afrontar el autismo [Internet]. Madrid, España: El país. 2023 [Citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/4jP7H>
 39. Reyes E, Pizarro L. Rol de la terapia farmacológica en los trastornos del espectro autista. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2022 [Citado el 25 de septiembre de 2024];33(4):387-399. Disponible en: <https://shorturl.at/IE24A> doi: 10.1016/j.rmclc.2022.07.002
 40. Ruggieri V. Autismo. Tratamiento farmacológico. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2023 [Citado el 28 de septiembre de 2024];83(4):46-51. Disponible en: <https://shorturl.at/li2VX>
 41. Sarmiento EI, Reséndiz JC, Torres G, Rojas M, Saldaña I, Escotto J, et al. Guía clínica. Trastornos generalizados del desarrollo [Internet]. CDMX, México: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; 2018

[Citado el 30 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://acortar.link/ABG3yl>

42. Reynoso C, Rangel MJ, Melgar V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [Citado el 30 de septiembre de 2024]; 55(2):214-225. Disponible en: <https://shorturl.at/IJxks>
43. Mulas F, Ros G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. Rev Neurol [Internet]. 2010 [Citado el 2 de octubre de 2024];50(3):77-84. Disponible en: <https://shorturl.at/JsCXk>
44. Camacho JA, Navarrete L, Aguilar FJ, Tecamachaltzi MB, Cabrera F. Aprendizaje discriminativo y RDI como alternativa para la reducción de conductas estereotipadas motoras en el trastorno del espectro autista. Psicología Iztacala [Internet]. 2021 [Citado el 2 de octubre de 2024];24(3):898-923. Disponible en: <https://shorturl.at/F6K64>
45. Zalaquett D, Schönstedt M, Angeli M, Herrera C, Moyano A. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [Citado el 5 de octubre de 2024];86(2):126-131. Disponible en: <https://shorturl.at/8TrtG> doi: 10.1016/j.rchipe.2015.04.025
46. RDI (Relationship Development Intervention): Intervención para el Desarrollo de las Relaciones. Bs. As, Argentina: PANACEA [Citado el 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/DhjrtY>
47. Martínez EF. Métodos de intervención en el trastorno autista [Tesina de licenciatura]. Edomex, México: FES Iztacala, UNAM; 2017. 104 p. [Citado el 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/OTabd>
48. Hobson JA, Tarver L, Beurkens N, Hobson RP. The relation between severity of autism and caregiver-child interaction: a study in the context of relationship development intervention. J Abnorm Child Psychol [Internet]. 2016 [Citado el 6 de octubre de 2024];44(4):745–755.

Disponible en: <https://acortar.link/LfPEdr> doi: 10.1007/s10802-0150067-y

49. Santos DL, Valdez RM, Muñoz MR, Mondragón LI, Ibáñez AD, Aguirre MR, et al. Guía para la atención de las alumnas y alumnos con trastorno del espectro autista [Internet]. Guerrero, México: Secretaría de Educación Guerrero; 2020 [Citado el 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/cqQoh>
50. Corona V, González A. RDI (Intervención de Desarrollo en Relaciones) [Internet]. Edomex, México: SIETE olmedo. 2014 [Citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/QA0Yw>
51. Liga de intervención nutricional contra autismo. Bases para una intervención conductual: Dr Diego Reza [Video en internet]. Youtube [Citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/ulz181>
52. Consultoría bajo la metodología RDI [Internet]. Madrid, España: Crecer contigo historias de autismo [Citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/mZtOW>
53. Iñiguez AA. Aptitud sobresaliente intelectual y trastorno del espectro autista grado 1: estudio de un caso con doble excepcionalidad [Tesis de maestría]. GDL, México: CUCS, UdeG; 2017. 191 p. [Citado el 15 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/DCZ5TI>
54. Fuentes J, Ferrari MJ, Boada L, Touriño E, Artigas J, Belinchón M, et al. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol [Internet]. 2006 [Citado el 15 de octubre de 2024];43(7):425-438. Disponible en: <https://acortar.link/gbjgka>
55. Barajas LM. Lenguaje y comunicación en el autismo. Rev psicol (Estado, Méx) [Internet]. 2022 [Citado el 15 de octubre de 2024];11(28):74-98. Disponible en: <https://shorturl.at/q6xKQ>
56. Gutstein SE. The RDI book [Internet]. Vol 1. Texas, EE. UU.: Connections Center Publishing; 2009 [Citado el 15 de octubre de 2024].

Disponible en: <https://shorturl.at/comkl>

57. Godoy A. Desde el autismo: una nueva mirada para un mismo diagnóstico [Tesis de licenciatura]. Santiago, Chile: FAU, UCh; 2018. 196 p. [Citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/MTLDf>
58. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Trastornos del espectro autista: problemas de comunicación en los niños [Internet]. Maryland, EE. UU.: NIH; 2020 [Citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/G1677>
59. Soto R. Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. Rev actual investig educ [Internet]. 2007 [Citado el 17 de octubre de 2024];7(2):1-16. Disponible en: <https://shorturl.at/83HZW>
60. López KA. La ecolalia como habilidad en el desarrollo del lenguaje en personas autistas. Rev Cunzac [Internet]. 2022 [Citado el 17 de octubre de 2024];2(2):151-157. Disponible en: <https://shorturl.at/a8ghy> doi: 10.46780/sociedadcunzac.v2i2.39
61. Barragán A, Llerena JV, Guillen D, Gonzales J, Castillo L. Manejo odontológico en pacientes con trastorno del espectro autista. RECIMUNDO [Internet]. 2022 [Citado el 17 de octubre de 2024];6(4):170-180. Disponible en: <https://shorturl.at/uichJ> doi: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.170-180
62. Basso ML. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2021 [Citado el 17 de octubre de 2024];109(2):124-136. Disponible en: <https://acortar.link/CjgcJG> doi: 10.52979/raoa.1129
63. Francisco E. Técnicas de control y manejo de la conducta aplicadas a odontopediatría y orientadas al higienista dental [Internet]. Madrid, España: revistahigienistas.com. 2018 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/l6QJZ>

64. Klatchoian DA, Noronha JC, De Toledo O. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. En: Barreto AC, Modesto A, Quiroga B, Feldens CA, De Oliveira C, Percinoto C, et al. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría [Internet]. SP, Brasil: Livraria Santos; 2010. p. 41-59. [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/8vfOU>
65. Teixeira VB, Guinot F, Bellet LJ. Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatría. Revisión bibliográfica. Odontol Pediatr (Madrid) [Internet]. 2008 [Citado el 23 de octubre de 2024];16(2):108-120. Disponible en: <https://shorturl.at/P1beV>
66. Mimoso A, Almeida I, Magalhães S, Cardoso I, Coelho A, Marques PF. Consideraciones sobre la anestesia general en odontología pediátrica. Odontol Pediatr [Internet]. 2021 [Citado el 23 de octubre de 2024];29(3):128-136. Disponible en: <https://shorturl.at/lyLJ7>
67. Esch J. Ansiolisis y sedación con óxido nitroso (gas hilarante) en odontopediatría. Quintessence [Internet]. 2011 [Citado el 24 de octubre de 2024];24(6):284-291. Disponible en: <https://shorturl.at/SQKc9>
68. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. Rev Estomat [Internet]. 2012 [Citado el 25 de octubre de 2024];20(1):45-49. Disponible en: <https://acortar.link/t63Mws>
69. Ortega M, Tapia MT, Cedillo GE, Ramos RR, Navas RM. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2021 [Citado el 26 de octubre de 2024];11(1):1-18. Disponible en: <https://shorturl.at/K3LFh> doi: 10.47990/alop.v11i1.230
70. Bartolomé B, Méndez M, Vilar C, Arrieta JJ. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2021 [Citado el 26 de octubre de 2024];11(1):19-28. Disponible en: <https://shorturl.at/VDO5d> doi: 10.47990/alop.v11i1.217

71. Román MR. Técnicas comunicativas para el manejo de conducta en la consulta odontológica pediátrica [Trabajo académico de segunda especialidad]. Tacna, Perú: Facultad de Ciencias de la Salud, UPT; 2019. 22 p. [Citado el 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/NRWi0>
72. Boj JR, González P, Cortés O. Guía de conducta del paciente y padres. En: Boj JR, Catalá M, Mendoza A, Planells P, Cortés O, editores. Odontopediatría. Bebés, niños y adolescentes. CDMX, México: Odontología Books; 2019. p. 83-92.
73. Acuña J, Invernizzi C. Uso de pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso. Rev Cient Odont UAA [Internet]. 2020 [Citado el 26 de octubre de 2024];2(1):23-27. Disponible en: <https://shorturl.at/PZqpR>
74. Cuya RA, Campos KJ. Técnicas de distracción utilizadas en odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. Revisión de la literatura. Odontol Pediatr [Internet]. 2023 [Citado el 1 de noviembre de 2024];22(1):48-57. Disponible en: <https://shorturl.at/N6NBP>
75. Dollin SS, Dillenberg J, Romer M, Schaffer R, Moralez K, Papadopoulos S, et al. Cuidado dental para personas con autismo. Guía de información para profesionales dentales [Internet]. Arizona, EE. UU.: SARRC; 2023 [Citado el 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/XmiWn>
76. Ruiz AL, Balderas C, Monjarás AJ, Molina EM, Becerril MA. Manejo de la ansiedad en la atención odontológica en niños. Publicación semestral [Internet]. 2022 [Citado el 2 de noviembre de 2024];11(21):130-138. Disponible en: <https://shorturl.at/N1BKW>
77. Tejada E, Sánchez EJ. Métodos de distracción contra la ansiedad en niños durante la consulta dental: revisión de literatura [Tesis doctoral]. Santo Domingo, República Dominicana: Facultad de Ciencias de la Salud, UNPHU; 2021. 99 p. [Citado el 2 de noviembre de 2024].

Disponible en: <https://shorturl.at/NxtR1>

78. Vinaccia S, Bedoya LM, Valencia M. Odontología y psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 1998 [Citado el 5 de noviembre de 2024];30(1):67-82. Disponible en: <https://shorturl.at/kLDMV>
79. Mendoza M, De Jesús PC, Burgos AP, Itzá DP, Sarabia JE, Pérez LJ, et al. Las técnicas para la atención de pacientes con trastorno del espectro autista durante la consulta odontológica. Rev ADM [Internet]. 2024 [Citado el 6 de noviembre de 2024];81(2):95-99. Disponible en: <https://shorturl.at/P34dz>
80. Gómez EG, Jaquet JM. Adaptaciones en odontología para pacientes con necesidades especiales [Internet]. Barcelona, España: Corachán Maxilofacial. 2024 [Citado el 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/1dW5I>
81. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. Rev CES Odont [Internet]. 2013 [Citado el 6 de noviembre de 2024];26(2):120-126. Disponible en: <https://acortar.link/IWJ2F7>
82. González A, Dib J, López L, Martín S. Autismo en el sillón odontológico. MX [Internet]. 2017 [Citado el 8 de noviembre de 2024];(215):140-150. Disponible en: <https://acortar.link/jg4jiW>
83. Córdova JA, Ortiz ME, Hernández M, De León MA, Morales PK, Álvarez CH, et al. Manual para la prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República mexicana [Internet]. CDMX, México: Secretaría de Salud; 2003 [Citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://shorturl.at/jSBgD>
84. Romo VG. Posiciones ergonómicas en la práctica odontológica [Tesina de licenciatura]. CDMX, México: Facultad de Odontología, UNAM; 2020. 63 p. [Citado el 9 de noviembre de 2024]. Disponible en:

<https://acortar.link/4tp4Np>

85. Ramírez A, De la Teja E, Jofré D, Durán A. Aspiración de cuerpo extraño durante la consulta dental en pediatría. Reporte de un caso. Rev Odont Mex [Internet]. 2014 [Citado el 9 de noviembre de 2024];18(2):128-131. Disponible en: <https://shorturl.at/NX4ml>