



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN DENTAL EN NIÑOS CON TEA 2019.

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:

ALEJANDRA ITZEL AMADOR ANAYA

TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

ASESORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.

Gracias a mis padres por ser siempre los primeros en apoyarme y motivarme para cumplir todos mis sueños, todas mis metas. Este logro ¡ES DE USTEDES!

Mamá, mil gracias por siempre estar a mi lado. Gracias por no dejarme caer, y si en algún momento estoy cerca de hacerlo, tú eres quien está ahí para impulsarme a seguir adelante; gracias por siempre tener las palabras indicadas para alentarme, algunas de aliento y otras tantas retando mi orgullo, pero siempre con el mismo fin.

Papá, jamás tendré las palabras suficientes para agradecer los esfuerzos que día a día haces por mí; gracias por ser siempre mi cómplice, por siempre estar ahí, por aceptarme y respetarme, por jamás negarme nada.

Mama, papa; a ambos les debo lo que soy; y lo que soy no es más que un reflejo de ustedes. Agradezco eternamente a la vida por permitirme tener junto a ustedes y a Ruth una familia amorosa y unida, que sin importar las dificultades que se nos presenten tengo la certeza que siempre será así.

Ruth, gracias por adoptarme como tu nieta. Desgraciadamente la vida se llevó hace muchos años a mi abuela; pero la misma vida me dejó en su lugar a una abuelita amorosa, dedicada y encantadora. Gracias por cuidarme desde que tengo memoria. Jamás olvidaré que siempre al salir de clases eras tú quien estaba en la puerta esperando por mí, recuerdo todas esas tardes que batallabas conmigo intentando que hiciera la tarea, esos té y sopas de pollo para hacerme sentir mejor cada vez que me enfermaba. Y podría seguir mencionando mil ejemplos más, pero solo me doy cuenta que nunca podré agradecerte todo lo que has hecho por mí.

Mi amor, a diario agradezco el haber encontrado a una persona tan especial; desde que te conocí supe que serías una persona muy importante en mi vida, y no me equivoqué. Gracias por estar siempre a mi lado y por apoyarme en

todo momento. Simplemente, gracias por estar en mi vida, y permitirme formar parte de la tuya. Éste es uno de los tantos logros que celebraremos.

Erika, mi mejor amiga. Gracias por estar a mi lado a lo largo de los años; por esta amistad a primera vista, gracias por todas las risas, los regaños, los consejos. Gracias por ser esa amiga incondicional en todo momento.

A todas las personas que han estado a mi lado alentándome, no puedo más que agradecerles a todos por ser parte de mi vida. ¡Los amo!

A mi tutora; Dra. Conchita, gracias por darme la oportunidad de conocer acerca del mundo de los TEA; a sus nietos, Junior y Elías quienes fueron la inspiración de éste título. A mi asesora; Dra. Miriam, quiero agradecerle sus consejos y ayuda durante el desarrollo de este trabajo.

Por ultimo me gustaría agradecer a la máxima casa de estudios, la UNAM, gracias por abrirme las puertas y permitirme formar parte de esta maravillosa comunidad universitaria desde que ingresé a la Escuela Nacional Preparatoria. Gracias a la Facultad de Odontología por permitirme cursar mis estudios de licenciatura rodeada de docentes entregados y comprometidos con su labor.

POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITÚ.

INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES	6
2. DEFINICIÓN TEA.....	7
3. CLASIFICACIÓN TEA.....	11
4. ETIOLOGÍA.....	16
5. MANEJO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON TEA.....	17
6. ATENCIÓN DENTAL EN PACIENTES CON TEA.....	18
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXO	37

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha cobrado gran importancia el conocimiento y manejo terapéutico de los pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), así como su integración a las actividades cotidianas para lograr que se desarrollen como individuos autosuficientes.

Se ha estimado que la prevalencia de TEA, a nivel mundial ha ido en aumento en los últimos años. Esto podría deberse a que en la actualidad y gracias al avance tecnológico se puede acceder a la información en cualquier momento; de este modo, los padres que observen signos de alerta pueden informarse y dirigirse a los especialistas idóneos para llevar a cabo el diagnóstico oportuno del trastorno.

A lo largo del estudio de los niños con TEA se ha intentado conocer el factor etiológico que lo desarrolle; por desgracia ninguna hipótesis ha sido concluyente, por lo que no se ha logrado identificar a los posibles factores de riesgo que desencadenan los trastornos.

Es importante reconocer que los trastornos del espectro autista no se presentan como una entidad nosológica única, esto quiere decir que pueden presentarse patologías concomitantes como por ejemplo: ansiedad, depresión, epilepsia, entre otros. En odontología cobran gran importancia los eventos relacionados a los trastornos del espectro autista y el trastorno como tal, ya que los pacientes presentan características específicas de comportamiento a las cuales los profesionales de la salud deben adaptarse, así como tener en cuenta que las patologías concomitantes suelen tener un tratamiento farmacológico, esto puede representar una repercusión en el aparato estomatognático, principalmente en el periodonto.

La presente entrega, tiene como propósito presentar de manera articulada algunos de los aspectos sobre los trastornos del espectro autista, así como las variables a considerar para que el cirujano dentista cuente con la formación

profesional para resolver los problemas orales de los pacientes con trastornos del espectro autista, de manera informada y empática ante cada situación.

1. ANTECEDENTES

En el año 1908, el educador austriaco Theodore Heller publicó *Dementia Infantilis*¹, un artículo donde reportaba el caso de seis niños cuyas edades oscilaban entre los tres y cuatro años. Los niños presentaban pérdida del lenguaje y habilidades mentales, con una sintomatología idéntica a la de los niños “autistas”; debido a su aportación, dicho padecimiento se conoció como el “síndrome de Heller” y actualmente se conoce bajo el término “Trastorno Desintegrativo de la infancia” (TDI). Poco tiempo después, en 1911, el término “autismo” fue publicado por primera vez, gracias al psiquiatra suizo Eugene Bleuler en la monografía titulada *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*²; basándose en la etimología griega “autos” que significa “si mismo”, ya que para su descripción el autismo está caracterizado por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, constituyendo un mundo cerrado y separado de la realidad exterior; lo que dificulta la comunicación con los demás. Posteriormente, el psiquiatra francés Eugène Minkowski, en 1927 define al autismo como “la pérdida del contacto del *élan vital* (impulso vital) con la realidad”³. No obstante, en las primeras ediciones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades avalada por la SDN, no había un apartado en específico para las enfermedades mentales, y no fue hasta 1943 que Léo Kanner publicó el artículo *Autistic Disturbance of Affective Contact*⁴ y en 1956 *Early infantile Autism*⁵, donde a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, específicamente en varones, pudo describir un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad del autismo; ya que desde el primer año de vida puede observarse una sintomatología marcada por la adicción a las rutinas, la soledad y el retraso o ausencia de la adquisición del lenguaje verbal. Una contribución contemporánea fue realizada por el psiquiatra y pediatra Hans Asperger, que en el año de 1944 publicó *Die*

*Austiche Psychopathern in Kindersalter*⁶, donde se utiliza el término “autismo”, pero el cuadro clínico descrito por Asperger en dicho trabajo es muy diferente al descrito por Kanner, ya que en éste, se habla de sujetos de mayor edad en los que no se aprecia un retraso significativo del desarrollo y adquisición del lenguaje.

Posteriormente, Kanner y Asperger fueron cuestionados sobre una posible similitud entre los síndromes que describieron, y ambos concordaron que las entidades nosológicas a las cuales hacían referencia en sus trabajos eran completamente diferentes a pesar de la referencia común a la psicopatología autística⁷.

Gracias al artículo de Kanner, quien es conocido como uno de los primeros observadores clínicos, es que se reconoce el autismo como una entidad clínica. En dicho trabajo destaca una serie de características comunes en los niños que examinó, entre las que se encuentran; poca adaptación a los cambios imprevistos, excelente memoria, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real, así como limitaciones en la variedad de la actividad espontánea⁸. Aportó a la ciencia la idea de la función social y la importancia en la vida del ser humano; y esta función así como tantas otras, pueden estar comprometidas; es así que sin notarlo, Kanner comenzó a construir el concepto de “espectro autista”. Pero no fue hasta la llegada de Lorna Wing en 1989 que cobró la dimensión con la que se le conoce actualmente y de la cual se reconocen diversos grados de severidad⁹.

2. DEFINICIÓN TEA

Antes de definir los trastornos del espectro autista (TEA), es importante definir las funciones ejecutivas. Éstas forman un grupo de funciones y habilidades; como las habilidades de planificación, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos, cambio de foco atencional, flexibilidad, generatividad, iniciación y autorregulación de acciones. Según Papazian¹⁰, se puede definir a las

funciones ejecutivas como “los procesos mentales mediante los cuales se resuelven deliberadamente problemas internos y externos. Los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos. Los problemas externos son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno. La meta de las funciones ejecutivas es solucionar estos problemas de una manera eficaz y aceptable para la persona y la sociedad” de manera sintética Tirapu-Ustrárroz¹¹, concibe a las funciones ejecutivas como “un conjunto de procesos cognitivos que actúan en aras de la resolución de situaciones novedosas para las que no se tiene un plan previo de resolución”.

Dentro de las funciones ejecutivas se encuentran:

- Planeación. Operación compleja y dinámica en la que una secuencia de acciones se deben monitorear, reevaluar y actualizar constantemente.
- Flexibilidad cognitiva. También suele denominarse cambio de criterio. Hacen referencia a la habilidad para cambiar a un pensamiento o acción diferente en función de los cambios que ocurren cotidianamente.
- Inhibición de respuesta. Esta función es uno de los procesos mentales imprescindibles para la regulación y el control del comportamiento. La alteración de estos procesos puede convertirse en la base del comportamiento repetitivo de las personas con TEA.
- Habilidades mentalistas. Esta es una de las funciones más importantes que permite atribuir los estados emocionales de las personas que nos rodean y así poder anticipar sus comportamientos. Esta habilidad es imprescindible para sobrevivir en el mundo social, y puede traducirse como “empatía”. Existen diversos componentes relacionados con la empatía.

- Sentido de la actividad. El principio de esta función ejecutiva se basa en la naturaleza propositiva del ser humano. “Somos seres intencionales”, esto se traduce en nuestras acciones, ya que cualquier acción que se realice tiene un propósito. La investigación sobre el sentido de la actividad en las personas con TEA se traduce en la dificultad que se observa para dar sentido a las acciones¹². (Figura 1.)

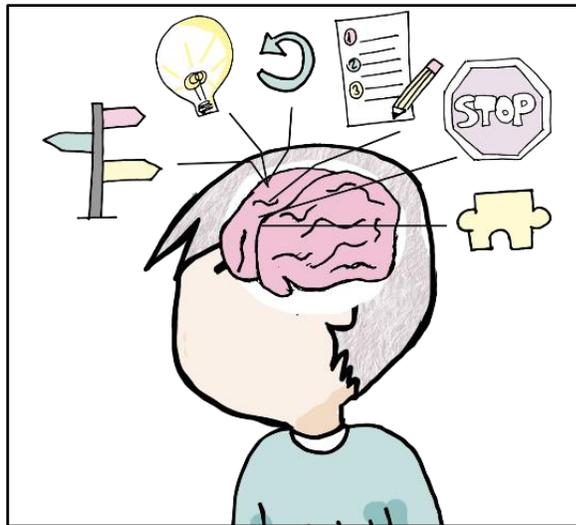


Figura 1. Funciones ejecutivas¹³.

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico de origen biológico que aparece en la primera infancia, donde la interacción social, lenguaje, comportamiento y funciones cognitivas están afectadas¹⁴. Caracterizado por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en la comunicación, el lenguaje, y por la presencia de conductas repetitivas e intereses y actividades restringidos¹⁵.

Los trastornos del espectro autista, también pueden ser denominados trastornos generalizados del desarrollo (TGD). Son considerados como un desorden mayor mental de la infancia; por lo que los niños que la presentan necesitan una gran dedicación de sus familias. El diagnóstico del TEA es clínico; y su pronóstico depende del diagnóstico precoz, y de un tratamiento oportuno¹⁶.

Los niños que padecen esta deficiencia social, están caracterizados por una triada de déficit en reconocimiento, comunicación y comprensión social; por ejemplo, dentro de la comunicación social el niño más gravemente afectado puede no realizar ningún esfuerzo en absoluto para iniciar algún tipo de comunicación; la forma más suave de la deficiencia se representa por dificultades sutiles para reconocer las necesidades de los interlocutores en una conversación¹⁷. Wing considera que en lugar de pensar de manera rígida en un síndrome discreto de autismo, se debería de considerar la existencia de un continuo de trastornos autistas; de la misma manera, si un niño presenta alguna de las deficiencias descritas dentro de la triada social, es posible que se encuentre dentro del continuo autista.

Los trastornos del espectro autista suelen variar de un niño a otro; pero sin importar la intensidad, los síntomas incluirán un desarrollo atípico en tres áreas primarias: 1) habilidades sociales, 2) habilidades de lenguaje y 3) comportamientos limitados y repetitivos.

1) En cuanto a las habilidades sociales, los niños con TEA no muestran desarrollo en las habilidades tempranas de interacción social. Suelen dar la impresión de no tener un impulso para interactuar socialmente. Este desequilibrio afecta la interacción que presentan los niños con los adultos y los niños con otros niños, influyendo en la capacidad que tienen los niños para iniciar interacciones con otras personas, y en la capacidad de responder a las interacciones que otros han iniciado con ellos. Suelen ser niños que no sonrían cuando alguien les sonrío, no responden cuando se les llama por su nombre, no participan en juegos y no imitan las acciones de otros niños.

2) Partiendo de las habilidades del lenguaje, el desarrollo del lenguaje hablado será tardío, algunos niños con TEA no comprenden el proceso de comunicación; por ejemplo, no saben pedir ayuda, no saben hacer una elección; y su manera de hacerlo es recurriendo al llanto o a las rabietas.

También suelen presentar ecolalia (repetición de palabras escuchadas en el pasado).

3) Hablando de comportamientos limitados y repetitivos cabe destacar que los niños con TEA suelen basar sus vidas en la repetición de rutinas o rituales; en caso de producirse un cambio en su rutina podrían experimentar una rabieta resultado de la frustración.

Las personas con TEA se caracterizan por tener carencias adaptativas que pueden desembocar en conductas desafiantes o lesivas, y pueden presentarse como: autoagresiones, agresiones a terceros, agresiones contra el entorno, conductas inapropiadas, falta de atención o ensimismamiento, conductas inflexibles o negativas¹⁸. El comportamiento autolesivo se presenta como consecuencia a situaciones de estrés, como medio para llamar la atención o por deterioro de la comunicación y alteración de la percepción del dolor¹⁹.

3. CLASIFICACIÓN TEA

Se pueden diferenciar diversos cuadros o etapas clínicas de los trastornos del espectro autista: el autismo de Kanner, síndrome de Asperger, trastorno semántico pragmático, trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico, trastorno desintegrativo de la infancia o síndrome de Heller, síndrome de Rett.

1. Autismo de Kanner.

Comprende al grupo de niños descritos por Kanner en 1943.

Suele ser visible antes de los 30 meses; quienes lo padecen, presentan un desarrollo social deteriorado; también se observa retraso y desviaciones en el desarrollo del lenguaje así como ecolalia y dislalia; de la misma manera, es notable la insistencia en la invariabilidad de sus acciones, la cual se demuestra a través de patrones de juego estereotipados y resistencia al cambio²⁰; pueden quedar fascinados por un movimiento determinado por

tiempo ilimitado. También se pueden observar movimientos corporales estereotipados que incluyen movimiento de manos (aletear, dar golpecillos con un dedo) todo el cuerpo (balancearse, inclinarse, mecerse) inclusive pueden presentarse anomalías posturales (caminar de puntillas).

En algunos casos, pueden presentar hiperactividad, impulsividad, agresividad y comportamientos autolesivos. También se pueden observar respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales; por ejemplo, un elevado umbral para el dolor, hipersensibilidad ante los sonidos y reacciones exageradas a la luz y los colores. Del mismo modo se producen irregularidades en la dieta y en los ciclos del sueño, alteraciones del humor y afectividad, así como la ausencia del miedo como respuesta a peligros reales y un temor desmedido como respuesta a objetos no dañinos.

Los niños que presentan éste trastorno, suelen mostrar cambios alrededor de los cinco o seis años de edad, a esta edad, los niños abandonan gradualmente la ecolalia y de modo espontáneo aprenden a usar de manera adecuada los pronombres adecuados. En algunos casos, el lenguaje se torna más comunicativo y pueden construir con espontaneidad alguna frase, pero aun así pueden presentar dificultades para seguir el curso normal de una conversación, generalmente tienen dificultades para controlar el volumen de su voz y les resulta complicado mantener un tono constante, también presentan problemas de decisión ante las alternativas que se les pueden presentar y suelen repetir la última palabra de la pregunta que se les formuló; pero en la mayoría de los casos los niños con TEA no pueden establecer contacto visual y se comunican solo por gestos. Pueden aceptar sin dificultad alguna los alimentos, y se vuelven más tolerantes a los ruidos y movimientos. También las rabietas de pánico y frustración pueden disminuir; pero la tendencia a los rituales adquiere una forma de preocupación obsesiva.

El autismo a grandes rasgos podría resumirse por una característica forma de pensamiento y aprendizaje; piensan en función de detalles y no en función de conceptos. Se caracterizan por no mostrar afecto, conducen su vida como

si el resto de las personas no existieran, no demuestran interés alguno por los sentimientos y emociones de los otros y su rostro carece de expresión. Les resulta muy difícil asimilar las normas sociales de conducta, así como las conductas sexuales. Exploran su entorno a través del gusto, tacto y olfato.

2. Síndrome de Asperger.

Éste síndrome afecta la interacción social recíproca, la comunicación verbal y no verbal, así como la resistencia para aceptar cambios, la inflexibilidad de pensamiento y poseer campos de interés reducidos.

Por lo general, quienes presentan éste síndrome, suelen ser extremadamente buenos con habilidades de memoria, matemáticas y ciencias. Tienden a mayores problemas de sociabilización con respecto a quienes presentan trastorno semántico pragmático (TSP); sus habilidades sociales pobres son el síntoma nuclear del trastorno, no pueden leer las señales sociales, por lo que no pueden dar las respuestas sociales y emocionales adecuadas. También pueden utilizar un lenguaje ligeramente extraño y suelen interpretar literalmente todo lo que leen o escuchan, por lo que se debe evitar el uso de metáforas y analogías. Se encuentran más cómodos en ambientes estructurados y rutinarios; los niños con frecuencia imponen rutinas rígidas e inflexibles a sí mismos y a quienes les rodean, desde como desean que se hagan las cosas hasta lo que comerán; las rutinas irán cambiando a medida que pasa el tiempo, y a medida que maduren se hará más sencillo razonar con ellos; en caso de que se encuentren con alguna dificultad para decidir o en alguna situación fuera de su zona de confort, recurren a realizar sus actividades preferidas como un medio de escape a la incomodidad que estos retos puedan representar. Les resulta complicado sobrellevar el fracaso; disfrutan ser alabados, así como ganar y ser los primeros en cualquier situación. Son personas con que presentan dificultad para hacer amigos de su edad lo que los puede conducir

a la frustración; su inhabilidad para comunicar sus frustraciones y ansiedades, puede traer como consecuencia mal comportamiento.

Las personas que presentan Asperger muestran un buen nivel de lenguaje hablado, se debe tener en cuenta que su comprensión podría no encontrarse en el mismo nivel. Su lenguaje corporal así como sus expresiones faciales pueden parecer extrañas ya que suelen tener la mirada rígida y fija en lugar de mantener contacto visual.

Algunos niños que presentan síndrome de Asperger hablan continuamente (hiperverbales); por lo regular de un tema de su propio interés sin tomar en cuenta el aburrimiento o desinterés de quienes lo escuchan.

Aunque el síndrome de Asperger es más común que el autismo de Kanner; sigue siendo una condición rara y poco conocida.

3. Trastorno semántico pragmático (TSP).

Este trastorno fue descrito originalmente en 1983 por Rapin y Allen en publicaciones sobre trastornos del lenguaje²¹.

Este grupo es el que muestra la mayor capacidad para sociabilizar, pero desde un principio muestran más problemas en aprender las destrezas básicas del lenguaje; la dificultad radica en la forma que tienen para procesar la información ya que suelen tener problemas para extraer el significado central o la importancia de alguna frase o acontecimiento, por lo que entender las bromas o comentarios sarcásticos y las expresiones que no son literales pueden representar un gran reto; también les resulta difícil escuchar con atención, pues se distraen con facilidad.

Los niños con TSP suelen mantener la invariabilidad del ambiente, también siguen rutinas de forma exagerada, insisten en no variar su dieta, vestir cierta ropa así como desarrollar intereses obsesivos. Regularmente son más sociables en una situación frente a una sola persona, que en una situación que exige estar frente a más personas.

Las personas que presentan TSP se distraen fácilmente, por lo que les es bastante difícil escuchar con atención y pueden intervenir de manera abrupta en conversaciones con temas que no tienen nada que ver al respecto con lo que se está hablando. Aparte de su falta de atención, también se caracterizan por ser impulsivos. Por otro lado tienen demasiada facilidad para entender conceptos visuales como color, forma o tamaño. Su estilo de aprendizaje del lenguaje resulta particular, ya que aprenden memorizando y no razonando; debido a esto tienen limitaciones al emplear el lenguaje con el mismo alcance y flexibilidad que otros niños.

Los niños con TSP suelen presentar hiperlexia; esto quiere decir que aprenden a leer antes que los demás niños, pero no siempre logran comprender lo que leen. También logran entender con rapidez las reglas si se les explican con claridad, y se encargarán de cumplirlas de un modo más rígido.

En el particular caso de los niños con TSP, la hiperactividad que presentan, es un rasgo en común con otros niños que presentan dificultades del aprendizaje; lo que dificulta en algunos casos el diagnóstico.

4. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico. También conocido como Trastorno Extendido del desarrollo No Específico (TEDNE). El diagnóstico de éste trastorno se lleva a cabo cuando existe una alteración severa y generalizada en algunas áreas o comportamientos típicos del espectro autista; pero no se cumple con ninguno de los criterios para un diagnóstico específico.

5. Trastorno desintegrativo de la infancia o síndrome de Heller. Suele caracterizarse por una aparición tardía, ya que aparece después de los tres años de edad; por lo que existe una pérdida en las habilidades ya adquiridas, y se representa por un retraso en el desarrollo del lenguaje, las

funciones sociales, las habilidades motrices, pérdida del control de los esfínteres, así como la presencia de alucinaciones²².

El pronóstico para estos casos es desfavorable.

6. Síndrome de Rett.

Este síndrome está considerado como un trastorno del desarrollo que empieza en la primera infancia, y afecta principalmente a las niñas²³.

Las niñas que nacen con síndrome de Rett suelen tener un desarrollo normal hasta los 6-18 meses. Suelen caracterizarse por conductas autistas, demencia, apraxia, pérdida de la expresión facial y comportamientos estereotipados, elevado umbral para el dolor, déficit de coordinación, trastornos de la comunicación, fluctuación del comportamiento e identidad insegura²⁴.

4. ETIOLOGÍA

Existen diversas teorías acerca del origen etiológico de los trastornos del espectro autista, algunas de ellas sugieren que, al ser un desorden neurológico de origen biológico, sus posibles causas sean trastornos perinatales o anomalías cromosómicas ya que el tamaño del tronco cerebral o del cerebelo, es menor en pacientes con autismo²⁵. También se ha sugerido que el estilo de vida y la dieta de las madres podrían relacionarse con la presencia de TEA²⁶. Otras teorías sostienen que podría existir una relación entre la presencia de TEA y la avanzada edad de la madre (>40 años) y del padre (>50 años)²⁷, tener cortos intervalos durante un embarazo y otro²⁸, se ha intentado relacionar al autismo con las condiciones metabólicas de la madre (hipertensión) y otros factores aún más específicos (infecciones bacterianas o virales durante el embarazo) y antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes²⁹. Otros estudios han intentado relacionar el uso de medicamentos durante el embarazo, como el ácido valproico que se cree incrementa el riesgo de que el producto padezca TEA³⁰. Del mismo modo se ha concluido que la ingesta de

suplementos de ácido fólico antes y durante el embarazo disminuyen los riesgos de TEA de manera significativa³¹.

Se puede resumir que no existe una causa en específico para el desarrollo de TEA, debido a que los trastornos del espectro autista no son un síndrome único, su etiología puede ser diversa y multicausal, por lo que resulta complicado y confuso establecer una etiología precisa (Figura 2).

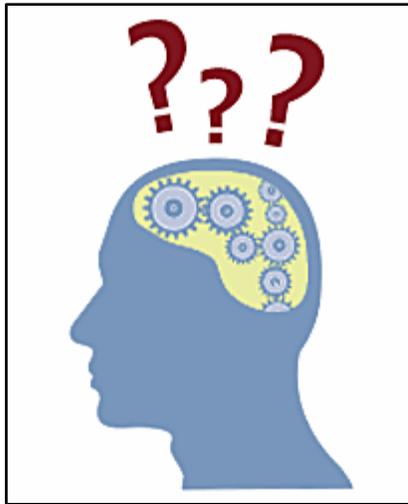


Figura 2. Etiología desconocida ³².

5. MANEJO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON TEA.

El paciente con TEA al igual que los padres, necesitan recibir una atención integral, educación especial enfocada a la modificación de la conducta, percibir un entorno altamente estructurado, terapia del lenguaje y entrenamiento en habilidades sociales con el único fin de alcanzar la independencia en actividades cotidianas y de autocuidados³³.

Es importante tener en cuenta que los niños con TEA en algunos casos pueden utilizar fármacos como tratamiento secundario, gracias a los cuales se pueden reducir los comportamientos no deseables, así como tratar las comorbilidades propias del trastorno tales como la epilepsia y ansiedad.

Tabla 1. Fármacos usados frecuentemente en pacientes con TEA¹⁴.		
Fármaco	Uso	Indicaciones
Carbamacepina	Anticonvulsivante	-Control del humor. -Antiagresión. -Anticonvulsivante.
Litio	Antimaniaco	-Antiagresión.
Fluoxetina.	Antidepresivo.	-Reducir convulsiones ansiedad y miedo. -Tratar la depresión. -Prevenir las autolesiones.
Metilfenildato.	Estimulante del SNC	-Calmar hiperactividad. -Ganar atención.
Naltrexona.	Antagonista opiáceo.	-Reduce el aislamiento social. -Previene autolesiones.
Olanzapina.	Antipsicótico.	Disminuir alucinaciones.
Risperidona.	Antipsicótico.	-Antiagresiones. -Disminuir alucinaciones. -Disminuir irritabilidad.
Sertalina.	Antidepresivo.	-Reduce convulsiones, ansiedad y miedo. -Tratar la depresión. -Prevenir las autolesiones.
Ác. Valproico.	Anticonvulsivante.	-Controla los ataques de autoagresión. -anticonvulsivante.

6. ATENCIÓN DENTAL EN PACIENTES CON TEA.

Es básico conocer las características mencionadas anteriormente, de los niños con TEA a nivel biológico, psicológico, social y de su sistema estomatognático, para así diseñar un abordaje conductual adecuado a las necesidades de cada paciente.

Se debe tener en cuenta que los niños con TEA, en ocasiones, no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones, tales como miedo o dolor, lo que podría dificultar el manejo en la consulta dental. Debido a las características

conductuales y psicológicas del paciente odontopediátrico con TEA, los protocolos que el profesional de la salud está acostumbrado a llevar a cabo, deberán ser modificados en cierta medida ¹⁴.

La salud oral y las necesidades odontológicas de los niños y jóvenes con TEA fueron estudiadas en 1989 por Shapira, et al³⁴; quién comparó la salud oral de los niños con TEA y esquizofrénicos y encontraron que los niños con TEA presentaban con mayor frecuencia patologías periodontales y menores niveles de caries dental. Del mismo modo, las personas con TEA son poseedoras de una gran cantidad de manías y hábitos parafuncionales tales como: respiración bucal, succión digital, bruxismo, morderse la ropa, queilofagia (morderse los labios), onicofagia (morderse las uñas), golpearse la cabeza y cara. Como consecuencia de estos hábitos nocivos podrían presentarse alteraciones en las principales funciones del aparato estomatognático tales como: deglución, fonación y masticación; y de la misma manera podrían generarse maloclusiones. También es frecuente encontrar traumatismos dentales a consecuencia de hiperactividad¹⁶.

Es vital no olvidar que los pacientes con TEA pueden llevar un tratamiento farmacológico; y que dichos fármacos pueden tener repercusiones en la cavidad oral (Tabla 2).

Tabla 2. Efectos secundarios de medicamentos usados en pacientes con TEA en la cavidad oral¹⁴. (continua)					
Fármaco	Xerostomía	Sialorrea	Disfagia	Sialodentitis	Disgeusia
Carbamacepina	+	0	0	0	0
Clonidina	+	0	+	+	0
Litio	+	0	0	+	+
Fluoxetina	+	0	0	+	+
Metilfenidato	+	0	0	0	0
Nalterxona	+	0	0	0	0
Olanzapina	+	+	+	0	0

Fármaco	Xerostomía	Sialorrea	Disfagia	Sialodentitis	Disgeusia
Risperidona	+	+	+	0	+
Sertralina	+	0	+	0	+
Ác. Valproico	+	0	0	0	+

Tabla 2. Efectos secundarios de medicamentos usados en pacientes con TEA en la cavidad oral¹⁴. (continua)

Fármaco	Estomatitis	Gingivitis	Glositis	Edema lingual	Cambios de color en lengua
Carbamacepina	+	0	+	0	0
Clonidina	0	0	0	0	0
Litio	+	0	0	0	0
Fluoxetina	+	+	+	0	+
Metilfenidato	0	0	0	0	0
Nalterxona	0	0	0	0	0
Olanzapina	+	+	+	+	0
Risperidona	+	+	0	+	+
Sertralina	+	0	+	+	0
Ác. Valproico	0	0	+	0	0

Tabla 2. Efectos secundarios de medicamentos usados en pacientes con TEA en la cavidad oral¹⁴.

Fármaco	Cambios de color en lengua	Bruxismo	Miscelánea
Carbamacepina	0	0	Figura 3.
Clonidina	0	0	Figura 4.
Litio	0	0	Figura 5.
Fluoxetina	+	+	Figura 6.
Metilfenildato	0	0	Figura 3.

Fármaco	Cambios de color en lengua	Bruxismo	Miscelánea
Naltrexona	0	0	Adenopatías, congestión nasal.
Olanzapina	0	0	Figura 7, 8.
Risperidona	+	+	Odontalgia, parálisis lingual.
Sertralina	0	+	Figura 9.
Ác. Valproico	0	0	Figura 8.



Figura 3. Eritema exudativo multiforme³⁵.



Figura 4. Inflamación y dolor de la parótida³⁶.



Figura 5. Ulceraciones³⁷.

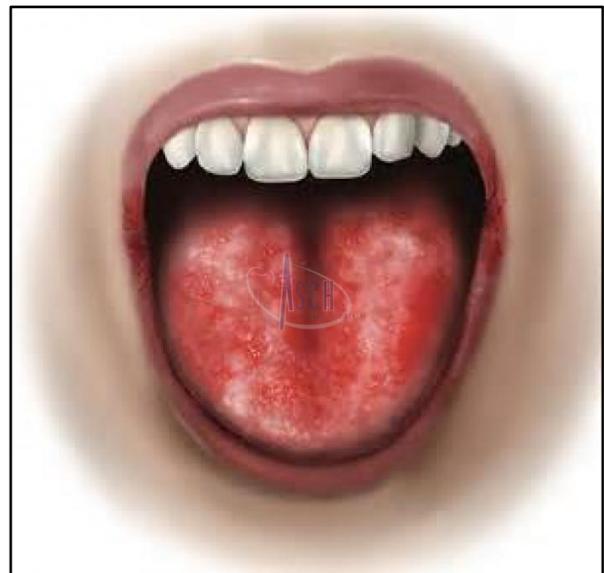


Figura 6. Ardor lingual³⁸.



Figura 7. Candidiasis³⁹.



Figura 8. Absceso periodontal⁴⁰.



Figura 9. Hiperplasia gingival⁴¹.

Generalmente, el cuidado odontológico es uno de los temas de salud no atendidos en niños con necesidades especiales⁴². Uno de los principales problemas en niños con TEA podría ser el reto que implica la rutina diaria de higiene dental debido a diversas causas; por ejemplo, el tener la cara mojada puede resultar molesto, el sabor o la textura de la pasta dental podría resultar desagradable, incapacidad para escupir, etc., debido a esto, es esencial que los niños con TEA acudan a la consulta dental antes de presentar cualquier problema relacionado con la salud oral para tratar de establecer una familiarización con el entorno y crear una rutina en higiene oral.

Es fundamental conocer las barreras sociales que puede representar el TEA y de la misma manera elaborar un protocolo de atención⁴² para los pacientes con TEA. Esto incluye:

1. Hablar con los padres y educadores (en caso de tenerlos) acerca de las experiencias previas del niño, así como recomendaciones en cuanto el trato que prefiere el niño; si existen estímulos que pudieran llegar a alterarlos. Del mismo modo, es importante realizar una anamnesis completa del paciente, tener conocimiento acerca de sus antecedentes personales patológicos, y el uso de medicamentos. Es recomendable que todo esto se realice en una cita previa sin la presencia del niño, para evitar que la espera y estadía en la consulta dental se prolongue más de lo necesario.
2. Una vez que el niño acude a la consulta, es recomendable que el tiempo en la sala de espera sea el menor posible, antes de realizar cualquier procedimiento; podría ser conveniente hacer una visita de familiarización con el equipo e instalaciones, así el niño podrá conocer el mobiliario e instrumental, mostrándole lo que se utilizará y como es que funciona.
3. Se debe tener en cuenta que, los niños con TEA suelen ser muy sensibles a factores sensoriales (movimientos repentinos, sonidos fuertes, texturas, etc.) lo que podría ocasionar alteraciones conductuales que podrían interferir con el trabajo del odontólogo y ocasionar una lesión en el niño. Por eso es importante evitar movimientos bruscos y, del mismo modo advertir al niño acerca del ruido o luz que pudiera percibir. Se debe ocultar todo instrumental que pueda aumentar la ansiedad del niño. Se recomienda que las sesiones sean cortas, así mismo llevar a cabo técnicas de modificación de la conducta como la desensibilización; esto quiere decir que se debe comenzar con los tratamientos más sencillos y gradualmente ir escalando hasta cubrir todas las necesidades del paciente. Es importante que la primer cita sea breve y positiva; procurando atender a

los pacientes con TEA en las primeras horas del día; por que el niño no se encontrará fatigado ni física ni mentalmente; utilizar el lenguaje apropiado dependiendo de la edad del paciente, así como dar una instrucción a la vez.

Las principales técnicas del manejo de la conducta para llevar a cabo en los pacientes con TEA son:

- Decir-Mostrar-Hacer. Estos pacientes reaccionan mejor cuando saben qué es lo que va a suceder y cómo es que va a suceder. El odontólogo deberá procurar explicar todo procedimiento de una manera sensata y sencilla, con frases directas y cortas. Los niños con TEA suelen tomar todo de forma literal y por lo mismo es primordial tener cuidado con lo que se dice (Figura 10).

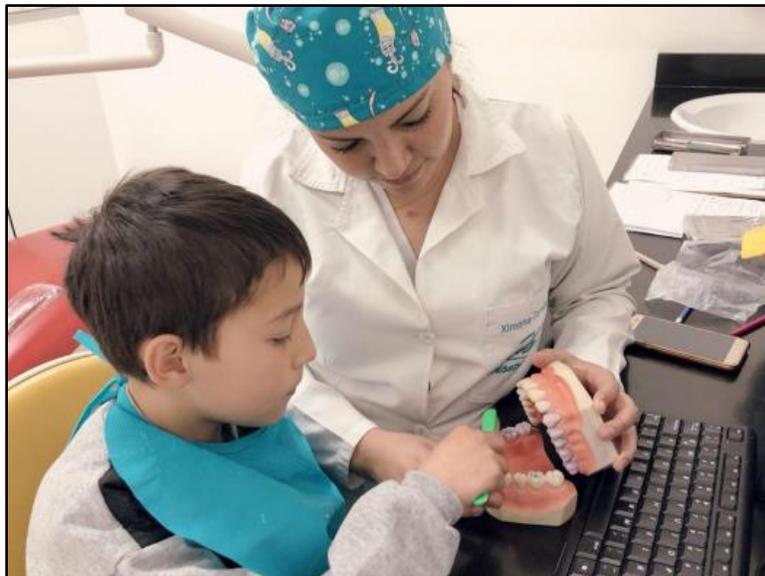


Figura 10. Técnica Decir-Mostrar-Hacer ⁴³.

- Control de voz. Es importante abordar al niño con TEA de forma calmada y amistosa siempre cuidando su espacio personal.

- Refuerzo positivo. Se debe realizar de manera inmediata y hacerlo en repetidas ocasiones para condicionar positivamente la buena conducta (Figura 11).

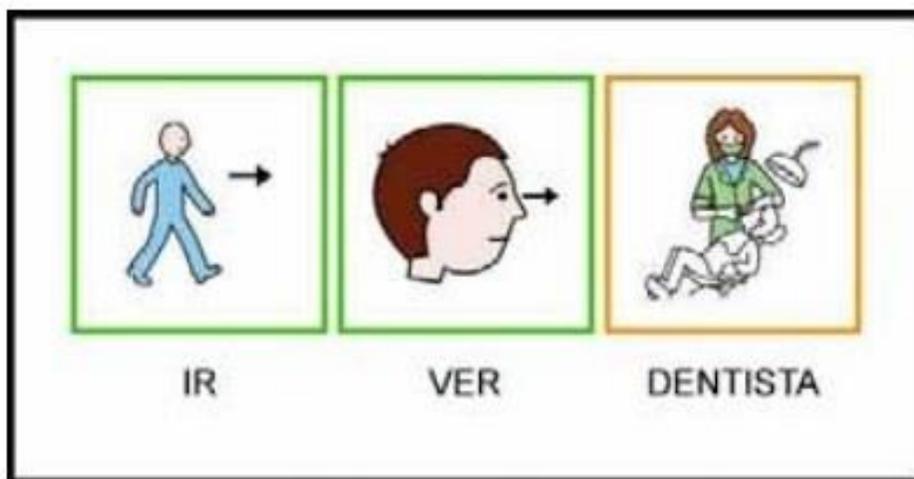


Figura 11. Técnica Refuerzo positivo ⁴⁴.

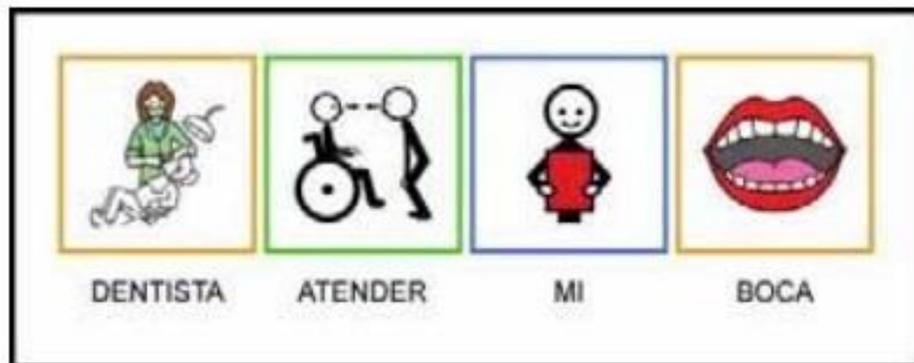
- Distracción contingente. Durante el procedimiento se puede desviar la atención del paciente para disminuir su ansiedad.
- Uso de pictogramas. Es importante desglosar la visita a la consulta mediante apoyos visuales. Las personas con TEA asimilan y retienen la información que se les presenta de manera visual. Los pictogramas que se muestren deben ser sencillos, concretos y esquemáticos. Las ventajas de los pictogramas son muchas, entre las que se encuentran; que son individuales, pueden realizarse al momento, los puede realizar cualquier persona (Figura 12, 13).



Figura 12. Pictograma⁴⁵.



"Voy a visitar al odontólogo"



"El odontólogo cuida de mi boca"

Figura 13. Pictograma⁴⁵.

- Inmovilización. Esta técnica se utilizará solo cuando sea estrictamente necesario y solo cuando sea primordial proteger la integridad física del niño. Lo más común sería el uso de abre bocas o bloques de mordida (Figura 14, 15, 16).



Figura 14. Abre bocas Molt⁴⁶.



Figura 15. Bloque de mordida⁴⁷.



Figura 16. Papoose board⁴⁸.

4. Se debe identificar si el paciente tiene la habilidad motriz para realizar por sí mismo la higiene oral, o si esta debe ser realizada por los padres. Si el paciente tiene la habilidad de cepillarse por sí mismo se le deberá mostrar la técnica de cepillado adecuada para sus necesidades, utilizando las técnicas de modificación de conducta mencionadas anteriormente. En ambos casos, los pacientes y sus padres, deben ser educados y concientizados sobre la importancia del cuidado en casa. Se puede

recomendar colocar todo lo necesario para realizar la higiene oral en un sitio fijo y fomentar el hábito de hacerlo después de cada comida.

Así mismo, es necesario elaborar un algoritmo de atención dada la importancia de prevenir cualquier situación que pudiera presentarse durante la consulta dental con respecto a los pacientes con TEA, teniendo en cuenta que estos pacientes presentan una alta probabilidad de desarrollar epilepsia (5-40%)⁴⁹.

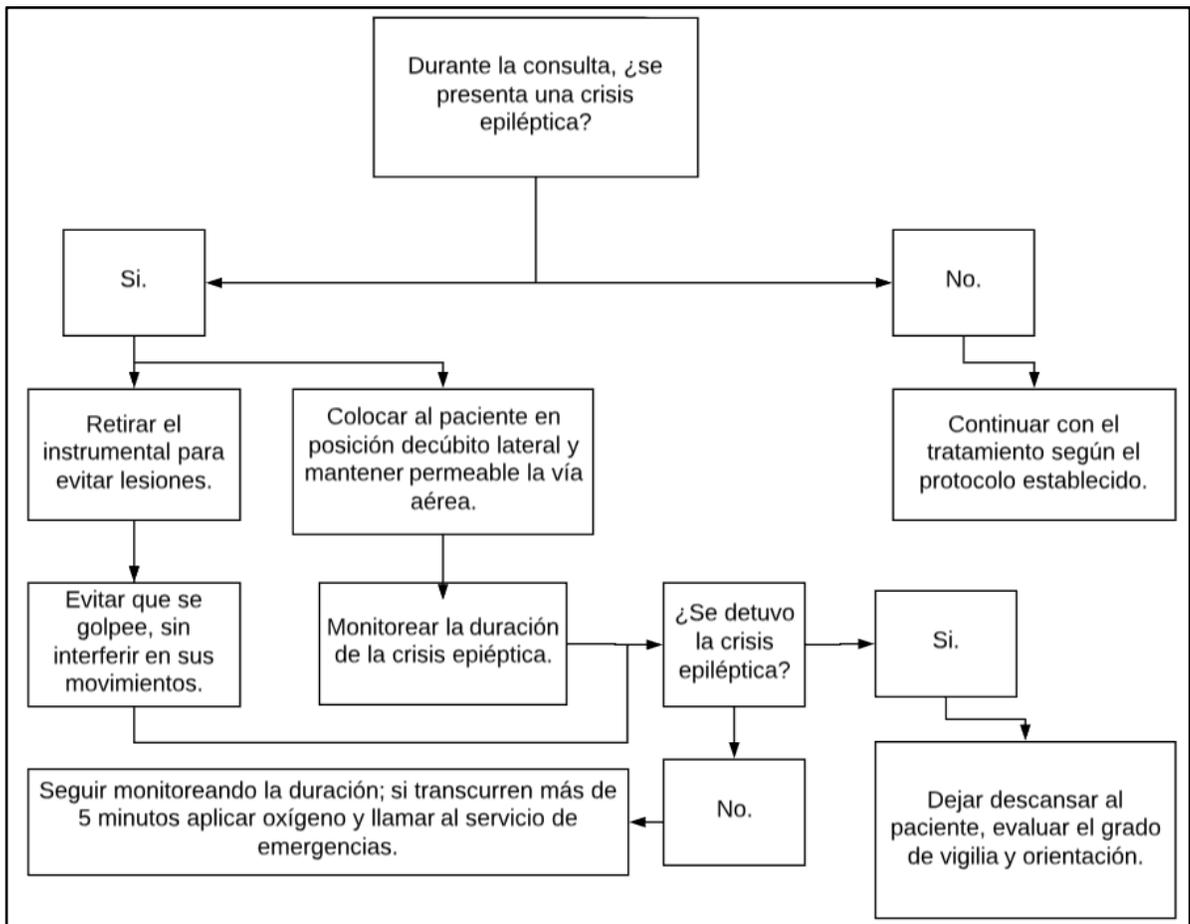


Figura 17. Algoritmo de atención en pacientes que presentan crisis epilépticas. F. D.

CONCLUSIONES

Hoy en día se puede encontrar con mucha facilidad referencias acerca de los trastornos del espectro autista y sus características. Existen numerosas asociaciones que ofrecen información de manera práctica y simplificada dirigida principalmente a los padres para la identificación de los signos de alerta, y al mismo tiempo la canalización con los especialistas, para que estos puedan llevar a cabo un diagnóstico temprano ^(Anexo).

Se debe recordar que después del diagnóstico, los pacientes con TEA y las personas que los rodean; deben recibir atención de manera multidisciplinaria, con el objetivo de lograr que los niños se desarrollen como individuos autosuficientes y procurar de manera gradual la integración a las actividades cotidianas dentro de sus posibilidades sociales.

De acuerdo a la OMS⁵⁰, la prevalencia del TEA ha ido en aumento en los últimos años (1:160 en 2017). Sin embargo es importante señalar que actualmente, el diagnóstico de los trastornos del espectro autista se llevan a cabo de manera precoz y oportuna.

Como profesionales de la salud, no es indispensable especializarse en este rubro para satisfacer las necesidades de salud oral en los pacientes; sin embargo, la empatía juega un papel vital en la atención dental. Se debe ganar su confianza haciéndolos sentir cómodos respetando su espacio y sobre todo tener a la mano los pictogramas, que de manera explícita les muestre el procedimiento que se pretende realizar. También se recomienda una consulta previa con los padres para que faciliten al cirujano dentista la información necesaria acerca de los estímulos, como son: olores, colores y texturas que agradan y desagradan al niño; con la finalidad de crear un ambiente adecuado para que el paciente no se sienta incómodo durante la consulta dental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heller T. Dementia infantilis: Verblodungsprozess im Kindesalter. Zeitschrift für die Erforschung and Behandlung des Jungenlichen Schwachsinn.1908; 2: 17-28.
2. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig Deuticke 1911.
3. Minkowski E. La schizophrénie. (1927) Nouvelle Edition: París: Desclée de Brouwer; 1953.
4. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. Ner Child 1943; 32:217-253.
5. Kanner L, Eissler L. Early infantile autism. A J Orthopsych 1943; 26(3):217-250.
6. Asperger. Die Autistische psychopathen in kindersalter. Archiv Psychiatrie Nervenkrankheiten 1944; 117:76-136.
7. Garrabe de Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental. 2012; 35: 275-261.
8. Palau M, Pèlach F, Valls A, Salvadó B, Muñoz JA. Introducción e historia del autismo. En: Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo de la Fundación Autismo Mas Casadevall, F.P Barcelona: Ed. Ediciones Gráficas Rey S.L; 2005: 17-27.

9. Wing L. Autistic adults. Diagnosis and treatment of autism. New York: Plenum Press; 1989.
10. Papazian O; Alfonso I; Luzondo R. J. Trastornos de las funciones ejecutivas. Rev Neurol 2006; 42 (Supl 3): S45-50.
11. Tirapu-Ustrárroz J. Estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas. 1ª ed. Cataluña. Universidad Oberta de Catalunya; 2010. 29-33. La rehabilitación de las funciones ejecutivas.
12. Rivière A. Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. 1ª ed. España. Ministerio de asuntos sociales; 1997. 107-160. Tratamiento y definición del espectro autista II.
13. Funciones ejecutivas. Imagen disponible en : <http://www.ayudarte psicologia.com/blog/juegos-educativos-mejorar-funciones-ejecutivas-ninos-3-8-anos/> [Consultado el 04-03-2019]
14. Gómez B; Badillo V; Martínez EM; Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient Dent 2009; 6, 3: 207-2015.
15. Martos-Pérez J; Paula-Pérez I. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. Rev Neurol 2011; 52 (Supl 1): S147-53.
16. Pimienta N; González Y; Rodríguez L. Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología. Acta Médica del Centro 2017; 11: 56-69.

17. Etcheroareborda M. C. Perfiles neurocognitivos del espectro autista. Rev Neurol Clin 2001; 2 (1): 175-192.
18. Comin D. Conductas desafiantes, agresiones y autoagresiones en los Trastornos del Espectro del Autismo -parte I [Internet]. Autismodiario.org. 6 Feb 2012 [Consultado 20 Feb 2019]. Disponible en: <https://autismodiario.org/2012/02/06/conductas-desafiantes-agresiones-y-autoagresiones-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo-parte-i/>.
19. Mat3nez-Le3n M.; et al. Paciente autista en el 3mbito odontol3gico: autoagresiones versus maltrato infantil. Gac int. Cienc. Forense 2013; 61-73.
20. Rutter M. Language, cognition and autism. In Katzman R. Congenital and acquired cognitive disorders. 1a Ed. New York: Raven Press; 1979. p.247-264.
21. Rapin I; Allen D. A. Developmental language disorders: nosological considerations. En: Kirk U. Neuropsychology of language, reading and spelling. 1a ed. New York: Academic Press; 1983. p.155-184.
22. D3az-Atienza F, Garc3a-Pablos C, Mart3n Romera A, Diagn3stico precoz de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Rev Psiquiatr Psicol Ni3os Adoles 2004; 4 (2): 127-144.
23. Posada De la Paz M, Ferrari-Arroyo MJ, Touri3o E, Boada L. Investigaci3n epidemiol3gica en el autismo: una visi3n integradora. Rev Neurol 2005; 40 (1): 191-8.

24. Hervás A, Maristany M, Salgado M, Sánchez-Santos L. Los trastornos del espectro autista. *Pediatr Integral* 2012; 16 (10): 780-794.
25. Klein U, J. Nowak A. Characteristic of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. *Spec Care Dentist* 1999; 19(5): 200-207.
26. Mandy W, Lai MC. Towards sex-and gender- informed autism research. *Autism* 2017; 21: 643-45.
27. Idring S, Magnusson C, Lundberg M, et al. Parental age and the risk of autism: finding from a Swedish population-based cohort. *Int J Epidemiol* 2014;43:107-15.
28. Lyall K, Croen L, Daniels J, et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health* 2017; 38: 81-102.
29. Lyall K, Ashwood P, Van de Water J, Hertz-Picciotto I. Maternal immune-mediated conditions, autism spectrum disorders, and developmental delay. *J Autism Dev Disord* 2014; 44: 1546-55.
30. Christensen J, Gronborg TK, Sorensen MJ, et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism. *JAMA* 2013; 309: 1696-703.
31. Schmidt RJ, Tancredi DJ, Ozonoff S, et al. Maternal preconceptional folic acid intake and risk of autism spectrum disorders and developmental delay in the CHARGE (Childhood Autism Risk from Genetics and Environment) case-control study. *Am J Clin Nutr* 2012; 96: 80-89.

32. Etiología desconocida. Imagen disponible en:
<https://psicologiajuridicaforense.wordpress.com/2011/01/05/autopsia-psicologica/> [Consultado el 04-03-2019]
33. Friedlander AH, Friedlander IK, Velasco Ortega E, Casas Barquero N, Gómez Torres M J. Autismo: fisiopatología, atención médica e implicaciones dentales. Archivos de Odontoestomatología 2005; 21(4): 234-244.
34. Shapira J, et al. Oral health status and dental needs of and Autistic population of children and Young adults. Spec Care Dentist 1989; 9(2): 38-41.
35. Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millán I. Eritema multiforme - Conducta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. 2009; 42(4): 1-27.
36. Inflamación y dolor de la parótida. Imagen disponible en:
<http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=689> [Consultado el 04-03-2019]
37. Cogorno V, Peñuela A, Veitia J, Jiménez C. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana. 2010; 48(2): 1-16.
38. Ardor lingual. Imagen disponible en:
<http://www.clinicadentalasch.com/hablamos-odontologia/sensacion-ardor-boca> [Consultado el 04-03-2019]

39. Candidiasis. Imagen disponible en: https://bocasana.net/enfermedades-bucales-mas-comunes/#Candidiasis_oral_o_muguet [Consultado en 04-03-2019]
40. Absceso periodontal. Imagen disponible en: <https://www.lifeder.com/absceso-periodontal/> [Consultado en 04-03-2019]
41. Cañas L, Pardo M, Arboleda S. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos. Reporte de un caso clínico. Univ Odontol. 2017; 36(77): 1-14.
42. Llorente Atienza O. Manejo de pacientes con T.E.A en odontología. La importancia de los hábitos de higiene. Gaceta Dental. 2014; 261: 176-201.
43. Corella XA. Influencia de la técnica odontopediátrica “Decir-mostrar-hacer” en el comportamiento del niño de 5 a 10 años que acude al Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo 2018-2 [Tesis]. Universidad de las Américas; 2018.
44. Refuerzo positivo. Imagen disponible en: <https://revistafamilia.ec/padres-e-hijos/beneficios-odontopediatria.html> [Consultado el 04-03-2019]
45. Pictograma. Imagen disponible en: <https://mundoodontologo.com/odontologia-atencion-pacientes-autismo/> [Consultado el 04-03-2019]
46. Abrebocas Molt. Imagen disponible en: <https://www.dentalcost.es/instrumental-odontopediatria/1279-abrebocas-molt-masters.html> [Consultado el 04-03-2019]

47. Bloque de mordida. Imagen disponible en:
<https://www.djldental.com/Bloque-mordida> [Consultado el 04-03-2019]
48. Papoose board. Imagen disponible en:
<https://mobilemedical.com.au/rainbow-stabilising-system> [Consultado el 04-03-2019]
49. García JJ. Autismo, epilepsia y enfermedad mitocondrial: puntos de contacto. Rev Neurol. 2008; 46 (Supl1): S79-85.
50. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 04 Abril 2017. Organización Mundial de la Salud [Consultado 20 Marzo 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

ANEXO

Anexo. Información referente a los trastornos del espectro autista en la red.



Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"La Presentación" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.B.C. #

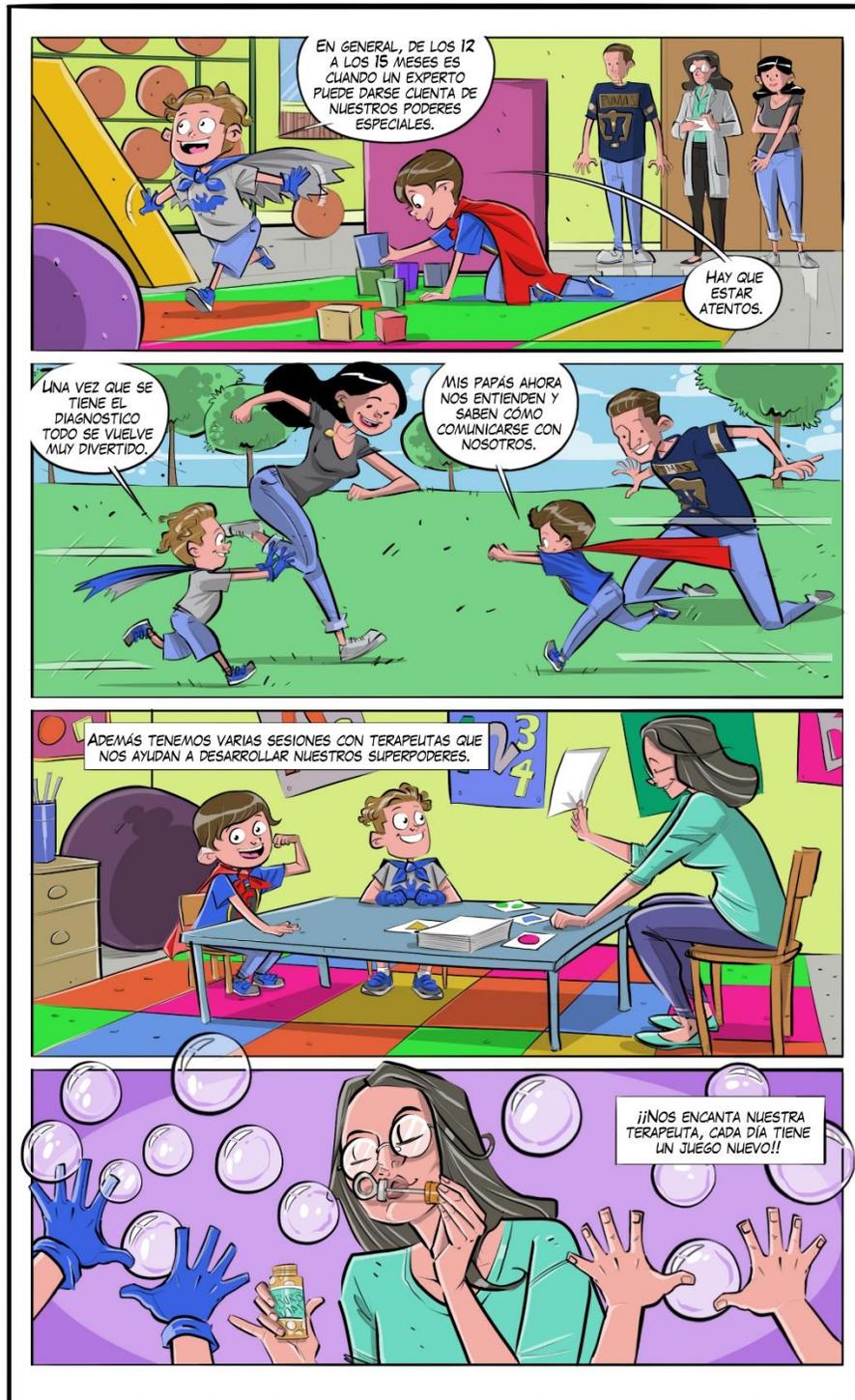


Los Hermanos Extraordinarios

"El diagnóstico" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. ✱



Fuente: autism4good.org



Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"¿Qué es el TEA.?" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. #



Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"Feliz Navidad y año nuevo" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. ✱



Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"Escuela de Padres" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. 19.



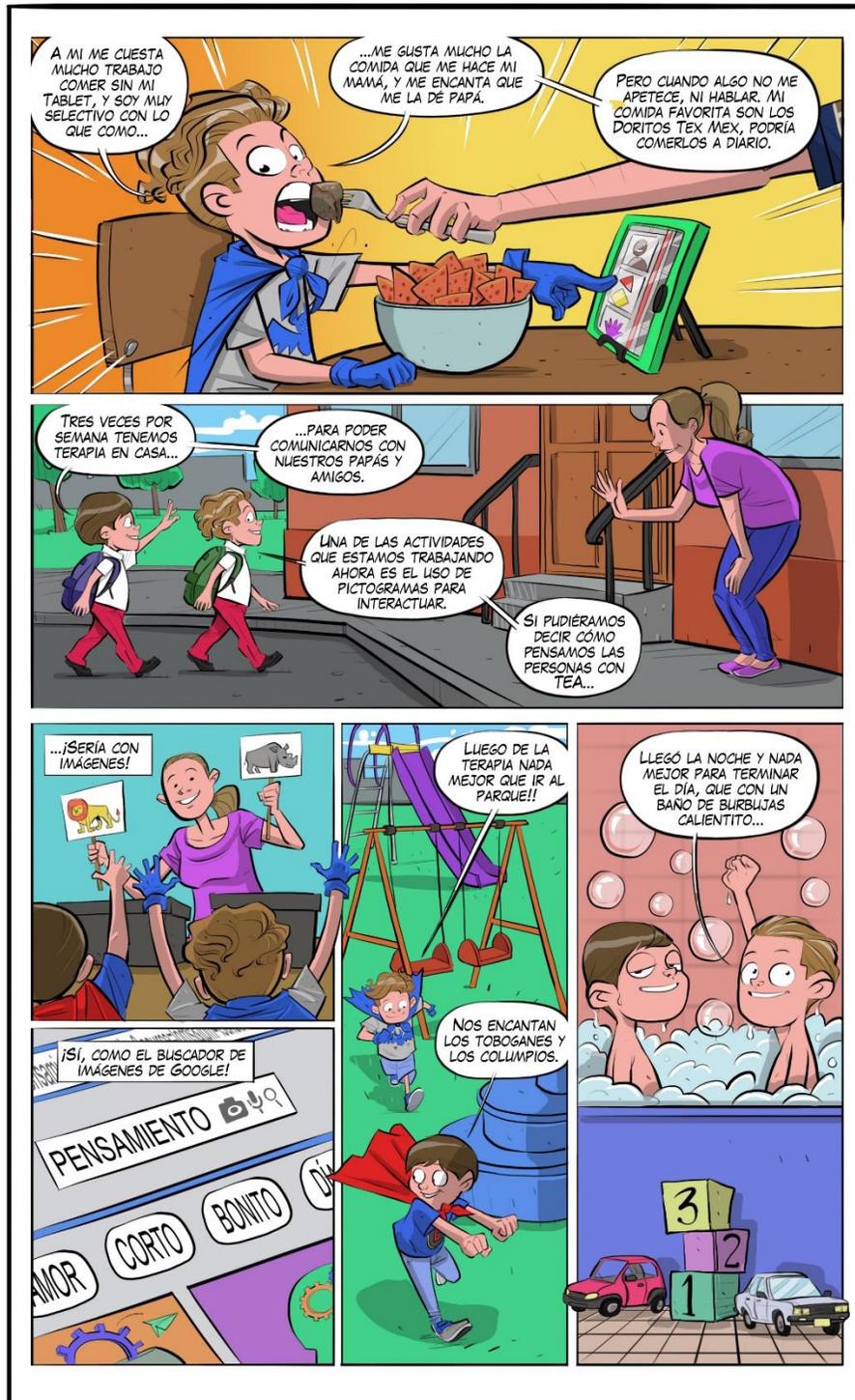
Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"Un día en nuestras vidas" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. 19.



Fuente: autism4good.org



Fuente: autism4good.org

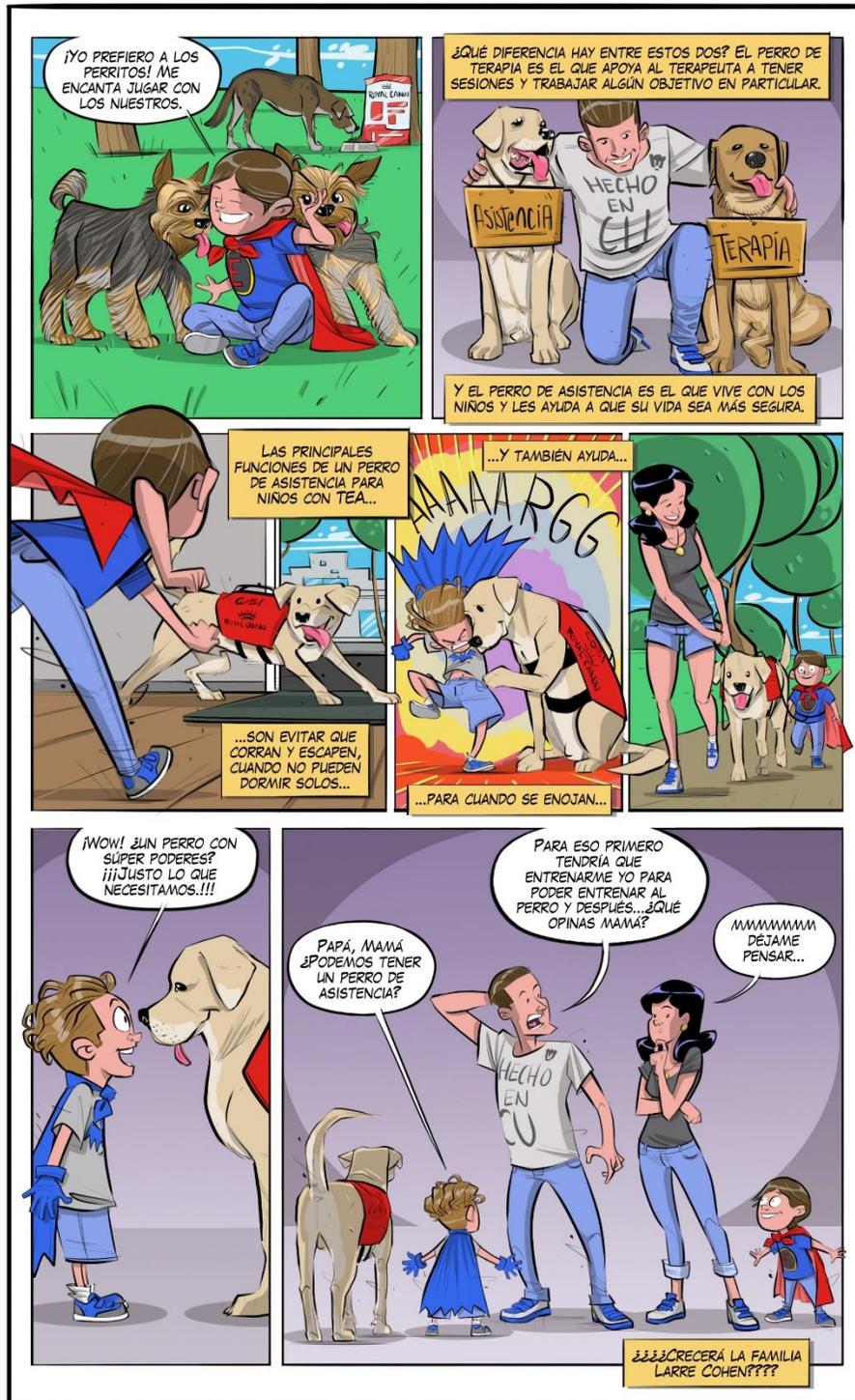
Los Hermanos Extraordinarios

"Terapias con animales" Por:
Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.G. 19.



PARA MÁS INFORMACIÓN VISITA WWW.AUTISM4GOOD.ORG

Fuente: autism4good.org



Fuente: autism4good.org

Los Hermanos Extraordinarios

"Nuestros amigos" Por: Familia Larre-Cohen & Alfredo S.R.E. M.



Fuente: autism4good.org



Detección temprana en CEA

En la actualidad la **incidencia** de la Condición de Espectro Autista (CEA) según la OMS es de 1 de cada 160 niños a nivel mundial (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>) y en **México** los casos son de **1 de cada 115** niños (Speaks, 2016).



Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando, en Estados Unidos la prevalencia es de 1 de cada 68 (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades).



Fuente: autismoarena.org

Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una **mayor** claridad en saber cuáles son los **síntomas**, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.



Algunas señales de alerta para detectar la Condición del Espectro Autista:



- *La habilidad de un niño de voltear hacia donde el adulto señala y no lo hace.*
- *No señalar las cosas que llaman su interés, buscando que el adulto observe lo mismo.*
- *No atiende a su nombre cuando le llaman, como si no escuchara.*
- *Poco o nulo contacto visual.*
- *Extrema pasividad.*
- *Pocas interacciones verbales.*

Fuente: autismoarena.org

- *Lento desarrollo del lenguaje o ausencia del mismo. Ésta es una de las características por la que muchos padres acuden a un especialista.*
- *Llanto, miedo, ansiedad, etc., ante situaciones inesperadas.*
- *Alinear juguetes u objetos (Ponerlos en fila).*
- *Uso inusual de juguetes (girarlos, tirarlos, alinearlos, etc.)*
- *Movimientos extraños o repetitivos.*



Cuanto más temprano se detecten las señales, más pronto se obtiene un diagnóstico y más pronto se puede iniciar con el tratamiento indicado, obteniendo mejores resultados en comparación de un diagnóstico tardío.

Si detectas alguna de estas señales de alerta contáctanos llamando al 83 48 80 00 o bien, déjanos tu mensaje en nuestra página web a través del recuadro de chat que aparece en la esquina inferior derecha de tu pantalla. Nos pondremos en contacto contigo para orientarte.



Noviembre 2017

Fuente: autismoarena.org