



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Odontología

Estrategias de adaptación a la atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno Del Espectro Autista (TEA): Revisión Bibliográfica.

Trabajo de Integración Curricular, previo a la obtención del título de Odontología

AUTORA:

Nataly Rashelle Delgado Mosquera

DIRECTORA:

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Educamos para **Transformar**

Certificación

Loja, 15 de noviembre de 2023

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega Mg. Sc.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estrategias de adaptación a la atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno Del Espectro Autista (TEA): Revisión Bibliográfica.**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, de la autoría de la estudiante **Nataly Rashelle Delgado Mosquera**, con **cédula de identidad Nro. 1401061286**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega Mg. Sc.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Nataly Rashelle Delgado Mosquera**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de Identidad: 1401061286

Fecha: 23 de noviembre de 2023.

Correo electrónico: nataly.delgado@unl.edu.ec

Teléfono: 0994409666

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular.

Yo, **Nataly Rashelle Delgado Mosquera**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estrategias de adaptación a la atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno Del Espectro Autista (TEA): Revisión Bibliográfica**, como requisito para optar por el título de **Odontóloga**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual y en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por la copia o plagio del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veintitrés días del mes de noviembre del año dos mil veinte y tres.

Firma:

Autora: Nataly Rashelle Delgado Mosquera.

Cédula de Identidad: 1401061286

Dirección: Benjamín Pereira y Alfredo Mora Reyes, Loja, Loja, Ecuador

Correo electrónico: nataly.delgado@unl.edu.ec

Teléfono: 0994409666

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director del Trabajo de Integración Curricular: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega
Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente Trabajo de Integración Curricular se lo dedico con todo el amor y cariño a hermana Christy, mis padres Jacqueline y Christian, mis tíos Jorge, Miriam, Danilo, Paolo, Carla, José, Mariana, Diego, a Lucky y a mis abuelitos, quienes, aun cuando no entendían completamente que hacía en mi tiempo en la universidad se interesaban y eran partícipes. Por el apoyo y amor, cualquier triunfo alcanzado durante mi vida siempre estará dedicado a quienes me vieron crecer y me cuidaron. Todo lo que soy en este momento se lo debo a ustedes, no solo por aportar económica, emocional y académicamente a mi desarrollo, sino también por ser el motivo por el cual me despierto todos los días.

A Francisco Z., Maury P., Shaden J., Ron C., Kevin R., Jandry R., e Isaac P., quienes me acompañaron de muchas maneras en esta montaña de emociones y experiencias que resulta ser la Universidad. Considero suerte encontrar, al menos, un verdadero buen amigo durante nuestro tiempo aquí, que la vida nos lleve a lugares maravillosos y nos permita recordar porque estamos ahí.

A todas las personas que fueron mis pacientes durante las prácticas preprofesionales, sobre todo a los que me conocían y no dudaron en decirme que sí.

Ahora les puedo decir ¡lo logramos! Mi éxito verdadero siempre estará en ustedes.

Nataly Rashelle Delgado Mosquera.

Agradecimiento

Agradezco principalmente a la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt) por el financiamiento otorgado durante todo mi tiempo académico, siendo auspiciante económico de todas las actividades realizadas.

Agradezco a mi familia, especialmente a mi hermana Christy, mi madre Jacqueline, mis tíos Miriam y Jorge, quienes han hecho posible todo en mi vida, desde lo más simple y corto hasta lo extenso y complicado. Gracias por el esfuerzo diario, por todo el sacrificio realizado y enfocado en verme crecer y mejorar, por todo el amor y tolerancia que me dieron durante toda su vida, gracias por ser lo más presente y constante que tengo cerca. Así mismo, agradezco a mis amigos y pareja, por cargar con ellos todo mi llanto y estrés universitario cuando yo no podía.

Agradezco a mi directora de Trabajo de Integración Curricular Dra. Deisy Saraguro, quien me motivó a estudiar y expandir mis conocimientos, además de darle una oportunidad al tema de Trabajo de Integración Curricular y comprometerse con el mismo.

Agradezco a las personas que me ayudaron, de alguna manera, a sobrevivir en la carrera e impulsaron mi aprendizaje: Dra. Claudia Piedra por todo el tiempo invertido en motivarme; Dr. Juan Peñafiel por todas las veces que me ayudó a superar el miedo; Dr. Andrés Barragán por toda la confianza y motivación; Dra. Tatiana Luna por todo lo enseñado y la esperanza otorgada; Dra. Susana González por todas las pláticas y consejos; Dr. Freddy Guerrero por todos los llamados de atención que me ayudaron a ser mejor; Dra. Carolina Carrión por guiarme y ser un espacio seguro para hablar; Dr. Santiago Hidalgo por impulsar la idea de ser un buen profesional; Aux. de Enf. Zoilita Martínez por ser con quien más hablé, compartí y me reí durante mi tiempo clínico, espero algún día llegar a hacer cosas excepcionales y ser una persona maravillosa como ustedes, tanto de manera personal como profesional.

Finalmente me agradezco a mí, por llegar a este punto.

Nataly Rashelle Delgado Mosquera.

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Índice de anexos	x
1. Título.	1
2. Resumen.	2
Abstract	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.	6
4.1 Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista.....	6
4.1.1. Antecedente Histórico.....	6
4.1.2. Definición.	7
4.1.3. Etiología.	8
4.1.4. Diagnóstico.....	8
4.1.5. Clasificación.....	9
4.1.6. Epidemiología.	11
4.2 Autismo y Odontología.....	11
4.3 Prevalencia de Patologías	12
4.4 Salud Bucodental en Pacientes Autistas.	13
4.4.1. Promoción y Educación en Salud	13
4.4.2. Recursos de Higiene, Técnicas y Hábitos.....	13
4.4.3. Prevención.....	16
4.5 Manejo en Consulta Odontológica.	16
4.5.1. Métodos para el Manejo de la Conducta.	16
4.6 Flexibilidad en la atención odontológica: desensibilización.....	20
5. Metodología.	24
6. Resultados.	25
7. Discusión.	28
8. Conclusiones.	30

9. Recomendaciones.	31
10. Bibliografía.	32
11. Anexos.	37

Índice de tablas.

Tabla 1. Características sensoriales a nivel orofacial en pacientes con TEA.....	25
---	----

Índice de anexos.

Anexo 1. Tabla matriz de los artículos.....	37
Anexo 2. Designación del director de trabajo de integración curricular.....	51
Anexo 3 Certificado de aprobación del nivel B1 de inglés.....	52
Anexo 4. Pertinencia de trabajo de integración curricular.....	53
Anexo 5. Certificado de traducción del resumen	54

1. Título.

Estrategias de adaptación a la atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno Del Espectro Autista (TEA): Revisión Bibliográfica.

2. Resumen.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un trastorno del neurodesarrollo que afecta capacidades de interacción social y comunicación, provocando una falta de comprensión y colaboración por parte de los niños, sumado a esto, existe un espectro muy amplio de manifestaciones sensoriales, visuales y olfativas, propias del TEA, que dificultan la atención odontológica (DMS-5, 2013). La Dirección Nacional de Discapacidades del MSP del Ecuador (2023), reportó 2955 personas diagnosticadas con discapacidad psicosocial; con el ánimo de visibilizar y comprender el procesamiento sensorial en los niños con TEA, y brindar información adecuada tanto a odontólogos como a sus padres y cuidadores sobre la atención odontológica y prácticas saludables para mantener la salud bucal, se planteó “Identificar las estrategias de adaptación a la atención odontológica que puedan ser aplicadas en los niños diagnosticados con TEA”, objetivos específicos “Analizar las características del procesamiento sensorial a nivel orofacial de los niños con Trastorno del espectro autista (TEA) y diseñar un protocolo de atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno del espectro autista (TEA)”; El estudio fue descriptivo y documental, incluyendo artículos científicos en español e inglés, obtenidos de las bases de datos PubMed, Scielo, Medline, BVS. Los resultados muestran la importancia de la individualización del plan de tratamiento y como la aplicación de la desensibilización genera pacientes colaboradores y tratamientos exitosos, limitando el uso de la farmacoterapia como la sedación para la atención odontológica. Se concluyó que el comportamiento de los niños, su procesamiento sensorial a nivel orofacial y su grado de autismo, intervienen en la forma en la que se brindará la atención y las herramientas que se emplearán en el tratamiento.

Palabras clave: *Trastorno del neurodesarrollo, trastorno generalizado del desarrollo infantil, autismo infantil, trastorno autístico.*

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects social interaction and communication skills, resulting in a lack of understanding and collaboration among children. Additionally, ASD encompasses a broad spectrum of sensory, visual, and olfactory manifestations that are characteristic of the condition, which can complicate dental care (DSM-5, 2013). The National Directorate of Disabilities of the Ministry of Public Health of Ecuador (2023) reported 2,955 individuals diagnosed with psychosocial disabilities. With the intention of raising awareness and gaining insight into sensory processing in children with ASD, and providing pertinent information to both dentists and parents or caregivers about dental care and healthy practices for maintaining oral health, the research question emerged: "To identify adaptation strategies for dental care that can be applied to children diagnosed with ASD." The specific objectives were to "Analyze the characteristics of orofacial sensory processing in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and design a dental care protocol tailored to children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD)." The study was descriptive and documentary, incorporating scientific articles in Spanish and English obtained from databases such as PubMed, Scielo, Medline, and BVS. The results underscore the significance of customizing treatment plans and how desensitization can foster cooperative patients and successful treatments, thereby reducing the need for pharmacotherapy, such as sedation, in dental care. It was concluded that children's behavior, orofacial sensory processing, and the severity of their autism spectrum disorder all play pivotal roles in determining the approach to care and the tools employed in treatment.

Keywords: *Neurodevelopmental disorder, Childhood autism, Autistic disorder.*

3. Introducción.

La adaptación de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista a la consulta odontológica, requiere de protocolos establecidos que permitan abordar de manera adecuada sus capacidades comunicativas y sociales, ya que, son niños que presentan una intolerancia al cambio en sus rutinas o en su medio social, misma que se presenta con una desregulación conductual en respuesta a los cambios, manifestando reacciones explosivas de ansiedad (DSM-5, 2014; Gastaminza, 1998). De tal manera que los profesionales de la salud bucal, deben estar preparados para dicha atención con técnicas que permitan el control de la conducta y faciliten la adaptación del paciente a la consulta, por eso la intervención debe ser multidisciplinaria, incluyendo a educadores psicólogos y terapeutas del niño (sin la presencia del mismo) (Suleiman, S. Y. Y. et al, 2021).

La falta de información, conocimientos y habilidades del profesional en la atención odontológica a los niños con TEA, y la debilitada educación y promoción sobre temas de salud bucal a los padres y/o cuidadores de estos niños, son limitantes para el tratamiento y adecuado mantenimiento de su salud bucodental, de ahí la importancia de establecer protocolos de atención individualizados bajo conocimiento de las particularidades del TEA, que permitan una relación de mayor empatía entre el profesional y el paciente, incluyendo a sus padres o cuidadores con el firme objetivo que la atención odontológica no se sume a los consecutivos eventos de estrés tanto del niño como de su entorno socio-familiar. Cabe mencionar que, aun cuando lo que se busca es emplear técnicas no farmacológicas en la atención, hay casos en los que llegaría a ser la única alternativa (Marulanda, J. et al, 2012).

La neurodiversidad y la búsqueda de la inclusión y la promoción de la salud oral ha llevado a que los profesionales se integren multidisciplinariamente para mejorar la intervención odontológica en niños con TEA, en la actualidad, hay herramientas que prometen una atención odontológica acorde a las necesidades de cada niño dentro del espectro autista.

Una de las estrategias actuales, que se emplean de manera previa y durante contacto con el equipo de atención odontológica y el paciente, es la desensibilización, la cual emplea como herramientas y/o técnicas la utilización de videos del consultorio y los posibles tratamientos a realizar de forma lúdica (incluyen la entrada, sala de espera, equipos, personal, instrumental y todo lo que el profesional crea conveniente), imágenes (reales y/o ficticias),

pictogramas (sobre los hábitos de que debe adoptar, la actitud que debe presentar durante consulta, etc.), destacando que cada planificación para un paciente con TEA es individualizada acorde a las necesidades y características del niño. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022; Marulanda, J. et al, 2012; Pimienta, N. et al, 2017; Al Humaid J., 2022)

En este contexto en la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos general y específicos respectivamente: “Identificar las estrategias de adaptación a la atención odontológica que puedan ser aplicadas en los niños diagnosticados con TEA”, objetivos específicos “Analizar las características del procesamiento sensorial a nivel orofacial de los niños con Trastorno del espectro autista (TEA) y diseñar un protocolo de atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno del espectro autista (TEA)”.

4. Marco Teórico.

4.1 Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista.

4.1.1. Antecedente Histórico.

La terminología “autismo” se describe por primera vez en alguna monografía redactada por Eugen Bleuler (1857 - 1939), misma que fue publicada en Viena en el año 1911. En esta, Bleuler sustituye la noción de Dementia praecox (enfermedad definida anteriormente en una evolución progresiva a un estado terminal de empobrecimiento intelectual) por un grupo de psicosis esquizofrénicas, haciendo énfasis en la exclusión que existía hacia estos pacientes. Este término tiene una etimología griega “autos” que significa “yo e *ismos*” que se interpreta como “condición”. Según Bleuler, el autismo se caracteriza por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, constituyendo un mundo cerrado, separado de la realidad exterior con una dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás. El término “autismo” se estableció, y en base a lo planteado su significado fue cambiando, es por eso que el psiquiatra Eugène Minkowski (1885-1972), un tiempo asistente de Bleuler, definió más tarde al autismo como “la pérdida del contacto del *élan vital* con la realidad”, esta vendría siendo su definición propia de la esquizofrenia. (Garrabé de Lara, 2012).

Posterior a la Segunda Guerra Mundial la, ahora denominada, Organización de Naciones Unidas (ONU) confió a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tarea de realizar revisiones ulteriores sobre lo dicho previamente sobre el trastorno. Así fue que la primera edición revisada, aprobada y publicada por la OMS sobre las enfermedades fue la Clasificación Internacional de las Enfermedades, conocida como el CIE-5, mismo que se utilizaba en la mayoría de los países, aun cuando en psiquiatría, el autismo sólo encontraba su lugar dentro del capítulo de las psicosis esquizofrénicas del adulto. Para ese momento, el CIE-5 no reposaba sobre un sistema internacional de clasificación, lo que ocasionó grandes diferencias según las escuelas nacionales de cada país, sobre todo en lo relacionado a esta psicosis, lo que se consideraba un impedimento a la hora de realizar estudios epidemiológicos comparativos verídicos entre los diferentes países que otorgaban diagnósticos (Garrabé de Lara, 2012).

Posterior a varias revisiones e intervención de diferentes instituciones (como la Asociación Americana de Psiquiatría con el DSM-II, DSM-III, entre otras actualizaciones) y psiquiatras de la época (como Hans Asperger y Kanner, quienes hablaban del autismo y el

autismo infantil), se logró esclarecer conceptos y clasificaciones del autismo sin discriminación de edad (considerando el trastorno como una enfermedad que puede estar desde los primeros años de vida pero no ser diagnosticada) y con características similares siendo entidades nosológicas diferentes. El psiquiatra Hans Asperger (antes de la culminación de la segunda guerra mundial), fue el primer psiquiatra que reconoció que el autismo tendría un componente genético dentro de este trastorno, relacionándolo, principalmente, con los padres, el también señaló que existía una prevalencia mayor en varones (Garrabé de Lara, 2012; Gallo, L. et al, 2008).

Considerando que el CIE-10 y el DSM-V son descriptores internacionales de enfermedades del neurodesarrollo (que siguen en constante revisión y están sujetos a actualizaciones), el DSM-V es el manual actualizado de primera elección para la lectura y clasificación del espectro. Recalcando que, aunque estos son los más utilizados, no son los únicos existentes ni empleados (Garrabé de Lara, 2012).

4.1.2. Definición.

El término “espectro” se utiliza únicamente para definir características específicas del autismo, debido a que describe la existencia de una amplia variación entre el tipo y la gravedad de la sintomatología presente en las personas diagnosticadas con este trastorno (National Institute of Mental Health, 2018).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DMS-5 (2013), describe el autismo como un trastorno del desarrollo neurológico condicionante de una neurovariabilidad caracterizada por interacción social disminuida con deficiente desarrollo de la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal en diversos contextos, con la alternativa de presentar o no, conductas repetitivas e intereses restringidos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), el trastorno del espectro autista (TEA) es un grupo de afecciones diversas, caracterizadas por algún grado de dificultad en la interacción social y comunicación, además de presentar patrones atípicos de actividad y comportamiento. Las capacidades y necesidades de las personas con autismo varían y pueden evolucionar con el tiempo (aunque en muchos casos pueden vivir de manera independiente). Las características del autismo pueden detectarse en la primera infancia, pero, a menudo, el autismo no se diagnostica hasta mucho más tarde. Las personas con autismo presentan a menudo afecciones comórbidas, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de

atención e hiperactividad, y comportamientos problemáticos, como dificultad para dormir y autolesiones. El nivel intelectual varía mucho de un caso a otro, y va desde un deterioro profundo hasta casos con aptitudes cognitivas altas.

4.1.3. Etiología.

Si bien su etiología es desconocida, se ha considerado como un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial o multicausal, con factores neurológicos o sociales de los niños (o incluso una mezcla de ambos), factores ambientales que tienen un efecto “negativo” en el sistema neurológico cuando se usan en exceso (entre estos se incluyen las vacunas contra el sarampión, rubéola, etc. aunque no tiene mucho respaldo científico, al igual que la circulación de glucocorticoides, hormonas esteroides inhibitoras de la glucosa), además de causas genéticas, exposiciones intrauterinas a los anticonvulsivantes, entre otros factores perinatales que se han llegado a asociar. Sin embargo, en algunos estudios se demostraron que estos factores genéticos son bastante comunes, demostrando que en aproximadamente un 80% de los pacientes ya han sido diagnosticados existe una disminución de la expresión del gen MeCP2, misma que estaría ligada al cromosoma X, denotando desórdenes del neurodesarrollo severo. Además, se ha demostrado que el uso de antipiréticos ingeridos durante el embarazo pueden disminuir los niveles de IL6, misma que es importante para el desarrollo y diferenciación neuronal del SNC del feto. Se han llegado a identificar y considerar como parte de los factores involucrados el déficit de la vitamina D, además de las infecciones maternas, la exposición a metales pesados, el uso de algunos anticonceptivos de vía oral, incluso la radiación electromagnética (Marulanda, J. et al, 2012; Pimienta, N. et al, 2017)

4.1.4. Diagnóstico.

El TEA inicia antes de los 3 años y cada vez existe más evidencia médica para diagnosticar de manera fiable la presencia del Trastorno del Espectro Autista desde los 2 años, aunque sus síntomas y/o signos podrían identificarse en niños más pequeños, sin embargo, se tiene que considerar que los instrumentos de detección y diagnóstico aplicado a niños muy pequeños no son muy exactos y necesitan refinamiento por lo que no se pueden aplicar a nivel poblacional (Mendell, D. et al, 2005).

El diagnóstico temprano del autismo es de suma importancia por las implicaciones que conlleva para su pronóstico (los estudios sugieren que el tratamiento temprano podría mejorar el pronóstico a medida que los niños crecen). Los factores que retrasan el diagnóstico y la

atención de los niños son muy diversos, aunque hay que destacar que la edad escolar es el factor primordial para un buen diagnóstico (aun cuando hay pocos estudios que han investigado los factores que retrasan o aceleran el diagnóstico). El grado más alto del trastorno suele diagnosticarse en los primeros años de vida, debido a sus claras manifestaciones, mientras que un grado moderado suele ser diagnosticado por el sistema escolar (Mendell, D. et al, 2005).

Son muy comunes los errores durante el diagnóstico, lo que lleva a un gasto de servicios de salud, por lo que la familia de los niños recibe tres o cuatro diagnósticos previos al diagnóstico definitivo (Gallo, L. et al, 2008).

Según la American Psychological Association (2014), el diagnóstico del TEA requiere la presencia notable de patrones de comportamiento, intereses o de actividades restrictivas o repetitivas. Para lograr un diagnóstico se necesita de diversos instrumentos e incluso de criterios diagnósticos que podrían estar basado en información histórica del trastorno, eso es debido a que los síntomas presentes podrían cambiar con el desarrollo y enmascarse con mecanismos compensatorios. A lo largo de todos estos años ha existido un aumento de casos que, si bien puede estar relacionado con una mayor manifestación del espectro, se le ha atribuido a un cambio de criterios durante el diagnóstico (Muniz, R. et al, 2016; Marulanda, J. et al, 2012).

El diagnóstico en un miembro de la familia, sobre todo en los niños, es una clara situación de impacto puesto que implica un cambio de rutina, ajuste de roles, afectando el trabajo, los ingresos y las relaciones interfamiliares, sin mencionar que esto incluye una secuencia de etapas asociadas al impacto, duelo, negación, etc. por lo que dar a conocer sobre el diagnóstico es un proceso delicado, complejo y desafiante para los familiares y los profesionales (Muniz, R. et al, 2016).

4.1.5. Clasificación.

Anteriormente, el DSM IV-TR (2000) definió 5 categorías del trastorno del espectro autista que fueron aceptadas y coincidentes con otras clasificaciones, estas son: Trastorno autista; Trastorno de Asperger; Trastorno de Rett; Trastorno desintegrativo infantil; Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Mismos que no eran claros y dificultaron llegar a un diagnóstico (Gallo, L. et al, 2008).

Sin embargo, en la actualidad el DSM-5 (2014), enmarca al Trastorno del espectro Autista en niveles de gravedad, teniendo en consideración dos constantes importantes que son la comunicación social e interacción social (déficits de reciprocidad socioemocional, déficits en la comunicación no verbal, dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones) y los comportamientos restringidos y repetitivos (movimientos, habla estereotipada, uso de objetos, rutinas, e intereses restrictivos y fijos en aspectos específicos del entorno) mismos que varían según la cantidad de signos o síntomas que presente el paciente, estos niveles son:

- Grado 1 “necesita ayuda”:

Deficiencias en la comunicación social que llegan a causar problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas/insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Aparente poco interés en las interacciones sociales. Inflexibilidad de comportamiento causa interferencia significativa con el funcionamiento de contextos. Dificultad para alternar actividades, problemas de organización y planificación dificultan la autonomía.

- Grado 2 “necesita ayuda notable”:

Deficiencias notables de aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes; inicio limitado de interacciones sociales; respuesta reducida o respuestas anormales a la apertura social de otras personas. Inflexibilidad de comportamiento, dificultad de hacer frente a cambios, comportamiento restringido/repetitivo. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

- Grado 3 “necesita ayuda muy notable”:

Deficiencias graves de aptitudes de comunicación social verbal y no verbal (causando alteraciones graves del funcionamiento), inicio limitado de interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social. Inflexibilidad de comportamiento, extrema dificultad de hacer frente a cambios, comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos.

Por otra parte, el CIE – 10 (1992), ha considerado que el Trastorno del Espectro Autista incluye dentro de un desglose de enfermedades con su código cada uno, estos se presentan como:

- Autismo en la niñez (F84.0) generalmente se manifiesta antes de los 3 años de edad
- Autismo atípico (F84.1) se presenta después de los 3 años de edad;
- Síndrome de Rett (F84.2) comienza, habitualmente, entre los 7 y 24 meses de edad;
- Otro trastorno desintegrativo de la niñez (F84.3);
- Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados (F84.4);
- Síndrome de Asperger (F84.5) caracterizado por el deterioro cualitativo de interacción social recíproca (misma que caracteriza al autismo), con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo;
- Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8),
- Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar (F84.9).

4.1.6. Epidemiología.

Según la OMS, se ha calculado que, a nivel mundial, 1 de cada 100 personas tiene Trastorno del Espectro Autista, esta estimación representa una cifra media ya que la prevalencia varía considerablemente (OMS, 2023)

En 2016, de acuerdo a los datos de la Dirección Nacional de Discapacidades del MSP, se reportó la existencia de 1266 personas diagnosticadas dentro de los TEA. Clasificándolas como: 254 con diagnóstico de autismo atípico; 792 con diagnóstico de autismo de la niñez; 205 con síndrome de Asperger y 15 se registraron dentro del síndrome de Rett (GPC, 2017).

Análisis nos han mostrado que el TEA se ha diagnosticado en 1 de cada 36 niños (en edad de 8 años aproximadamente), lo que correspondería al 2.8% de la población infantil ecuatoriana. Sin embargo, la literatura sugiere la existencia de un restringido acceso a los servicios de atención médica por lo que es muy complejo tener una idea real de la epidemiología de espectro en el Ecuador (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2013)

4.2 Autismo y Odontología.

Al estar en consulta odontológica tenemos que tener presente que no todos los pacientes serán tratados de la misma manera, para esto, se divide la consulta en diversas citas que nos servirán para establecer confianza y facilitar el tratamiento. En una primera cita, el paciente Autista tiene que tener una atención personalizada y ser orientado sobre todo lo que

abarca la consulta odontológica, incluyendo lo más posible al personal que estará trabajando con él, buscando establecer confianza y tranquilidad. Una segunda cita tiene que estar basada en la cita anterior y debe ser breve con tratamientos cortos que no cansen al niño ni lo pongan bajo estrés, se tendrá que tener los instrumentos fuera de la vista. La técnica “decir-mostrar-hacer” ayuda al paciente a familiarizarse con el ambiente y el tratamiento, cabe recalcar que explicar a los padres que procedimiento se realizará y cómo se lleva a cabo ayudará a los niños a tener un entorno de mayor confianza (Ocaña, V. et al, 2015).

4.3 Prevalencia de Patologías

Para demostrar la presencia de patologías bucodentales en pacientes con TEA, hemos tenido en consideración un estudio realizado con 26 alumnos entre el 2018 y 2019 en la escuela especial Héroes del Moncada del municipio Camagüey, en Cuba, determinó que la prevalencia de enfermedad periodontal correspondía a un 80,8 % y estaba claramente relacionada con la mala higiene bucodental, la caries dental presente correspondía a un 57,7 %. En este estudio se notó la existencia frecuente relativamente elevada de Anomalías dento – maxilo – faciales (Ferrer - Caba et al, 2022).

Las alteraciones sistémicas como la epilepsia, la ansiedad, la depresión, entre otras, se encuentran asociadas a los pacientes diagnosticados con el espectro, por lo tanto, el uso de antipsicóticos, anticonvulsivos, antidepresivos, etc., es generalizado. Estos medicamentos pueden generar efectos adversos relacionados con problemas orales y sistémicos, como xerostomía o sialorrea, hiperplasia gingival, náuseas o reflujo. Generalmente estos medicamentos presentan contenidos altos de azúcar, lo que incrementa el riesgo de presentar caries dental, por lo que es recomendable que los representantes de los niños supervisen, guíen o realicen la limpieza bucal después del consumo (Marulanda, J. et al, 2012).

El Trastorno del Espectro Autista por sí solo no incluye factores bucodentales que sean predisponentes para contraer patologías, las características a nivel oral de estos pacientes no son diferentes a las que se presencian en pacientes sin la misma, recalando que no hay diferencias en el flujo de saliva, niveles de pH y/o composición, dando a entender que la ingesta de medicamentos (como la paroxetina, fluoxetina, imipramina, carbamazepina, ácido valproico, fenitoína, entre otros) es lo que influencia negativamente afectando la estabilidad de la cavidad oral, jugando a favor de las patologías bucodentales. Las manifestaciones del mismo trastorno (como la capacidad de comprensión y motricidad limitada) le impiden al niño asumir responsabilidades sobre el higiene y salud bucal, aumentando el índice de caries,

enfermedad periodontal, presentando niveles de biofilm altos, gingivitis, cálculos, halitosis y restos de comida con altos niveles cariogénicos, sin mencionar que es muy común la sensibilidad dental debido al reflujo o regurgitación que desgasta la estructura dental, además de ser frecuente la presencia de hábitos parafuncionales (Marulanda, J. et al, 2012; Da Silva, S. et al, 2016; Acosta y Larrea, 2022).

4.4 Salud Bucodental en Pacientes Autistas.

4.4.1. Promoción y Educación en Salud

Si bien promoción y educación son conceptos establecidos y muy presentes en la actualidad, son muy poco aplicados, por ello no está demás recalcar su importancia en la odontología y mediante qué métodos se podría alcanzar. Según la OMS, la Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y sus determinantes; y la educación son las actividades comunicativas y demostrativas que nos permiten llegar a las personas con fin informativo. Si bien en muchas ocasiones la comunicación con los pacientes con TEA es compleja, un pilar fundamental en su educación e higiene son sus padres o tutores, así que permitírnos hacerlos partícipes de nuestra planificación, otorgándoles material y explicándoles estrategias que les permitirán facilitar la interacción y enseñanza de los padres o tutores y educadores con los niños. Aun cuando hay diversos estudios que demuestran que existe diversidad de patrones de comportamientos, al momento de hablar de promoción y educación nos enfocaremos en su capacidad motora y las diversas respuestas que pueden tener a diversos estímulos visuales, sensoriales, auditivos, gustativos, etc., (recordando que el proceso para encontrar los instrumentos adecuados para cada paciente puede ser largo y necesitar de mucha determinación y compromiso) por ello es importante individualizar las estrategias que vamos a utilizar, teniendo en cuenta que vamos a adaptar técnicas de cepillado a cada paciente o en ocasiones en las que es muy complicado tener una interacción con ellos, enseñar a los padres la manera correcta de efectuarlo para que en su hogar ellos puedan adaptar estos conocimientos a su rutina, dando por entendido que la planificación de cómo se llevará a cabo la interacción para la promoción y educación es total responsabilidad de profesional y los padres (Ocaña, V. et al, 2015; AlHumaid J., 2022).

4.4.2. Recursos de Higiene, Técnicas y Hábitos.

Se menciona la necesidad de la adaptación de las técnicas de higiene bucodental a las necesidades individuales de cada niño, destacando que emplear estrategias visuales y

recompensas/estímulos positivos pueden ser de ayuda para mejorar la cooperación del paciente, haciendo énfasis en las técnicas de cepillado, las horas en las que se debe realizar, en algunos casos usando pictogramas, dibujos que indiquen el cepillado después de cada comida, colocándolo en lugares accesibles que le permitan al niño no olvidarlas e incluir estas actividades a su rutina diaria (Gómez, B. et al, 2009).

Podemos iniciar por otorgar una serie de imágenes secuenciales que ayuden al niño a crear una guía visual y mental del procedimiento a realizar (misma que se puede realizar con imágenes o recortes del procedimiento o utilizar fotos del mismo niño o algún familiar realizando cada paso). Para empezar con esta tarea, lo primero a realizar es la elección de un cepillo dental adecuado por parte padre conjunto al niño, tenemos que tener en consideración de que al hablar de cepillo, tenemos muchos colores, estilos y tipos disponibles en el mercado y encontrar uno que se adapte a los gustos y la comodidad del niño es de suma importancia para la adaptación del cepillado a la rutina. En este paso, es importante que el cepillo tenga el tamaño adecuado para la boca de su hijo y que sea de cerdas suaves. Para algunos niños con autismo, cepillarse los dientes puede ser algo difícil. El paso del cepillado es algo complicado para algunos niños puesto que la sensación del cepillo y las cerdas dentro de la boca pueden ser incómodas al principio, por lo que es muy probable que el niño necesite acostumbrarse, para ello se sugiere comenzar tocando con el cepillo de dientes los labios del niño o colocarlo dentro de su boca. Además, puede ser de utilidad mostrarle al hijo cómo el padre que acompaña se cepilla los dientes (Autism Speaks, s.f.).

Autism Speaks (s.f.), en su guía dental de padres para el higiene de niños autistas, en caso que el niño no pueda realizar el cepillado por sí solo, recomienda pararse atrás del niño, con su cabeza apoyada en el pecho del padre, con el cepillo y pasta dental ya preparados, guiar el cepillado como si estuviera cepillando sus propios dientes, siguiendo los seis pasos para el mismo, los cuales son: cepillar la caras exterior, interior y superior de los dientes posteriores - inferiores, de lado en lado al menos cinco veces, repitiendo ese procedimiento en los dientes superiores, para los dientes frontales se recomienda cepillar cinco veces por dentro y por fuera, repetimos lo mismo en el lado opuesto. Muchas veces a los niños se les complica realizar este procedimiento directamente en el baño, para facilitar el proceso y acostumbrar al niño se puede empezar en los lugares donde el sienta comodidad (habitación, sofá, etc.). En caso de tener la colaboración del niño, podríamos adaptarlo al uso del hilo dental, partiendo

de pasos pequeños (incluso hacerlo nosotros mismo) siempre considerando que nuestro objetivo principal es lograr independencia del procedimiento.

Un consejo que se puede ser de utilidad al buscar implementar hábitos de salud bucal en pacientes diagnosticados con TEA es temporalizar el tiempo para cada paso de la actividad a realizar (acción que le dará mayor seguridad y control al niño), para esto se puede colocar un temporizador cerca o se puede colocar una serie de imágenes de forma digital que se presenten en periodos de 10 segundos aproximadamente, que permitan que el niño siga una secuencia cronometrada (Autism Speaks, s.f.).

Los niños autistas generalmente prefieren alimentos blandos y endulzados, mismos que tienden a embolsar en la boca en lugar de tragarlos (esto pasa por la mala coordinación de la lengua), lo que los convierte en personas más susceptibles a patologías bucodentales. Esto nos indica que los niños diagnosticados deben asistir lo antes posible a la consulta odontopediátrica para intentar establecer una familiarización con la misma y el operante, buscando crear una rutina en la higiene oral. Hay que enfatizar la figura del representante como impulsor de una correcta salud bucal (Gómez, B. et al, 2009).

Un trabajo de investigación realizada por los miembros de la Universidad Andina del Cusco (2019) demostró que las técnicas de cepillado “fonnes” y “blanco al rojo” en un grupo de 40 niños llegó a tener un resultado bueno en el 45% y 50% después de varias etapas y de una enseñanza personalizada de esta técnica. Sin embargo, según el grado de autismo que presente el niño, estas técnicas pueden ser aplicadas por el paciente o su representante.

Debemos lograr diferenciar si el paciente tiene la habilidad de cepillarse por sí mismo, o si esto lo deben realizar los padres o cuidadores y, en caso de asistir a la escuela, los educadores. Si el niño tiene la suficiente autonomía le podemos enseñar directamente la técnica (apoyándonos de herramientas visuales, didácticas, estableciendo horarios y haciendo partícipe a la familia), haciendo énfasis en los movimientos que tiene que realizar, así como el tiempo que debe emplear a la hora del cepillado y la cantidad de pasta dental a utilizar, en caso de ser los padres/educadores los que realizan el cepillado se tiene que enseñar la manera adecuada de utilizar los implementos de higiene y la posición en la que debe estar situado y la técnica que va a emplear, hay que recordar que el empleo de hilo dental y los enjuagues bucales con flúor es de uso diario siempre que sea posible (Gómez, B. et al, 2009).

4.4.3. Prevención.

Según la OMS (2022), el porcentaje de morbilidad por enfermedades bucodentales puede reducirse mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes. Entre estos:

- Fomento de dieta equilibrada, que incluya muchas frutas, hortalizas y agua como bebida principal.
- Exposición suficiente al flúor.
- Cepillado con pasta fluorada.
- Uso de hilo dental en caso de ser posible.

Cada cita o procedimiento que se desee realizar en el paciente debe ser completamente personalizada, así mismo, el empleo de diversos sistemas establecidos por el odontólogo y la instrucción a los padres y educadores, logrará reducir la necesidad de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general, aparte de que se establece la idea de la prevención a nivel oral y las revisiones periódicas de los pacientes (Gómez, B. et al, 2009).

4.5 Manejo en Consulta Odontológica.

En algunos casos el tratamiento en el consultorio odontológico solo se puede llevar a cabo bajo anestesia general. Siendo la única opción, en pacientes donde el proceso de socialización no se ha llevado a cabo desde temprana edad, en el caso del retardo mental severo y la comunicación deficiente, la adaptación al consultorio puede ser de muy poca ayuda para el avance entre citas e incluso, en algunas ocasiones, es imposible (Marulanda, J. et al, 2012).

4.5.1. Métodos para el Manejo de la Conducta.

Ya que los niños demuestran una amplia gama de diferencias de desarrollo físico, intelectual, social, emocional y diversidad de actitudes y temperamentos, es importante que los profesionales de la odontología cuenten con una gran lista de técnicas de orientación conductual que sean eficientes al momento de atender, buscando satisfacer las necesidades de cada niño en consulta, permitiéndose ser tolerantes y flexibles en la implementación de las mismas (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

El manejo de conducta se puede dividir en tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, considerando la musicoterapia, realidad virtual y los medios audiovisuales

como los tratamientos no farmacológicos más empleados, por otra lado, los tratamientos farmacológicos más utilizados en la consulta odontológico para el control de la ansiedad y conducta se basan en el uso del midazolam y el óxido nitroso en combinación con oxígeno, su aplicación resulta ser más marcada en niños (Rodríguez Chala, 2017).

El primer contacto del padre/paciente con el dentista en el consultorio dental permite que las partes involucradas aborden necesidades primarias de salud odontológica del niño (ahora paciente). Enfocados en el comportamiento, existen muchos factores importantes a considerar por su relevancia al determinar los horarios de las citas. Estos pueden incluir la edad, la presencia de una discapacidad y la necesidad de atención médica especializada, la necesidad de sedación, la distancia del domicilio de los padres/paciente y la duración de la cita (misma que no puede durar más allá de la tolerancia del paciente), horario de trabajo de los representantes, entre otros (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

La colaboración del paciente es primordial para desarrollar un tratamiento. La colaboración puede estar relacionada con experiencias previas del paciente con el odontólogo (por lo que se entiende que la manera como se atiende a los pacientes, sobre todo a los pediátricos, es de suma importancia), en este punto es primordial las experiencias previas de los padres o representantes de los pacientes, puesto que padres o representantes con experiencias negativas impartirán el miedo, ansiedad y negatividad a los niños. (Ortega, M. et al, 2021).

Cabe destacar que la evaluación del potencial de cooperación del paciente es esencial para la planificación del tratamiento a realizar (aun cuando se busca establecer un patrón de comportamiento, está claro que ningún método o herramienta nos proporcionará una predicción precisa del mismo). El profesional puede evaluar el potencial de cooperación mediante la observación y la interacción con el paciente. Puede influir en el éxito de las técnicas comunicativas y del tratamiento mismo el que el niño sea accesible, algo tímido o definitivamente tímido y/o retraído. Evaluar el desarrollo del niño desde el primer contacto, las experiencias pasadas del paciente y sus acompañantes, y el estado emocional actual durante la consulta nos permitirá desarrollar un plan de orientación conductual. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022)

Además, conocer la magnitud de la efectividad de las técnicas de manejo de la conducta en pacientes pediátricos dentro del consultorio odontológico, aportaría la mejor y

más actualizada evidencia disponible sobre el uso de las mismas, dando la oportunidad de que estas puedan ser utilizadas por los Odontopediatras, odontólogos y/o responsables o profesionales de la salud (Ortega, M. et al, 2021).

Una de las consideraciones más importantes a tener durante la consulta es el que el paciente puede llegar a verse afectado por el sentido del olfato (aromas del consultorio), el sentido auditivo (con una respuesta negativa a la turbina, entre otros), una respuesta visual (a luces, objetos dentro de su campo visual, etc.), entre otras posibles respuestas del paciente (AlHumaid J., 2022). Por ello, es importante identificar los detonantes del comportamiento, como el llanto, las quejas, el movimiento corporal o la respuesta a estímulos. El saber y dominar las técnicas para el manejo de la conducta será el pilar fundamental para llevar a cabo la orientación del comportamiento, misma que no es la aplicación de técnicas individuales, sino el método integral y continuo destinado a desarrollar la relación entre el paciente y el profesional (algunas de las técnicas de orientación están destinadas a la comunicación asertiva mientras que otras buscan la erradicación del comportamiento inapropiado y establecer la comunicación) que, de este ser efectivo, logrará mejorar la confianza y aliviará el miedo y la ansiedad (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

El dentista debe considerar el neurodesarrollo del paciente (como la presencia de otros déficits de comunicación), a la hora de elegir alguna de las siguientes técnicas dictadas por la American Academy of Pediatric Dentistry (2022):

- **Imágenes positivas previas a la consulta:** Esta técnica consiste en enseñarles a los pacientes una vista previa de imágenes positivas de la consulta, los procedimientos y el tratamiento dental antes de la cita.
- **Observación directa:** Esta técnica consiste mostrarle un video sobre la atención odontológica al paciente o permitirle observar el procedimiento a un paciente cooperativo durante el tratamiento dental.
- **Preguntar – decir – preguntar:** Esta técnica consiste en preguntar sobre la visita al paciente y sus sentimientos hacia cualquier procedimiento planificado (preguntar); seguido de una explicación de los procedimientos (decir); finalizando con preguntar si es que el paciente entiende y cómo se siente acerca de lo explicado (preguntar).
- **Control por voz:** Esta técnica se basa en una alteración del volumen, tono y/o ritmo de la voz con la finalidad de influir y dirigir el comportamiento del paciente.

- **Comunicación no verbal:** Esta técnica se basa en el refuerzo y guía del comportamiento a través de la postura, el contacto, la expresión facial y el lenguaje corporal apropiado.
- **Refuerzo positivo y elogio descriptivo:** Esta técnica se basa en una recompensa a los comportamientos deseados y/o elogios descriptivos, enfatizando los comportamientos cooperativos específicos.
- **Distracción:** Esta técnica se basa en desviar la atención de lo que puede percibirse como desagradable, misma que se puede lograr mediante los estímulos de la imaginación del paciente, el diseño de la clínica y los efectos de audio y/o visuales.
- **Reestructuración de la memoria:** Esta técnica es una de las más complejas, se basa en reestructurar recuerdos negativos de consultas previas en recuerdos positivos.
- **Mejorar el control:** Esta técnica es utilizada para que el paciente asuma un papel activo al proporcionarle una señal para que la utilice si se siente incómodo.
- **Técnicas de comunicación para padres (y pacientes apropiados para su edad):** Esta técnica presencia/ausencia de los padres: este factor algunas veces puede usarse para conseguir la cooperación durante el tratamiento, esto dependerá de la predisposición del dentista y de la actitud de los padres frente a esta decisión.
- **Entornos dentales adaptados a los sentidos:** Esta técnica es la adaptación del entorno clínico, proyecciones en movimiento en paredes o techos, música relajante (musicoterapia), en el caso de los niños a los que les incomoda la luz se puede considerar el uso de gafas de sol (Pimienta, N. et al, 2017), etc.
- **Terapia asistida por animales:** Esta técnica se emplea con la ayuda de animales, generalmente perros, entrenados en un entorno de atención, Lo que permitiría que los niveles de ansiedad del paciente pediátrico descendieran y el ambiente se torne más seguro.
- **Sistema de comunicación de intercambio de imágenes:** esta técnica está diseñada para personas con habilidades de comunicación verbal limitadas/nulas, específicamente para personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista. En esta, el paciente comparte una tarjeta ilustrada reconocible para expresar una solicitud o pensamiento que le es difícil expresar. Son específicas y están relacionadas con objetos, personas y conceptos, reduciendo la ambigüedad durante la comunicación. No se requiere capacitación especial para esto.

- **Permiso para llevar artículos de confort:** enfocado en como estos ayudarán a entretenerlos y/o distraerlos.
- **Uso de pictogramas:** enfocado en la gran capacidad de comprender, asimilar y retener toda la información visual, técnica creada específicamente para pacientes diagnosticados con TEA (Pimienta, N. et al, 2017).
- **Desensibilización al entorno y los procedimientos dentales:** Esta técnica se puede aplicar cuando buscamos modificar los comportamientos de los pacientes pediátricos ansiosos, pues está basada en una serie de procedimientos dirigidos a normalizar la interacción con el consultorio y el odontólogo, lo que disminuirá la respuesta emocional a un posible estímulo negativo.
- **Decir – mostrar – hacer:** Si bien los pacientes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, llegan a presentar problemas con la comunicación verbal, se ha comprobado que tienen una mejor retención de la información cuando esta es presentada de manera visual (Pimienta, N. et al, 2017), por ello, esta técnica consiste en una explicación verbal del procedimiento odontológico a realizar (decir), seguido de una demostración del aspecto visual, auditivo, olfativo y/o táctil del mismo procedimiento (entorno no amenazante) cuidadosamente definido y planificado (mostrar), sin desviarse de la explicación y demostración, finalmente la culminación del procedimiento (hacer). Esta técnica opera con habilidades de comunicación y refuerzo positivo.

4.6 Flexibilidad en la atención odontológica: desensibilización.

Durante mucho tiempo se establecieron diferentes tratamientos para el autismo, mismos que han arrojado resultados favorables escasos, por tal motivo, diversos estudios aprueban el uso de farmacoterapia para tratar las conductas asociadas al trastorno en situaciones en las que dichas conductas representan un impedimento para algunos procedimientos (Palacio, 2007). Durante la consulta odontológica, se ha presentado la alternativa de utilizar la farmacoterapia (sedación, sedación consciente, anestesia general) para facilitar las fases de tratamiento (utilizando la alternativa más sencilla en lugar de la alternativa adecuada), sin embargo, para la actualidad se han desarrollado diversas técnicas para el manejo de la conducta y la adaptación de los niños a la consulta, por lo que la farmacoterapia se considera la última opción (Atienza, 2014)

Balian, A. et al (2021) menciona el empleo de técnicas de diversas de manejo del comportamiento derivadas de la práctica odontológica pediátrica (pictogramas, refuerzo positivo, la decir – mostrar – hacer, etc) para impulsar la capacidad de los niños con TEA de recibir tratamiento dental y cuidado de salud bucal. Este sería el primer intento de varios, enfocado a superar comportamientos indeseables durante los exámenes clínicos orales y procedimientos dentales. Recalcando que el manejo del comportamiento puede ser efectivo para algunos, pero no para todos los pacientes.

No está demás aclarar que la atención a pacientes con TEA se ha complicado ya que resulta ser un poco complejo por la falta de cooperación existente (llanto, gritos, protestas verbales o no verbales, desobediencia, etc) y por la poca preparación o nulo conocimiento de los odontólogos puesto que la educación universitaria básica no provee el conocimiento teórico ni práctico para la atención a estos pacientes (aun cuando diariamente más odontólogos se enfrentan a dicha práctica), por lo que el profesional suele sentirse incómodo ante esta práctica, lo que ocasionará que durante consulta se requiera de más atención en las expresiones o señales de incomodidad del paciente, ya que tendrán más dificultades para expresar dolor o disconformidades de forma verbal (debido a los problemas de desarrollo del lenguaje) un abordaje integral y un seguimiento especializado es importante por lo que se puede incluir la participación del especialista o profesionales de las áreas que el odontólogo crea necesarias, en caso de presenciar actitudes negativas y poco colaboradoras el odontólogo considerará usar métodos como la inmovilización, la anestesia general o lo que provoca una respuesta negativa del dentista hacia el paciente y genera un rechazo por parte del paciente a futuras citas (Quispe, M. et al, 2023; Como, D. et al, 2020).

La relación entre padres – educadores – odontólogo es imprescindible para lograr los objetivos de tratamiento del paciente. El odontólogo debe conocer los protocolos de desensibilización sistemática, para evitar situaciones de rechazo a futuros tratamientos odontológicos por parte de estos niños (Marulanda, J. et al, 2012).

Aun cuando algunos autores consideran la desensibilización como una técnica de manejo de conducta, existen otros que plantean la idea de “desensibilización sistémica” mismo que busca adaptar al paciente al ambiente del consultorio mediante ideas o simulaciones que otorguen una idea clara con información sobre los instrumentos usados en la presente y futura cita, el paso a paso del procedimiento a realizar, un presentación de quienes serán los profesionales que lo atenderán (preferentemente son los que lo atenderán durante

todo los procedimientos a realizar), de esta manera generarán confianza en el paciente (Quispe, M. et al, 2023).

Se debe prestar especial atención al estado general de salud del paciente, la medicación, las experiencias previas (en caso de existir) con consultas dentales u odontólogos, los hábitos de cepillado o higiene bucal general, implementos de higiene, entre otros. Para llevar a cabo un proceso más dinámico y que esté acorde a la edad y entendimiento del paciente y sus representantes, se puede acudir a formularios planificados que podrían incluir algunas preguntas que nos serán de relevancia al momento de relacionarnos en consulta, como: ¿Presenta algún tipo de fobia el niño(a)?, ¿Se puede comunicar (o cuál es su nivel de comunicación)?, ¿Utilizan algún tipo de refuerzo positivo para incentivar conductas positivas? Una vez obtenida toda la información sobre los antecedentes médicos generales y odontológicos del niño, pondremos en marcha el protocolo de desensibilización sistemática para el acceso del niño a la consulta dental (Gómez, B. et al, 2009).

Si bien este es un proceso que empieza en el consultorio con la visita de los padres, hay que tener presente que la desensibilización (con fotos, videos o una mezcla de los dos) se realiza en base a la consulta, con una exploración bucal real. Una vez que ya partimos con este punto, son los educadores/profesores una pieza fundamental para el proceso de desensibilización, puesto que son ellos los que mostrarán toda la información necesaria sobre la consulta dental, para esto, somos nosotros los encargados de entregar material didáctico (libros con fotos, videos completamente explicativos y con todo tipo de detalle, desde como se entra a la clínica, la recepción en caso de haber, la sala de espera, los estantes y gabinetes, el aseo, el equipo y el personal de trabajo, permitiéndole al niño identificar de manera más rápida al personal que lo asistirá en un futuro y el lugar de trabajo, incluso podríamos proporcionar algo de instrumental básico con la finalidad que el niño lo conozca de manera anticipada, una vez realizado esto en las instituciones de educación, el niño podrá asistir al consultorio, para esto se recomienda la compañía de los padres y/o educadores durante la consulta puede favorecer la cooperación, para eso aplicaremos la técnica “decir – mostrar – hacer” (esta técnica nos permitirá anticipar las sensaciones que el paciente experimentará durante todo el procedimiento y nos dará herramienta para sobrellevar la situación con comunicación verbal) teniendo en cuenta usar los materiales e instrumentos con los que el niño ya está familiarizado, esperando facilitar la aplicación del tratamiento. Incluso se puede

optar por rodear el lugar de instrumentos de seguridad ara el niño y música agradable para el (Gómez, B. et al, 2009; Quispe, M. et al, 2023).

Las técnicas restrictivas e invasivas para el manejo de la conducta se limitarán a casos de pacientes con Trastorno del Espectro Autista con diagnósticos válidos con niveles de gravedad elevada, considerando que en estos pacientes es muy probable que sean necesarios un mayor número de sesiones de desensibilización y aplicación del protocolo individualizado fuera y dentro del consultorio odontológico, teniendo en cuenta la sedación o anestesia general sería el último recurso al que accederemos, y en caso de hacerlo, tendremos que relacionar lo que se utilizará para este procedimiento con los posibles medicamentos que podría estar ingiriendo el paciente (Gómez, B. et al, 2009; Quispe, M. et al, 2023).

5. Metodología.

Diseño de estudio.

El presente trabajo, denominado “Estrategias de adaptación a la atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno Del Espectro Autista (TEA): Revisión Bibliográfica.” es de tipo descriptivo y documental, utilizando literatura científica actualizada y otros tipos de fuentes primarias de información.

Enfoque.

Trabajo de investigación cualitativo, del tipo documental.

Universo y Muestra

Artículos científicos correspondiente a la atención odontológica en pacientes pediátricos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

Criterios de inclusión.

Artículos relacionados con métodos para la atención odontológica a pacientes diagnosticados con TEA, artículos científicos publicados en revistas indexadas, artículos científicos de diferentes idiomas, literatura científica con temas relacionados con el procesamiento sensorial en pacientes con TEA, literatura científica relacionada con protocolos de atención odontológica en pacientes con TEA.

Criterios de exclusión.

Artículos científicos incompletos y artículos científicos no aportan a la resolución de los objetivos específicos.

Técnicas:

Recopilación de información mediante la revisión de literatura científica.

Equipo y materiales:

Computadora, descriptores y bases de datos.

6. Resultados.

Resultado para el objetivo: Analizar las características del procesamiento sensorial a nivel orofacial de los niños con Trastorno del espectro autista (TEA).

Tabla 1. Características sensoriales a nivel orofacial en pacientes con TEA

Características.	Porcentaje.
Sensación de tener la cara mojada.	10%
Reacción a las texturas.	20%
Sensibilidad a los sabores.	20%
Hipo/hiper-sensibilidad dentro y fuera de la boca.	30%
Presencia o ausencia de dolor.	20%
	Total: 100%

La característica sensorial que se reporta con mayor frecuencia en la literatura científica revisada es la hipo/hiper-sensibilidad dentro y fuera de la boca; la reacción a texturas, sensibilidad a los sabores, presencia o ausencia de dolor tienen una menor frecuencia, pero son consideradas importantes en la intervención odontológica.

Resultado 2 para el objetivo: Diseñar un protocolo de atención odontológica dirigido a niños diagnosticados con Trastorno del espectro autista (TEA)

El proceso de desensibilización para la atención odontológica, es de suma importancia para lograr tratamientos exitosos puesto que esta determinará la colaboración del paciente dentro del consultorio, características propias del TEA como: trastornos de ansiedad, patrones de conducta impulsiva y de hiperactividad, trastornos obsesivo compulsivo, retraso mental, problemas del lenguaje y comunicación, entre otras, lo que llega a ocasionar que la atención sea compleja y requerir de mucho interés de parte del odontólogo, profesionales y padres del niño, por lo que el compromiso, el material didáctico ofrecido por el profesional (mismo que, como ya se mencionó anteriormente, parte de pictogramas, videos sobre el personal, la consulta, el instrumental, algunos procedimientos, en caso de ser necesario, maquetas de apoyo), y el uso correcto del mismo por parte de educadores, terapeutas y padres, es esencial. Ya que esto será la estrategia principal para el profesional para que todo procedimiento se realice de manera adecuada, en base a lo descrito, podemos decir que el protocolo se realizaría de la siguiente manera:

- Primera Cita: Consiste en el primer contacto entre el padre y el odontólogo, en cuyo espacio, el padre proporciona la información necesaria al profesional sobre el grado de autismo diagnosticado, sus gustos visuales, táctiles, auditivos, fobias, su rutina, sus capacidades motoras y de comunicación verbal o no verbal, los hábitos de higiene dental del paciente, visitas previas a consulta odontológica, expectativas o ideas de los acercamientos al odontólogo, estos insumos permitirán diseñar un protocolo y material didáctico individualizado para la desensibilización y atención odontológica a nivel de promoción, prevención y atención clínica dental, posterior a ello se socializará con los terapeutas correspondientes del niño con TEA, para coordinar el apoyo en la intervención clínica. El material didáctico a elaborar consta de maquetas, ilustraciones de la consulta dental, imágenes reales del consultorio, videos informativos sobre los tratamientos dentales hasta videos reales del ingreso al consultorio, pictogramas de los hábitos de higiene y horarios sociales. Hay ocasiones en las que se requiere de técnicas de reconstrucción de la memoria del niño con TEA, trabajando con refuerzo positivo frente a experiencias previas negativas de la atención odontológica para cambiar la perspectiva de dicha atención.

Este primer paso permitirá establecer pautas para el odontólogo adecuar el consultorio dental para la primera visita del niño, en esta puede influenciar mucho la necesidad de terapia asistida por animales o el manejo de objetos de confort del paciente (Ocaña, V. et al, 2015; Gómez, B. et al, 2009; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

- Segunda Cita: Esta cita no necesariamente es el primer contacto con el niño, sino es la oportunidad de presentar el material diseñado para la desensibilización de éste a los padres, docentes y terapeutas para su aplicación fuera del consultorio en un ambiente familiar,(en caso de tener presente al psicólogo del niño, este podría intervenir con métodos adicionales y con la inclusión de la consulta odontológica y los tratamientos durante su consulta) (Ocaña, V. et al, 2015; Gómez, B. et al, 2009; Pimienta, N. et al, 2017).

La preparación para la visita al odontólogo consta de implementar un tiempo de práctica en el cual se coloca al niño en una silla reclinable y se le dan instrucciones que generalmente el odontólogo dicta durante la consulta como poner las manos sobre el estómago, colocar los pies estirados y rectos, tener la boca completamente abierta, entre otros, buscando la

interacción entre operador y la boca del niño. (Gómez, B. et al, 2009; Autism Speaks, s.f.) Esta cita serviría para establecer la primera visita del niño a la consulta.

- Tercera Cita: En esta cita ya podríamos tener un primer encuentro con el niño, mismo que sería en las primeras horas del día para evitar la posible fatiga de este e incluso del profesional (en caso de ser ese el horario que le favorece al paciente) y que no ocuparía mucho tiempo, la idea es ir incrementando el tiempo de atención considerando la tolerancia del niño, podría darse una presentación del personal a trabajar con el niño, reconocimiento del área de espera, del consultorio, del equipo y del instrumental que se va a utilizar (mismo que tuvo que ser presentado al niño previamente en el material de desensibilización enviado), en caso de existir presencia de luz, se adaptará al paciente y se tendrá una primera impresión del lenguaje no verbal del niño y una vista directa de su capacidad motora. Dentro del consultorio es importante la cantidad de ruido que existe (nos servirá para analizar cómo se siente el niño ante eso), en esta cita incluso es importante la forma en la que viste ese día el personal de trabajo. En este primer encuentro, se planificaría un aproximado de cuántas citas se necesitarán para lograr que sea efectivo el proceso de desensibilización (Pimienta, N. et al, 2017; Quispe, M. et al, 2023).

- Cuarta cita: Nos servirá para darle seguimiento a la desensibilización y determinar si necesitaremos más citas de acercamiento. Esto nos permitirá tener un acercamiento a la boca del paciente, en caso de tener respuestas positivas por parte del paciente, se nos facilitará el llenado de una historia clínica en la parte intraoral, podremos además realizar la evaluación de la complejidad de atención del paciente, además de establecer un patrón de conducta y determinar si es necesario el acompañamiento de más profesionales o el empleo de más técnicas para el manejo de conducta (Villagra y Silva, 2017; Gómez, B. et al, 2009; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

Hay que destacar que para el tratamiento del niño debemos partir de los tratamientos más sencillos con el instrumental más básico y siempre utilizando como técnica base la de “decir – mostrar – hacer” para el manejo de conducta, logrando una comunicación con el paciente, intentando establecer refuerzos positivos para guiar el tratamiento (Gómez, B. et al, 2009; Pimienta, N. et al, 2017; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

7. Discusión.

Como se mencionó previamente, no podríamos generalizar los materiales y/o herramientas a utilizar para la atención odontológica de los niños con TEA, puesto que para dicha intervención será necesario individualizar el protocolo de atención de acuerdo a las habilidades cognitivas y características sensoriales del paciente. Este estudio busca demostrar la importancia de la atención odontológica no invasiva en niños autistas, recopilando estrategias, técnicas y/o protocolos.

Un estudio realizado por Stein y colaboradores (2013) sugirió que el sobre procesamiento sensorial era un factor importante que llegaría a influenciar en los niños con TEA a la hora de seguir normas de cuidado bucal en el hogar y en el desarrollo de problemas de conducta en el consultorio dental. Este sobre procesamiento sensorial será determinante a la hora de elegir las estrategias, métodos y materiales para la atención.

Sobre el mismo tema, estudios realizados por Gómez et.al (2009) y Atienza (2014) mencionan la necesidad del empleo de un protocolo de desensibilización sistémica que permita disminuir la ansiedad entre paciente y operador, el cual tiene que ser individualizado. En el caso de los pacientes con TEA hay que tomar en cuenta sus características particulares propias del espectro autista, como. problemas de comunicación (no acatan órdenes, en muchas ocasiones no se comunican verbalmente, etc.), patrones repetitivos (relacionado principalmente con la creación de rutinas), sobre procesamiento sensorial (hipersensibilidad, umbral de dolor aumentado o disminuido, incomodidad al sentir gotas de agua o migajas cerca del rostro, incomodidad con algunos sabores y/o texturas), bajas habilidades sociales (dificultad para acoplarse a nuevos ambientes y a nuevas personas), trastorno de ansiedad (derivado de las situaciones de estrés que se pueden generar en el consultorio o el ambiente al que es expuesto), entre otros.

Gómez y colaboradores (2009) recalcan que el uso de técnicas restrictivas se limitará a casos muy graves en los cuales el aumento de las sesiones de desensibilización y la intervención de padres, psicólogos y educadores no da resultado, considerando como un último recurso la anestesia general. Así mismo, Stein y colaboradores (2013) mencionan también que el uso de estrategias conductuales puede tener una efectividad limitada debido a las propias características asociadas al espectro lo que llevaría al odontólogo a tomar otras medidas como pueden ser las farmacológicas.

Por otro lado, un estudio realizado por Palacio (2007), en conjunto con el estudio realizado por Atienza (2014) mencionado previamente, determinan que el uso de métodos farmacológicos está dirigido por los síntomas blancos del paciente, mismos que, nos mostrarán los riesgos y beneficios de su uso específico (relacionando el método farmacológico con los posibles fármacos que ya ingiere el paciente), los autores confirman que, aun cuando no es la mejor alternativa a emplear, tiene un papel importante dentro del plan de tratamiento, considerando la sedación, sedación consciente y anestesia general como alternativa directa en pacientes no colaboradores.

Fátima Antonio et al. (2013) y Gutierrez (2008) mencionan que el aumento de las sesiones tiene como objetivo reducir la sensibilidad del paciente y que, para mayor efectividad, pueden ir acompañadas de acondicionamiento del consultorio (incluyendo el ambiente odontológico, el contacto físico con el personal y la adecuación tanto a ruidos como a olores), teniendo en cuenta que cada cita tiene que estar condicionada igual y que el personal de trabajo tiene que ser el mismo, sin embargo, hay que tener presente que el aumento de sesiones y el acondicionamiento podría no ser determinante para una desensibilización exitosa, aun cuando el odontólogo se debe valer de todos los recursos y ayuda que esté a su disposición.

En resumen, las técnicas restrictivas se encuentran bastante marginadas, aun cuando, en la actualidad, se llegan a emplear en casos muy específicos, dando a entender que si bien no son la primera opción, no se descarta su uso dentro del consultorio puesto que, a nivel odontológico, no han demostrado dar malos resultados rehabilitadores, sin embargo, se establece que un buen plan de tratamiento siempre tendrá como primer paso la aplicación de protocolos de desensibilización, mismos que han reflejado una efectividad en la mayoría de casos documentados aun cuando puede requerir de una extensión de las sesiones, aplicación adicional de técnicas de manejo de conducta, asistencia emocional y de acompañamiento obligatorio de los padres.

8. Conclusiones.

Se ha constatado que el comportamiento de los niños, su procesamiento sensorial a nivel orofacial y su grado de autismo, interviene en la forma en la que se brinda la atención y las herramientas que se emplearán para facilitar el tratamiento. Pacientes con características y grados leves de autismo (grado 1 y grado 2) son aptos para la aplicación de herramientas como la desensibilización y a su vez el uso de técnicas como los pictogramas que son desarrollados específicamente para ellos.

Para pacientes diagnosticados con un grado 3 de TEA, la literatura refiere que su intervención sería con sedación puesto que la falta de colaboración y su capacidad receptiva hace difícil la desensibilización exitosa.

El procesamiento sensorial a nivel orofacial, enfocado en la sensación de tener la cara mojada o gotas de agua a nivel facial genera un ambiente de incomodidad, dando por entendido que el uso de la turbina y su salpicadura de agua puede llegar a interferir en la comodidad y colaboración del paciente.

Establecer un protocolo de atención odontológica a pacientes con TEA es la desensibilización sistémica de los mismos, puesto que esto los llevará a una adaptación del entorno clínico. Mencionando también que, en pacientes diagnosticados con grados leves de autismo, la desensibilización puede ser empleada y efectiva, por lo cual debe analizar su inclusión dentro del plan de tratamiento, los siguientes pasos se establecen según el avance del paciente, teniendo como última opción la sedación.

9. Recomendaciones.

Promover la salud oral e incentivar a los padres a llevar a sus hijos a la visita odontológica desde edades tempranas para facilitar la realización de protocolos.

Incluir a los psicólogos y educadores de los niños en las actividades que se planean realizar para llegar a ellos de maneras menos invasivas.

El reconocimiento de las características sensoriales del paciente nos va a permitir dar una atención personalizada, encaminar un proceso de desensibilización adecuado a los gustos, patrones e incomodidades del paciente, por lo que es esencial llevar una buena anamnesis.

10. Bibliografía.

- Acosta, M. C., & Larrea, J. F. (2022). Manejo del paciente con síndrome de espectro autista en la clínica odontológica. *Revista científica de especialidades odontológicas UG*.
- AlHumaid J. (2022). Dental experiences related to oral care of children with autism spectrum disorders in Saudi Arabia: A literature review. *The Saudi dental journal*, 34(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2021.09.023>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2022). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *El manual de referencia de Odontología Pediátrica*, 325-332.
- American Psychological Association [APA]. (2000). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)
- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)
- A., Naylenis, D., Pérez, P., Yainedy González, D., Ferrer, L., & Liset Rodríguez Martínez. (2017). Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología. Revisión bibliográfica. *Acta Médica Del Centro*, 11(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec174i.pdf>
- Atienza, O. L. (2014). Manejo de pacientes con T.E.A en odontología. La importancia de los hábitos de higiene.
- Autism Speaks. (s.f.). Guía dental. Obtenido de Autism Speaks. It's time to listen: <https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/dental-guide-spanish.pdf>
- Balian, A., Cirio, S., Wolf, C. G., Campus, G., & Cagetti, M. G. (2021). Is Visual Pedagogy Effective in Improving Cooperation towards Oral Hygiene and Dental Care in Children with Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research an Public Health*.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la realidad de Ecuador. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC:

<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/TEA/pdf/TEA-Ecuador-Diagnostico-2013>

- Como, D. H., Duker, L. I., Polido, J. C., & Cermak, S. A. (2020). Oral Health and Autism Spectrum Disorders: A Unique Collaboration between Dentistry and Occupational Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- De la Torre Yépez, J. F., & Vargas Tejada, A. R. (2019). Eficacia del cepillado dental mediante técnica Rojo al Blanco y Fonnes en niños y adolescentes con Trastorno Espectro Autista de Alto Funcionamiento Cusco-2019.
- Estadísticas de Discapacidad – Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (s/f). Recuperado el 09 de Septiembre de 2023, de Gob.ec website: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Ferrer-Coba, S., Martínez-Hernández, N. L., Recio-Díaz, T., & Ferrer-Coba, O. (2022). Atención estomatológica integral a niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(3).
- Gallo, L. A., Guzmán, L. H., Pichardo, J. A., & Hernandez, B. C. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 257 - 261.
- Gastaminza, X. (1998). La sertralina en el tratamiento de la ansiedad y agitación en niños con trastorno autístico. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (1), 57-59.
- Gómez, B., Badillo, V., Martínez, e.m., Planells, P. (2009). Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. *Cient dent* 2009;6;3:207-215.
- Guía Práctica Clínica (GPC). (2017). Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes: detección, rehabilitación y seguimiento.
- Gutierrez, L. H. (2008). Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico. *Odontol Pediatr Vol 7*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s/f-a). Población y Demografía. Recuperado el 27 de abril de 2023, de Instituto Nacional de Estadística y Censos website: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

- Khrautieo, T., Srimaneekarn, N., Rirattanapong, P., & Smutkeeree, A. (2020). Association of sensory sensitivities and toothbrushing cooperation in autism spectrum disorder. *International journal of paediatric dentistry*.
- Marulanda, J., Aramburo, E., Echeverri, A., Ramírez, K., & Rico, C. (2012). Dentistry for the Autistic Patient. *Revista CES Odontología*.
- Mendell, D., Novak, M., & Zubritsky, C. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos del Es Adolescente: detección, diagnóstico espectro Autista en niños, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. y Guía de Práctica Clínica. de Normatización Primera Edición. MSP; 2017. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nac Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Muniz, R., Barros, I., Collet, N., Pereira, A., Lino, V., & Mendonça, A. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*
- Naciones Unidas. (s.f.). Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, 2 de abril. Antecedentes. <https://www.un.org/es/observances/autism-day/background>
- National Institute of Mental Health. (2018). Trastornos del Espectro Autista. USA.
- Ocaña, V. G., Cárdenas, A. O., Vázquez, J. R., & Ramos, A. N. (2015). Tratamiento odontológico en niños con trastornos del espectro autista (TEA). *Revista de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica*, 27(2), 58-64.
- Organización Mundial de la Salud. (15 de Marzo de 2022). Salud bucodental (OMS, Ed.) [Review of Salud bucodental]. WhoInt: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2022). Autismo. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (29 de Marzo de 2023). Autismo. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10.a ed. (CIE-10).

- Ortega, M., Tapia, M. T., Cedillo, G., Ramos, R., & Navas, R. (2021). Efectividad de las técnicas de manejo conductual en Odontopediatría. Revisión sistémica. Patient. El manual de referencia de Odontología Pediátrica, 325-332. Revista de Odontopediatría Latinoamericana, 91-108.
- Palacio, J. D. (2007). Tratamiento farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados. Patient. El manual de referencia de Odontología Pediátrica, 325-332.
- Perales-Terán M, Sabbagh-Haddad A, Juárez-Ibarra KI, Cruz-Fierro N. Evaluación de tres técnicas para el manejo de conducta odontológica en pacientes con trastorno del espectro autista (2023) Odontol Sanmarquina [Internet]. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/19692>
- Pimienta Pérez, N., González Ferrer, Y. y Rodríguez Martínez, L. (2017). Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología.
- Quispe, M. A., Ventura, A. P., Mamani, J. C., & Mattos-Vela, M. A. (2023). Manejo de pacientes con trastornos del neurodesarrollo en la consulta odontológica. Una revisión de la literature. Scielo.
- Rodriguez Chala, H. (2017). Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. Obtenido de la Revista Cubana de Estomatología: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1093/322>
- Silva, S. N., Gimenez, T., Souza, R. C., Mello-Moura, A. C., Raggio, D. P., Morimoto, S., Giovanna Correira Soares, T. K. (2016). Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. International journal of pediatric dentistry.
- Stein, L. D., Cermak, S., & Polido, J. (2013). Oral care and sensory over-responsivity in children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Dentistry*.
- Suleiman, S. Y. Y., Jiménez, C. C., Pérez, D. R., & Mendoza, A. M. (2021). Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico odontológico del niño con trastorno del espectro autista: revisión sistemática. Odontol Pediátr.
- Swart G. T. (2006). Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome Different Sensory Experiences Different Perceptual Worlds. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Uplatelevision. (28 de enero de 2020). Casa TEA: Hipersensibilidad sensorial bucal. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=xNa1uev7y-o&ab_channel=uplatelevision

Villagra, N. L., & Silva, D. V. (2017). Protocolo de atención ortodóntica con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Int. J. Odontostomat.

11. Anexos.

Anexo 1. Tabla matriz de los artículos.

Objetivos de la investigación	Base de datos	Idioma	Palabras clave	Enlace del artículo	Título	Año de publicación	Tipo de estudio	Autor	Cita textual
Establecer el manejo del paciente con Síndrome de Espectro Autista en clínica odontológica.	Revista científica de especialidades odontológicas.	Español	Autismo, Enfoque conductual, Funcionamiento cognitivo y perceptivo, Cuidado de la salud oral.	http://portal.amelica.org/ameli/journal/611/6111314/6113144012/	Manejo del paciente con síndrome de espectro autista en la clínica odontológica	2022	Artículo de revisión.	Acosta, M. C., & Larrea, J. F.	“Es importantes especificar que los medicamentos, ocasionan ciertos efectos adversos como lo son la hiposalivación (paroxetina, fluoxetina, imipramina), úlceras orales (carbamazepina), cicatrización retardada (ácido valproico) o agrandamiento gingival (fenitoína)”
This review is aimed to describe the current literatura related to the dental experiences in the oral healthcare of children with ASD and adolescents, which will be relevant to support and guide future research,	The Saudi dental journal,	Inglés	Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento	https://doi.org/10.1016/j.sdntj.2021.09.023	Dental experiences related to oral care of children with autism spectrum disorders in Saudi Arabia: A literature review.	2022	Artículo de revisión.	Jehan Al-Humaid	“The main impediment to the dental team may be the reduced ability of children with ASD in communication and social interaction which may/may not be associated with an altered intellectual development, repetitive body movements, hyperactivity, attention deficit, decreased frustration threshold, tactile, light, odors and auditory hypersensitivity and a high probability of a self-injurious behavior”

interventions, and policymaking									
Mejorar su calidad de vida en el futuro a través de la salud general y, concretamente, la salud oral, los Especialistas en Odontología tienen pendiente una labor muy importante de acercamiento a estos niños para integrarlos a programas preventivos y de mantenimiento, en colaboración con padres y educadores.	Acta Médica del Centro	Español	Trastorno autístico; odontología; calidad de vida.	https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec174i.pdf	Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología: revisión bibliográfica.	2017	Artículo de revisión.	Dra. Naylenis Pimienta Pérez, Dra. Yainedy González Ferrer, Lic. Liset Rodríguez Martínez	<p>“Como consecuencia de todos estos hábitos nocivos se produce, con mayor frecuencia, una maloclusión, y se presentan problemas en las principales funciones del sistema estomatognático: fonación, deglución y masticación.¹⁹ “También se presenta para funciones como el bruxismo, que desempeña un papel nada satisfactorio para los dientes y que se relaciona con estados de ansiedad y estrés. En estos pacientes es frecuente encontrar traumatismos dentales como consecuencia de la hiperactividad que poseen. Los autistas pueden presentar un mayor riesgo de enfermedad oral debido a su capacidad disminuida de entender o participar en su higiene diaria y cooperar con los programas preventivos, sobre todo en aquellos casos sometidos a tratamientos con fármacos para atacar la ansiedad, los problemas del comportamiento, la</p>

									esquizofrenia y los episodios maníacos y la epilepsia, entre otros. Estos fármacos producen efectos secundarios que, en lo que se refiere al índice cariogénico, afectan la secreción salival, la disminuyen y producen sequedad de la boca o xerostomía, lo que deriva en un aumento del riesgo de caries y problemas en las encías como la hiperplasia”.
Evaluate and assess the scientific evidence on the use of visual pedagogy in improving oral hygiene skills and cooperation during dental care in children with ASDs.	International Journal of Environmental Research and Public Health.	Inglés	Visual pedagogy; autism spectrum disorders; dental setting; oral hygiene; dental care	https://doi.org/10.3390/ijerph18020789	Is Visual Pedagogy Effective in Improving Cooperation towards Oral Hygiene and Dental Care in Children with Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review	2021	Artículo de revisión.	Balian, A., Cirio, S., Wolf, C. G., Campus, G., & Cagetti, M. G.	“The wide heterogeneity of studies included in this systematic review does not allow for the conclusion of clear evidence on the effectiveness of visual pedagogy in dental settings. Nevertheless, its use improved both oral hygiene skills and cooperation during dental care in children with ASDs, even if it is not possible to clarify which visual tool is more effective”

					and Meta-Analysis.				
Describir la evidencia referente a salud bucal, así como consideraciones relevantes para la atención odontológica en sujetos con TEA.	International Journal of Environmental Research and Public Health.	Inglés – español.	Trastorno del espectro autista; salud bucal; enfermedades de la boca; padres; cuidadores.	10.3390/ijerph18010135	Salud bucal en sujetos con trastorno del espectro autista: consideración es para la atención odontológica	2020	Artículo de revisión.	Como, D. H., Duker, L. I., Polido, J. C., & Cermak, S. A.	“En casos donde no es posible la cooperación para la intervención y quizás está presente el estrés derivado del procedimiento tanto en el paciente como en la familia, una alternativa es recurrir a la atención iniciando con la inhalación de óxido nitroso/oxígeno y finalmente la alternativa de uso de la anestesia general, permitiendo mejor planificación de los tratamientos y control de sus efectos”
Evaluar la efectividad de una intervención estomatológica en niños autistas, de la escuela especial “Héroes del Moncada” del municipio Camagüey, de septiembre 2018 a junio 2019.	Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río	Español	Odontopediatría; Trastornos del Espectro Autista; Intervención Estomatológica; Afecciones Bucales	http://revcimpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5160	Atención estomatológica integral a niños con trastorno del espectro autista.	2022	Artículo de revisión.	Ferrer-Coba, S., Martínez-Hernández, N. L., Recio-Díaz, T., & Ferrer-Coba, O.	“Se observó la prevalencia de enfermedad periodontal (80,8 %) y caries dental (57,7 %), cifras que disminuyeron a 15,4 % y 7,7 %, respectivamente. Existió una frecuencia relativamente elevada de Anomalías dento-maxilo-faciales”
Presenta una breve revisión de la evolución histórica de la	Salud Mental.	Español	Autismo, Asperger, TGD-NE, PDD-NOS,	https://www.scielo.org.mx/scielo	Dificultades en la evaluación y	2008	Artículo de revisión.	Gallo, L. A., Guzmán, L. H.,	“El error en el diagnóstico es muy común y provoca costos elevados para los prestadores de servicios en las áreas de la

clasificación acorde a los criterios del DSM y a la descripción de los principales instrumentos de diagnóstico, y los datos de su validez y confiabilidad.			instrumentos, evaluación.	php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100006	diagnóstico del autismo. Una discusión.			Pichardo, J. A., & Hernandez, B. C.	medicina y la educación. Las familias de estos niños a menudo reciben tres o cuatro diagnósticos previos”
Mejorar su calidad de vida en el futuro a través de la salud general, y concretamente la salud oral, los odontólogos tenemos pendiente una labor muy importante de acercamiento a estos niños, integrándoles en programas preventivos y de mantenimiento, en colaboración con padres y educadores.	Cient dent	Español	Necesidades especiales; Trastorno espectro autista; Desensibilización sistemática; Atención odontológica	https://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf	Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática.	2009	Artículo de revisión.	Gómez, B., Badillo, V., Martínez, e.m., Planells, P.	“Contrastando esta información, otros encuentran una mayor susceptibilidad a caries atribuyéndola a la preferencia por parte de los niños autistas de una dieta dulce y blanda y a la incapacidad de desarrollar unas perfectas habilidades masticatorias, de autoclisis y cuidados de higiene.”
El propósito de este artículo es hacer una	Revista CES Odontolo	Español	Autismo, Odontología para	http://www.scielo.org.co	Odontología para pacientes	2012	Artículo de revisión.	Marulanda, J., Aramburo	“La literatura reporta técnicas especiales que facilitan el manejo del

<p>revisión detallada de la literatura científica existente encontrada en las principales bases de datos internacionales, con el fin de ofrecerle al odontólogo general y al odontopediatra una herramienta para el entendimiento de la condición autista, los conceptos básicos, generalidades, etiología y una detallada descripción de las condiciones orales y los distintos enfoques de tratamiento odontológico</p>	<p>gía.</p>		<p>pacientes con discapacidad, Manifestaciones orales.</p>	<p>/scielo.php?pid=S0120-971X2013000200010&script=sci_arttext</p>	<p>autistas</p>			<p>, E., Echeverri, A., Ramírez, K., & Rico, C.</p>	<p>comportamiento del paciente con autismo durante la cita odontológica y se clasifican en técnicas básicas y avanzadas. Dentro de las básicas se encuentran técnicas de comunicación como control de voz y comunicación no verbal, distracciones, recompensas y presencia de padres; y como técnicas avanzadas se describen óxido nitroso, sedación intravenosa, estabilización protectora y anestesia general.” “La técnica de decir – mostrar – hacer consiste en decir el tipo de procedimiento que se va a realizar y permitir que el paciente lo conozca y se familiarice con el procedimiento antes de realizarlo. Aunque es efectiva en algunos pacientes, en otros puede resultar improductiva debido al déficit de comunicación verbal y no verbal de estos” “En algunos casos el tratamiento odontológico bajo anestesia general es la única opción, especialmente en pacientes donde el</p>
---	-------------	--	--	---	-----------------	--	--	---	---

									proceso de socialización no se ha llevado a cabo desde edades tempranas”
<p>Early diagnosis of children with autism spectrum disorders (ASD) is critical but often delayed until school age. Few studies have identified factors that may delay diagnosis. This study attempted to identify these factors among a community sample of children with ASD.</p>	Pediatrics	Inglés.	Trastornos del espectro autista; trastorno generalizado del desarrollo no especificado.	https://doi.org/10.1542/peds.2005-0185	Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders	2005	Artículo de revisión.	Mendell, D., Novak, M., & Zubritsky, C	“Families’ interactions with the primary care system and physician behavior were also associated with age of diagnosis. Children who had 4 or more primary care physicians before diagnosis received a diagnosis an average of 0.5 years later than children who had 1 primary care physician. Children who were referred by their pediatricians to a specialist in response to parental concerns received a diagnosis an average of 0.3 years earlier than other children.”
<p>Analisar o contexto da revelação do diagnóstico do autismo e o impacto deste nas relações familiares.</p>	Revista Gaúcha de Enfermagem	Portugués.	Trastorno autístico; Diagnóstico; Relações familiares	https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572	Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares	2016	Artículo de revisión.	Muniz, R., Barros, I., Collet, N., Pereira, A., Lino, V., & Mendonça, A.	“This situation triggers changes in family life since the development needs of the child must be closely monitored. The diagnosis of chronic illness in the family, especially when it involves children, causes an impact because the family must change its daily routine and readjust roles, which affects work, income, and inter-family relations. When the

									family is confronted with the diagnosis of a chronic illness or syndrome, as in the case of ASD, it usually goes through a sequence of stages, namely: impact, denial, grief, external focus, and closure, which are associated with difficult and conflicting feelings”
fomentar el mantenimiento de la salud oral	Revista de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica	Español	Trastorno del Espectro Autista (TEA), autismo, DSM-IV-TR..	link.gale.com/apps/doc/A661114867/IFME?	Tratamiento odontológico en niños con trastornos del espectro autista (TEA).	2015	Artículo de revisión.	Ocaña, V. G., Cárdenas, A. O., Vázquez, J. R., & Ramos, A. N.	<p>“La consulta inicial de un paciente con autismo debe incluir una entrevista; una orientación sobre la práctica dental, incluyendo al personal y las instalaciones tanto como sea posible y un examen breve. Antes de la consulta inicial, se pueden enviar a los padres o al cuidador del niño fotografías del consultorio para que comience a familiarizarse.”</p> <p>“El uso de técnicas restrictivas se limitará a los casos más graves, teniendo en cuenta que estos pacientes, en la mayoría de los casos, requerirán un mayor número de sesiones de desensibilización, usando como último recurso la anestesia general.”</p> <p>“La siguiente consulta debe</p>

									estar basada en lo que se aprendió durante la visita inicial y las subsecuentes deben ser breves mientras que el tratamiento se proporciona de una manera oportuna.”
Efectuar una revisión sistémica sobre la efectividad de las técnicas de manejo de la conducta en niños sistémicamente sanos, en la consulta de Odontopediatría	Revista de Odontopediatría Latinoamericana	Español	Efectividad, técnicas, conducta, niños, odontopediatría.	https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.230 Hubo	Efectividad de las técnicas de manejo conductual en Odontopediatría. Revisión sistémica. Patient. El manual de referencia de Odontología Pediátrica	2021	Artículo de revisión.	Ortega, M., Tapia, M. T., Cedillo, G., Ramos, R., & Navas, R.	“La colaboración del paciente es primordial para desarrollar un tratamiento. El grado de colaboración puede guardar relación con experiencias previas; por tanto, la manera como se atiende a un paciente, y en especial al paciente pediátrico, es crucial; debe considerarse el componente biológico del niño como un sujeto en proceso de desarrollo tanto físico como psicológico, además de su contexto cultural y social” “La evaluación de la conducta del niño, previo a la consulta odontológica, es muy importante por cuanto ello permite discernir sobre cuáles serían las formas más apropiadas para su abordaje y en consecuencia ello garantiza el éxito de su intervención en la atención.”
Revisar el manejo	Rev. Colomb.	Español	autismo, síndrome de	http://www.sciel	Tratamiento	2007	Artículo de	Palacio, J. D.	“La evaluación individual determinará cuáles son los

farmacológico específico de algunas conductas patológicas como agresión, ansiedad, depresión, hiperactividad e inatención, inflexibilidad y estereotipias, en los pacientes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo (TGD).	Psiquiat		Asperger, agresión, ansiedad, depresión	o.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7450200700050017	farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados.		revisión.		síntomas blanco del tratamiento, y de igual manera se sopesará en cada paciente los riesgos y beneficios de la medicación. Se debe conservar un tiempo para la evaluación y una expectativa clara de la calidad de respuesta que se obtendrá, para no apresurar las evaluaciones de una dosis o una medicación, y que posteriormente este error conlleve a uso de grandes dosis o a combinaciones innecesarias.”
Describir las características de los pacientes con trastornos del neurodesarrollo, específicamente el trastorno del espectro autista y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y relacionarlo con el tipo de abordaje odontológico	Scielo	Español	Trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, atención odontológica	10.22592/ode2022n40e320	Manejo de pacientes con trastornos del neurodesarrollo en la consulta odontológica. Una revisión de la literature. Scielo.	2023	Artículo de revisión.	Quispe, M. A., Ventura, A. P., Mamani, J. C., & Mattos-Vela, M. A.	“Además de proporcionar un ambiente cómodo para el paciente con TEA se recomienda que antes de la cita odontológica se debe aplicar el programa de desensibilización sistemática, el cual tiene como objetivo que el niño se adapte al ambiente del consultorio mediante simulaciones que brinden información previa ya sea haciéndoles conocer qué instrumentos serán usados en la cita, el procedimiento paso a paso, e incluso se puede mostrar

que requiere este paciente, además de describir las estrategias de educación que se pueden ofrecer al paciente y a los padres para promover el cuidado de la salud bucal como parte de la salud general.								quienes serán los profesionales que lo atenderán, de esta manera se generará más confianza en el paciente. Por otro lado, también se puede hacer uso de fármacos y en caso no funcionen las anteriores técnicas se puede tratar bajo anestesia general. El papel de los padres de familia/apoderado y de los odontólogos es relevante ya que ellos guiarán a los pacientes en la aplicación de las mencionadas técnicas”	
Determinar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico	Revista Cubana de Estomatología	Español	Ansiedad; tratamiento; estomatología.	https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/articled/view/1093/322	Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico	2017	Artículo de revisión.	Rodriguez Chala, H.	“De todos los tratamientos no farmacológicos expuestos, la musicoterapia parece ser la técnica más beneficiosa y más fácil de utilizar, la cual influye en el control de los parámetros fisiológicos del individuo cuando estos se encuentran perturbados ante la ansiedad que experimentan durante el tratamiento estomatológico; además de ser una técnica sencilla pues el paciente puede incluso seleccionar el tipo de música que prefiere escuchar, y así permitirle que se sienta en un medio agradable.” “El midazolam por su parte

									está siendo más usado que el diazepam” “Otro como el óxido nitroso mezclado con oxígeno es muy usado también en los pacientes odontopediátricos.”
To conduct a systematic review and metaanalysis to verify the prevalence of dental caries and periodontal disease in individuals with ASD, especially children and Young adults.	International journal of pediatric dentistry.	Inglés	No presenta.	10.1111 /ipd.12274	Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis	2016	Revisión sistémica y metanálisis.	Silva, S. N., Gimenez, T., Souza, R. C., Mello-Moura, A. C., Raggio, D. P., Morimoto, S., Giovanna Correia Soares, T. K.	“This high prevalence of periodontal disease and dental caries in patients with ASD can be attributed to an association of factors, such as a cariogenic diet and difficulties in oral hygiene, commonly seen in special need individuals”
The purpose of this study was to investigate the relationship between sensory sensitivities and oral care difficulties in children with autism spectrum disorders (ASDs) or typical	Pediatric Dentistry.	Inglés	ASD, sensory processing, dental care, behavior difficulties, sensory integration, occupational therapy	10.1111 /j.1754-4505.2011.00187.x	Oral care and sensory over-responsivity in children with Autism Spectrum Disorders.	2013	Artículo de revisión.	Stein, L. D., Cermak, S., & Polido, J.	“The final hypotheses examined the relationship between sensory sensitivities, oral care difficulties in the home and the dental office, and behavioral difficulties in the dental office, recognizing that sensory sensitivities may not be the only factor contributing to these relationships among subjects.”

development (TD).									
Determinar qué técnicas son efectivas para el abordaje odontológico del niño con trastornos del espectro autista (TEA).	Odontol Pediátr.	Español.	Atención dental para niños. Autismo. Odontología pediátrica. Revisión sistemática. Trastorno del espectro autista	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7858899	Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico odontológico del niño con trastorno del espectro autista: revisión sistemática.	2021	Artículo de revisión.	Suleiman, S. Y. Y., Jiménez, C. C., Pérez, D. R., & Mendoza, A. M.	“Debido a la variedad de TEA y a las características de cada niño, es necesario un abordaje individualizado y multidisciplinario, con la participación conjunta padres, terapeutas, psiquiatras y dentistas para procurar la calidad y el éxito del tratamiento odontológico.” “Los dentistas necesitan estar familiarizados con los protocolos a seguir para poder llevar a cabo tratamientos en este grupo especial de pacientes en la consulta odontológica al ser su prevalencia alta y estar en ascenso.”

<p>Indica un protocolo de atención ortodóncica en pacientes con trastorno del espectro autista, útil para realizar una completa ayuda de cada paciente que permita un adecuado diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico en la especialidad de ortodoncia.</p>	<p>Int. J. Odontostomat.</p>	<p>Español</p>	<p>Necesidades especiales, trastorno espectro autista, protocolo, ortodoncia</p>	<p>http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000400399</p>	<p>Protocolo de atención ortodóncica con Trastorno del Espectro Autista (TEA).</p>	<p>2017</p>	<p>Artículo de revisión.</p>	<p>Villagra, N. L., & Silva, D. V.</p>	<p>“Se utilizan ciertos criterios para determinar la complejidad de cada paciente y su posible atención”</p>
--	------------------------------	----------------	--	--	--	-------------	------------------------------	--	--

Anexo 2. Designación del director de trabajo de integración curricular.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL-FSH-DCO-2023-165-M

Loja, 30 de junio 2023

PARA: Dra. Deisy Saraguro Ortega
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR DE LA SRTA. NATALY DELGADO MOSQUERA.

En atención a la petición presentada por la estudiante **NATALY DELGADO MOSQUERA**, y, de acuerdo a lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe de pertinencia del trabajo de integración curricular, titulado **"ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Me permito designar a usted Directora del trabajo de integración curricular o de titulación autorizando su ejecución.

"El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación".

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,


Odt. Esp. Susana González Eras

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA FSH-UNL

Elaborado por: Dra. Elsa Pineda Pineda
Analista de Apoyo a la Gestión Académica

C.c. Archivo, estudiante

Anexo 3 Certificado de aprobación del nivel B1 de inglés



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Sistema de
Gestión Académico

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
INSTITUTO DE IDIOMAS

Mgtr. Leonardo Ramiro Valdivieso Jaramillo
**SECRETARIO ABOGADO DE LA FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL
ARTE Y LA COMUNICACIÓN**

CERTIFICA:

Que: **NATALY RASHELLE DELGADO MOSQUERA** de nacionalidad Ecuatoriana, con cédula Nro. **1401061286**, luego de haber cumplido con los requisitos previstos para el efecto, **APROBÓ** los niveles de segunda lengua que a continuación se detallan:

CURSO/NIVEL	FORMA DE APROBACIÓN	CALIFICACIÓN
INGLES 1	Regular	9.33/10 (NUEVE PUNTO TREINTA Y TRES SOBRE DIEZ)
INGLES 2	Regular	9.30/10 (NUEVE PUNTO TREINTA SOBRE DIEZ)
INGLES 3	Regular	9.73/10 (NUEVE PUNTO SETENTA Y TRES SOBRE DIEZ)

Por consiguiente, una vez cumplidas las 768 horas académicas de instrucción obligatorias y de conformidad con la normativa reglamentaria institucional, la Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, emite el certificado que corresponde al **NIVEL B1** de suficiencia, tomando como referencia el Marco Común Europeo para las lenguas.

Certificado que se lo confiere a petición del interesado.

Loja, 17 de agosto de 2023



SECRETARIO ABOGADO

Mgtr. Leonardo Ramiro Valdivieso Jaramillo

Elaborado por: Ana Lucía Rodríguez Lima



Certificado B1 Nro.: UNL-FEAC-IDI-2023-001851

1/1

Ciudad Universitaria "Guillermo Falconi Espinosa"
Casilla letra "S", Sector La Argelia · Loja · Ecuador

Educamos para Transformar

Anexo 4. Pertinencia de trabajo de integración curricular.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja 23 de mayo de 2023

Odt. Esp. Susana González Eras
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA
Presente.

De mi consideración:

Con un atento saludo, me dirijo a usted, en atención al MEMORANDO Nro. UNL-FSH-DCO-2023-112-M, hago llegar el informe respecto a la estructura y coherencia del proyecto de investigación del trabajo de integración curricular, de autoría de la Srta. **NATALY RASHELLE DELGADO MOSQUERA**, con el tema: **“ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Luego de revisado, me permito emitir la **PERTINENCIA** del mencionado proyecto.

ATENTAMENTE



Firmado digitalmente por:
**DEISY PATRICIA
SARAGURO ORTEGA**

Dra. Deisy Saraguro Ortega
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGIA

Anexo 5. Traducción del resumen de Trabajo de Integración Curricular



Loja, 25 de octubre de 2023

Yo, Dhayson Esaú Tapia Bravo, con número de cédula 1104346349, MAGISTER EN EDUCACIÓN, MENCIÓN EN INNOVACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO y LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, MENCIÓN INGLÉS.

CERTIFICO:

Haber realizado la traducción textual del resumen, correspondiente al trabajo de integración curricular denominado: **ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIRIGIDO A NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)** elaborado por **NATALY RASHELLE DELGADO MOSQUERA**, con número de cédula 1401061286

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad, facultando al portador el presente documento para el trámite correspondiente.

Atentamente.

.....
Mgtr. Dhayson Esaú Tapia Bravo
PROMOTOR ACADÉMICO - DIRECTOR ACADÉMICO
REGISTRO SENESCYT: 1031-2023-2649446
REGISTRO SENESCYT: 1031-2022-2463644



boostenglishec@gmail.com

Cariamanga, Loja, Ecuador