

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“Abordaje psicológico del paciente con
Trastorno del espectro autista en
Odontopediatría”**

POSTULANTE: Dra. Norma Roxana Colque Luque

**TUTOR TEMÁTICO: Dra. Post Grado de Odontopediatría
Edith Alcira Miranda.**

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Carla Larrea Eyzaguirre.

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatría.**

La Paz-Bolivia

2021

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo principalmente a Dios por mantenerme con vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional a pesar de este momento duro de pandemia mundial.

De igual manera a la curiosidad que sentí al no poder abordarte es así que me inspiraste a poder verte, conocerte, entenderte y escucharte en silencio, ver que puedo servirte en un tratamiento me hace sentir dichosa mi hermoso niño con el trastorno del espectro autista.

AGRADECIMIENTOS.

Gracias...

A la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés por haber podido optar por la modalidad de Egreso en Revisión Sistemáticas,

A la coordinadora de la Especialidad de Odontopediatría Segunda Versión quien creo en mi confianza de poder canalizar mis ideas y poder plasmarlas siempre con esas palabras de aliento,

A todos quienes colaboraron directa o indirectamente,

A mis tutores que me inspiraron, al ser Odontopediatras fueron los protagonistas de esta investigación,

A mis papás por su apoyo constante, consejos y amor infinito,

Y al amor de mi vida por estar siempre presente cuando yo lo necesito,

Simplemente, gracias a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. JUSTIFICACIÓN	4
3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	4
3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	5
3.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
5. OBJETIVOS	6
5.1 OBJETIVO GENERAL	6
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
6. DISEÑO METODOLÓGICO	7
7. RESULTADOS	10
7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS	10
7.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN	90
8. DISCUSIÓN	94
9. CONCLUSIONES	97
10. RECOMENDACIONES	98
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.	

ÍNDICE DE FIGURAS

[Figura 1. Diagrama de flujo](#)..... 10

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1. Estrategia PICO</u>	7
<u>Tabla 2. Manejo odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo.</u>	11
<u>Tabla 3. Consideraciones para la atención odontológica en un paciente con asperger reporte de un caso</u>	15
<u>Tabla 4. Artículo Evaluación del estado de salud bucodental y de los factores que influyen en los niños con autismo</u>	19
<u>Tabla 5. La terapia de yoga como complemento del entrenamiento tradicional del cepillado dental en niños con el trastorno del espectro autista.</u>	25
<u>Tabla 6. Evaluación de la pedagogía visual en las revisiones dentales y practicas preventivas entre niños de 6 y 12 años con autismo.</u>	34
<u>Tabla 7. Protocolo de atención dental basado en soportes visuales para niños con trastorno del espectro autista.</u>	37
<u>Tabla 8. Perfiles de desarrollo del autismo y cooperación con la salud bucodental.</u>	43
<u>Tabla 9. Evaluación de tres técnicas para el manejo de conducta en paciente con el trastorno del espectro autista.</u>	48
<u>Tabla 10. Intervención Psicoeducativa para facilitar el examen clínico odontológico en personas con trastornos del espectro autista.</u>	54

RESUMEN

Objetivos: Identificar el abordaje psicológico del paciente con trastorno del espectro autista en Odontopediatría a través de una revisión sistemática en base a datos digitales e identificar los protocolos. **Metodología:** Se realizó una búsqueda en PubMed, Google Académico y Dimensions de artículos que evaluaron técnicas para el abordaje psicológico del niño TEA. **Resultados:** La mayoría reporta que la prevención y anticipación en las técnicas es efectiva ya sea realizando técnicas individuales o la combinación de estas. Se destaca que el apoyo de los padres es fundamental en los abordajes anticipados y familiarizar a los niños con entornos dentales mejora la cooperación. Preparar y entrenar a los niños TEA para realizar tareas de forma sistemática paso a paso mediante el uso de pedagogía visual (6) la técnica de cepillado, mejora con la continuidad y rutina diaria, se destaca los programas de educación dirigidos a los niños y también el uso de fluoruro de sellantes de fosas y fisuras. **Conclusiones:** La mayoría de las técnicas de abordaje para el manejo de niños con TEA son efectivas. Con base en los resultados, el odontólogo estará en la capacidad de contribuir efectivamente en la prevención con el abordaje psicológico, brindando a sus pacientes las herramientas necesarias para que se conserve su salud en un estado funcional.

Palabras clave: Autismo, niños, odontólogo.

ABSTRACT

Objectives: To identify the psychological approach of the patient with autism spectrum disorder in Pediatric Dentistry through a systematic review based on digital data and to identify the protocols. **Methodology:** A search was carried out in PubMed, Academic Google and Dimensions of articles that evaluated techniques for the psychological approach of the ASD child. **Results:** The majority report that prevention and anticipation in the techniques is effective either by performing individual techniques or a combination of these. It is emphasized that parental support is essential in early approaches and familiarizing children with dental settings improves cooperation. Prepare and train ASD children to perform tasks systematically step by step through the use of visual pedagogy (6) the brushing technique, improves with continuity and daily routine, educational programs aimed at children are highlighted, brushing dental, use of fluoride in pit and fissure sealants. **Conclusions:** Most of the approach techniques for the management of children with ASD are effective. Based on the results, the dentist will be able to effectively contribute to prevention with the psychological approach, providing his patients with the necessary tools to preserve their health in a functional state.

Keywords: Autistic, children, dentist.

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a el abordaje psicológico en Odontopediatría del niño con el Trastorno del espectro Autista, conocido también como trastorno del espectro autista (TEA) (1,2) desorden autista o síndrome del espectro autista interactuar socialmente (1), es un trastorno del neurodesarrollo (1,2).

La etiología del TEA es desconocida y su prevalencia a nivel mundial es alta en torno a 62/10.000 (1).

Los niños con TEA suelen ofrecer una colaboración limitada a los procedimientos médicos, en particular los considerados invasivos como la atención dental, porque pueden causar angustia y alteraciones del comportamiento (3). La característica principal de su neurodesarrollo presenta alteraciones en la comunicación, la interacción social, restricción de intereses, dificultad de integración sensorial, patrones repetitivos de comportamiento y falta de cooperación. Y responden diferente a los estímulos sensoriales, situación desafiante para el odontólogo ya que, en una consulta dental, existe una sobreestimulación sensorial por los sonidos, la luz y el movimiento del equipo dental, el sabor y olor de los materiales dentales, la presencia del odontólogo y personal de apoyo que puede afectar el desarrollo de la atención dental, además la mayoría de estos pacientes presentan trastorno de ansiedad (4).

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, algunas características conductuales asociadas al TEA pueden afectar la capacidad del niño de cooperación con el tratamiento odontológico y, en consecuencia, impedir u obstaculizar poder ofrecer una atención odontológica de calidad: limitaciones sociales y de lenguaje, comorbilidad, discapacidades de aprendizaje o retraso mental, hipersensibilidad sensorial, incapacidad para generalizar comportamientos previamente aprendidos, agresividad, ansiedad, hiperactividad y déficit de atención (1). La intervención conductual es el único enfoque bien

establecido para tratar estos trastornos. Los niños con TEA suelen ofrecer una colaboración limitada a los procedimientos médicos, en particular los considerados invasivos como la atención dental, porque puede causar angustia y alteraciones de comportamiento (5).

El objetivo de esta investigación fue identificar el abordaje psicológico del paciente con trastorno del espectro autista en Odontopediatría a través de una revisión sistemática en base a datos digitales e identificar los protocolos. Conocer en el ámbito profesional como odontopediatra, las técnicas para el manejo de conducta se incluyen las técnicas Desensibilización Sistemática (DS) con mayor uso en psicología, el método TEACCH (Tratamiento y educación de niños con autismo y con problemas de comunicación) y técnica Decir, Mostrar ,Hacer, por sus resultados efectivos durante la atención dental de adolescentes con el diagnóstico TEA (4), en las investigaciones revisadas se reportan herramientas el uso de apoyos visuales ya que los niños son aprendices visuales ya que contextualizan las imágenes y los utilizan para guiar adaptativamente su comportamiento (3). También la intervención del yoga aborda los déficits centrales TEA y la pedagogía visual y el modelado de video (permitiendo el niño concentrarse en una sola señal, pues los evita y hace el uso del concepto de que los niños son aprendices visuales (2). Se encontraron revisiones en inglés y español sobre el abordaje psicológico en los niños TEA; sin embargo, se encontró una revisión sistemática actualizada en los últimos años, en el abordaje psicológico en niños TEA.

2. ANTECEDENTES

Perales. M. (2021). Perú. En su trabajo titulado: Evaluación de 3 técnicas para el manejo de conducta odontológica en pacientes con el trastorno del espectro autista. Concluyeron: que las 3 técnicas utilizadas son efectivas para el manejo de conducta de las personas con el trastorno del espectro autista, sin embargo, la técnica TEACCH presento mejores resultados en el proceso de comunicación efectiva y refuerzo de adaptación al medio ambiente al observar conductas

positivas, sin embargo, en la Técnica DMH se observa conducta definitivamente negativa y respuesta corporal conductual que refleja tensión emocional, la estructuración sistemática el uso de ayudas visuales son técnicas de gran ayuda para la comunicación y adaptación .

Cárdenas. F. (2018). México. En su trabajo titulado: Manejo odontológico del paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo. Concluyeron: que se obtuvieron mejores resultados con la Técnica de Desensibilización logrando la cooperación y manejo de conducta durante el tratamiento odontológico, la evolución del tratamiento fue mejorando logrando que el paciente se sintiera cómodo.

Ramassamy. E. (2019). En su trabajo titulado: La terapia yoga como complemento del entrenamiento tradicional del cepillado dental Concluyeron: El entrenamiento de yoga se puede utilizar como complemento para mejorar las capacidades de aprendizaje del cepillado de dientes de los niños con TEA, además del modelado visual y la pedagogía.

Grazia. M. (2015). En su trabajo titulado: Protocolo de atención dental basado en soportes visuales para niños con trastornos del espectro autista. Concluyeron: que los apoyos visuales han demostrado ser capaces de facilitar tratamientos dentales a los niños con el trastorno del espectro autista, la elaboración visual es una fortaleza, los niños aprenden fácilmente cuando se utilizan instrumentos visuales ya que contextualizan las imágenes.

Nilchian. F (2017). En su trabajo titulado: Evaluación de la pedagogía visual en las revisiones dentales y prácticas preventivas entre niños de 6 a 12 años con autismo. Concluyeron: los estudios mostraron que la repetición de las visitas aumentó la cooperación de los niños con autismo de 6 a 12 años para entrar en la consulta y sentarse en el sillón dental, abrir la boca y mostrar los dientes y examinar los dientes con el espejo dental.

Se puede afirmar que la pedagogía visual no afectó significativamente a la cooperación de los niños a la hora de entrar en la consulta y sentarse en el sillón dental, abrir la boca y mostrar los dientes y examinar los dientes con el espejo dental, en el sillón dental, abriendo la boca y mostrando los dientes y examinar los dientes con el espejo dental. Sin embargo, la pedagogía visual sólo fue eficaz en el caso de la terapia con flúor.

Orellana. L. (2013). Valencia. En su Tesis Doctoral: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen clínico odontológico en personas con trastornos del espectro autista. Concluyeron: que el programa de intervención psicoeducativa planteado es eficaz para facilitar el examen clínico odontológico en pacientes con TEA, aumenta el número de pasos logrados del examen odontológico como la mejora de la conducta según la escala de Frankl, los cinco talleres de intervención psicoeducativa son eficaces para realizar un examen dental en niños con TEA de alto a bajo funcionamiento la capacidad de permanecer quieto cinco minutos, la conducta previa en el médico y la presencia de autolesiones generales son predictores de la conducta ante un examen odontológico, presentan hábitos de higiene bucal, debido a que presentan menor número de cepillados dentales diarios, menor uso de dentrífico y colutorios, presentan mayor dificultad en el cepillado y los niños necesitan más asistencia durante el cepillado además, de presentan hábitos bucales parafuncionales como succionar o morder objetos.

3. JUSTIFICACIÓN.

3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

A profesionales odontopediatras, en la actualidad no existe un abordaje específico en niños con el trastorno del espectro autista que permita solucionar y dar un adecuado tratamiento. Con el abordaje y creación de los protocolos de atención, pondrán los operadores tener un manejo inicial en las primeras consultas o abordaje preventivo parte de clínica inicial bajo los protocolos

asignados, el mismo no abordará el manejo intrahospitalario. Este protocolo está dirigido al ámbito clínico odontopediátrico ambulatorio.

3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.

La investigación al ser una revisión sistemática presenta como objetivo principal realizar la selección de evidencia científica en base de datos digitales ya que se encuentra dentro de la pirámide más alta en cuanto la evidencia científica, es adecuada en la parte clínica con procedimientos actualizados dicho de otra manera buena información.

3.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El paciente con el trastorno del espectro autista y su familia tendrán un beneficio ya que podrán reducir los tiempos de atención, obteniendo mejoras en su calidad de vida y a la larga podrán acceder a un tratamiento con un protocolo que lo individualice.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento de los protocolos del abordaje psicológico habituales de los pacientes con el Trastorno del espectro autista en la atención odontopediátrica provoca un inadecuado abordaje porque el paciente inicialmente no colabora rechazando el tratamiento llevándolos a todos a un fracaso en atención odontopediátrica.

El odontólogo que atiende a pacientes especiales debe obligatoriamente conocer estos protocolos para los mismos, pero no se llega a la práctica clínica.

Una insuficiente información sobre protocolos y técnicas de abordaje en niños con el trastorno del espectro autista hace que no se tenga ayuda de primera mano para un oportuno y eficaz tratamiento.

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El inadecuado abordaje odontopediátrico ocasiona una inadecuada atención odontológica en los niños con el trastorno del espectro autista, el mismo debe estar preparado para poder abordarlo y no fracasar en la consulta odontopediátrica.

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los protocolos de abordaje psicológico del paciente con el trastorno del espectro autista en atención odontopediátrica?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el abordaje psicológico del paciente con trastorno del espectro autista en Odontopediátrica a través de una revisión sistemática en base a datos digitales e identificar los protocolos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una pregunta de investigación estructurada.
- Determinar las palabras claves: children autism dentiste.
- Realizar la búsqueda en bases de datos: PubMed, Google Académico, Dimensions.
- Seleccionar los artículos en cuanto a título y resumen.
- Extraer los datos de los artículos según los criterios de inclusión.
- Analizar los resultados.
- Proponer un protocolo de abordaje psicológico del paciente con el trastorno del espectro autista en Odontopediátrica.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es una revisión sistemática que presenta resúmenes claros y de forma estructurada sobre toda la información disponible en las bases de datos digitales, encontrándose orientada a responder una pregunta clínica específica: ¿Cuáles son los protocolos de abordaje psicológico del paciente con el trastorno del espectro en Odontopediatría?

Teniendo en cuenta que para responder esta pregunta el trabajo se encontrará constituido por múltiples artículos y fuentes de información que representen el más alto nivel de evidencia de acuerdo a la disponibilidad de información encontrada en las bases de datos digitales.

La revisión sistemática describirá el proceso de elaboración de manera objetiva, comprensible, con el fin de recolectar, seleccionar, evaluar de manera crítica y realizar el resumen de toda la evidencia disponible en relación a los protocolos y el abordaje psicológico de los niños con el trastorno del espectro autista en Odontopediatría.

ESTRATEGIA PICO

Tabla 1 Estrategia PICO

P (Población)	Niños y niñas con TEA de 2 años a 22 años de edad
I (Intervención)	Abordaje psicológico ambulatorio en Odontopediatría
C (Comparación)	
O	Efectividad
S	Ensayos clínicos y estudio de casos y controles, Tesis de pos grado.

Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y BASES DE DATOS:

Tipo de publicación: Artículos de revistas científicas.

Fuentes documentales: PubMed, Google Académico y Dimensions.

Intervalo de tiempo para la obtención de los documentos: 2011- 2021 (10 años atrás).

Las palabras clave utilizadas fueron: children autism dentistry (niños autismo Odontopediatría), autism dentistry (autismo Odontopediatría), autismo niño Odontopediatría, abordaje psicológico odontología TEA, Protocolos odontopediátrico TEA, Técnicas de abordaje psicológico tea Odontopediatría.

Tipo de análisis utilizado: Variabilidad, fiabilidad y validez.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Abordaje psicológico.
- Protocolos (multidisciplinario o no).
- Técnicas mixtas comunicativas.
- Información edad: de 2 a 22 años de edad.
- Ambulatorio
- Seguimiento: efectividad
- Tipo de estudio ensayos clínicos tesis, revisiones sistemática meta análisis aleatorizados, ensayos clínicos en general, no entrevista ni exposiciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

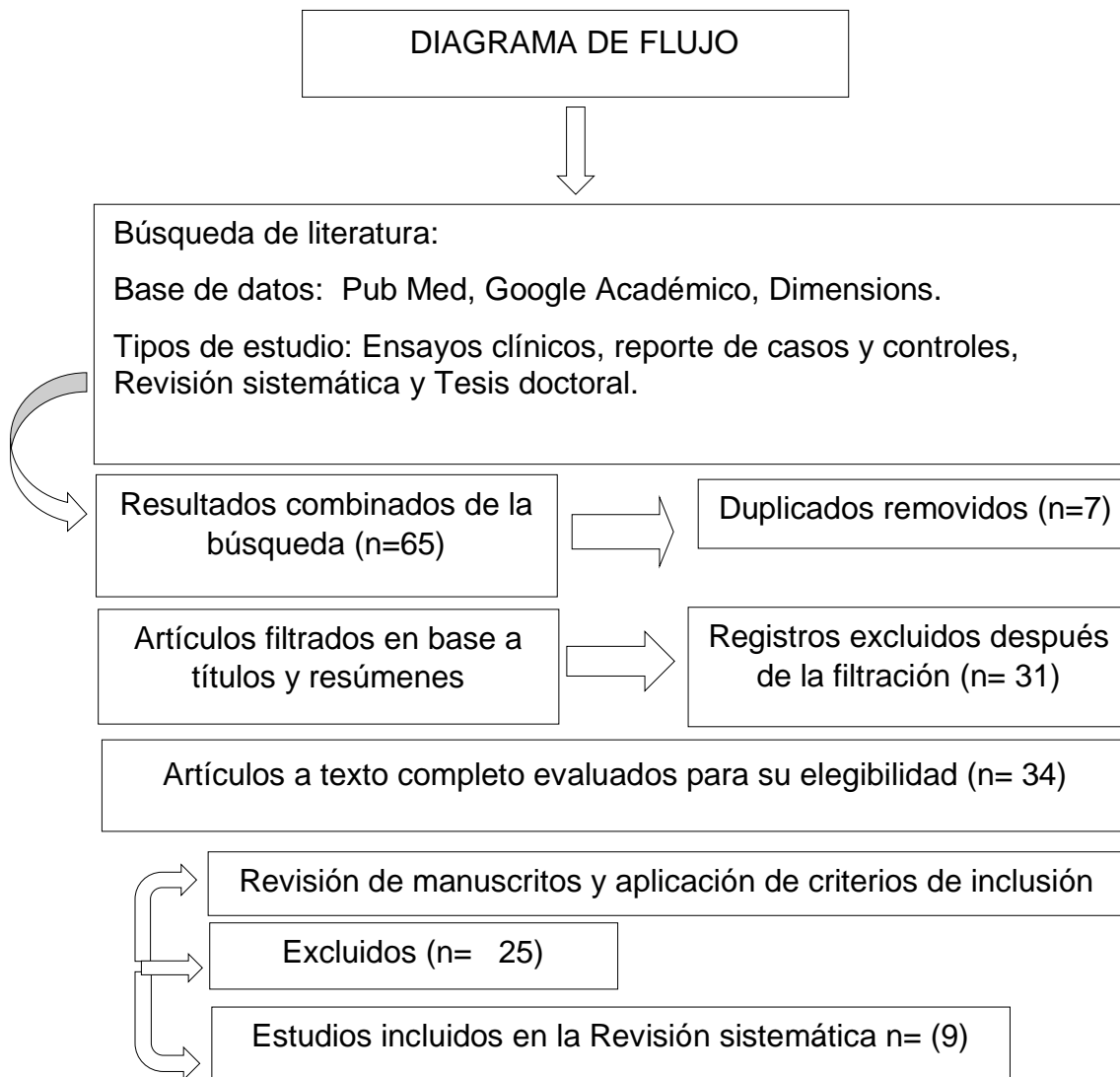
- Abordaje no psicológico.
- Anestesia general.
- Intrahospitalario.
- Tipo de estudio aplicado.

- Trabajo sin técnicas.
- Trabajo en adultos.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS:

La selección de artículos se realizó a través de la evaluación de títulos y resúmenes de todos los estudios encontrados en las bases de datos digitales de acuerdo a los criterios de elegibilidad, encontrándose 65 artículos en el inicio de la búsqueda, información publicados entre los años 2011 y 2021, posterior a ello se realizó una investigación en profundidad y se eliminaron 7 artículo duplicados para evitar la introducción de sesgos por el doble conteo. Luego se filtraron en base a títulos y resúmenes se hicieron registros de exclusión después de la filtración de 31 artículos, y los artículos a texto completo evaluados para su elegibilidad fueron 34 artículos y aplicando los criterios de inclusión se excluyeron 25 artículos encontrándose finalmente 9 artículos incluidos en la revisión sistemática.

Figura 1 Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia.

7. RESULTADOS.

7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS.

Tabla 2. Manejo odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Cárdenas, 2018	<p>1 Paciente Femenino. 16 años de edad con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo. Se realizaron un número de 4 sesiones. Se utilizaron como herramientas los: Pictogramas: Para lograr una mejor comunicación ya que los niños son individuales, se lo</p>	<p>Protocolo. Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico se realizó manejo de conducta con fin de proveerle a la paciente una experiencia exitosa. Se realizó 4 sesiones en total. No informa el tiempo de duración de cada sesión. 1ra Sesión. Se utilizó la Técnica de decir, mostrar y hacer con el uso de un macromodelo y un cepillo dental didáctico (se reforzó la técnica de cepillado). Aunado a esto se le mostraron dibujos de los instrumentos más usados y se le pidió que los iluminara</p>	<p>Caso clínico. Se realizaron 4 sesiones en total. No se realizó control.</p>	<p>Se obtuvo mejores resultados con la Técnica de desensibilización logrando la cooperación y el manejo de la conducta durante el tratamiento odontológico la evolución del tratamiento fue mejorando logrando que la paciente se sintiera cómoda y relajada. No fue necesario restricción física.</p>	<p>Objetivos claros y concisos. Muestra no significativa El trabajo de investigación no informa el tiempo de duración de cada sesión ni la forma de la técnica de cepillado específico.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 2

	<p>elabora con materiales sencillos, lo puede realizar cualquier persona, son muy funcionales porque cuando los lleva el niño en el bolsillo los consulta cuando quiera.</p> <p>Técnica de Desensibilización la cual busca disminuir miedos aprendidos o reacciones fóbicas con el fin de proveer al paciente con nuevas y más placenteras percepciones para relacionarlas a la situación que provoca la ansiedad, la</p>	<p>(paciente iluminando espejo dental) con el fin que se familiarizara.</p> <p>2da Sesión. Acompañada de padre se realizó reforzamiento de cepillo dental con el uso de pictogramas.</p> <p>El reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como premio</p> <p>3ra Sesión. Acompañada de padre. Se comenzó con la Técnica de desensibilización. Mostrando una vez más el instrumental dental, iniciamos con el espejo bucal, explorador, eyector, pinzas de curación y cucharilla de dentina.</p>		<p>o prescripción oral.</p> <p>Se evidencio que el nivel de placa disminuyo gracias a la modificación de hábitos y de higiene por parte de la paciente y ayuda del padre</p>	
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 2

	<p>técnica incluye realizar métodos para relajar al paciente y describirle circunstancias que guardan relación con sus miedos, las escenas deben ser presentadas de forma gradual, de manera que lentamente se introduzca a situaciones cada vez más próximas al objetivo temido.</p> <p>Técnica decir mostrar hacer:</p>	<p>Se realizó el primer control de higiene obteniendo una aceptación completa al tratamiento.</p> <p>Se colocó tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC) con microbruch dental, para retirar la solución utilizamos jeringa triple con agua, se mostró a tutor zonas donde debía ayudar para su higiene.</p> <p>Se realizó el control de higiene con la pieza de baja velocidad, cepillo y pasta profiláctica, antes de finalizar se colocó Flúor acidulado en gel al 0.2% indicamos a padre no dar ingesta de alimentos y bebidas durante 30 minutos.</p> <p>4ta Sesión. Se continuo con técnica de desensibilización.</p>			
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 2

	<p>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.</p> <p>Técnica de cepillado buscando hacerle comprender la importancia de cepillar sus dientes haciéndolo de una manera sencilla y atractiva para la paciente.</p>	<p>Mostrando a la paciente el abreboca, jeringa carpuler, dique de hule, grapa dental y los materiales restaurativos para llevar a cabo operatoria, dejamos que la paciente oliera los instrumentos e hiciera uso de ellos durante la consulta para que los conociera. La música clásica nos ayudó un ambiente de relajación y comodidad.</p> <p>Durante esta cita se hizo operatoria.</p> <p>Al finalizar realizamos nuevamente un control de higiene para monitorear el nivel de placa.</p>			
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Consideraciones para la atención odontológica en un paciente con asperger reporte de un caso.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Butrón, 2018	<p>1 paciente.</p> <p>Sexo femenino.</p> <p>Edad 7 años 6 meses con Síndrome de Asperger. El niño con síndrome de Asperger no se relaciona con enfermedades orales específicas, la salud mental va a depender de la higiene oral y la dieta, por lo que se debe instruir a los padres en un programa preventivo individualización para su hijo</p>	<p>Protocolo: se realizó en 3 sesiones.</p> <p>1 Sesión.</p> <p>Supervisión del padre todo el tiempo.</p> <p>Se obtuvo sus datos generales y particulares, así como las características individuales del paciente.</p> <p>Se recomienda al padre que no se debe hacer procedimiento alguno sin haberse preparado previamente.</p> <p>Se utilizó desensibilización sistemática favoreciendo a fomentar la confianza y adaptación combinada con otras técnicas consistirá en que empezará a acudir a consulta para familiarizarse con el entorno y crear una rutina de higiene oral.</p>	<p>Reporte de caso</p> <p>Que se realizó en 3 sesiones.</p>	<p>Paciente se mostró cooperador ya que los padres estuvieron en sala operatoria favoreciendo la cooperación del niño.</p> <p>Se instruyó a padres, sobre un programa preventivo para el cuidado de la salud, consistió en técnicas de higiene bucal una dieta baja de carbohidratos y visitas cada 3 meses para seguimiento del</p>	<p>Objetivos claros y concisos.</p> <p>La investigación científica no menciona el tipo de metodología que se hizo tampoco el tiempo de cada sesión, no menciona el tipo de cepillado específico.</p> <p>Muestra no significativa.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 3

	<p>enfaticando la importancia del cepillado dental evitando la dieta alta en azúcares y realizando revisiones periódicas odontológicas siguiendo rutinas precisas e invariables, para tener siempre un buen grado de cooperación del paciente y evitar realizar un tratamiento con anestesia general o sedación.</p>	<p>Además, se entrega a padres imágenes de las diferentes áreas del consultorio dental, instrumental y personal que trabaja ahí para que tutor muestre a hijo y así reconozca su entorno cuando vaya a consulta. 2 Sesión Se cita al paciente con el consultorio estando ya familiarizado con este y se reforzara nuevamente cada área del consultorio, instrumentación y personal. Se le enseñara técnica de cepillado (con macromodelo y cepillo de enseñanza) y la atención de un paciente en su revisión dental (paciente observara los procedimientos de la atención odontológica). 3 Sesión. Exploración intraoral utilizando a cada momento la Técnica decir-mostrar-</p>		<p>consiste en profilaxis, aplicación de barnices de flúor y motivar a los padres para mantener los cuidados de la alimentación y cepillado dental en casa como rutina una dieta oral y hábitos oral. En su última revisión se observó que mantiene una buena higiene oral ,mostrándose cooperador durante la consulta.</p>	
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 3

		<p>hacer mostrándole el instrumental con el que ya está familiarizado debido a las sesiones preoperatorias, encontrándose placa bacteriana caries en fosas y fisuras.</p> <p>Durante el examen clínico el paciente se mostró cooperador, utilizando también la Técnica de refuerzo verbal.</p> <p>Porque se mostraba ansioso, solo se tomaron fotografías intraorales laterales y frontal enfocándose en el tratamiento (consistió en corona de acero, obturaciones, selladores profilaxis y aplicación de flúor).</p> <p>Se instruyó a los padres sobre el programa preventivo para el cuidado de la salud bucal de su hija, que consistió en técnicas de</p>			
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 3

		<p>higiene bucal, una dieta baja en carbohidratos, se programó visitas cada tres meses para seguimiento del programa preventivo que consiste en profilaxis, aplicación de barnices de flúor y motivar a los padres para mantener los cuidados de alimentación y cepillado dental en casa como rutina.</p> <p>En su última revisión con 8 años 3 meses se observó que mantiene una buena higiene bucal, selladores de fosas y fisuras en buen estado y movilidad de dientes temporales próximos a exfoliarse mostrándose cooperador durante su consulta.</p>			
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Evaluación del estado de salud bucodental y de los factores que influyen en los niños con autismo.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Onol, 2016	<p>237 niños participaron en total. 126 niños con TEA</p> <p>111 niños sin TEA De 6 a 14 años Se planifico en 2 pasos: 1 Cuestionario. 2 Determinación buco dental. Los criterios de inclusión en niños TEA fueron: Capacidad de seguir instrucciones sencillas como "siéntate, abre la boca y baja las manos. Permite tocarse la cara o la boca.</p>	<p>Se lleva a cabo en 2 etapas: 1 cuestionario 2 Determinación del estado bucodental.</p> <p>Primera etapa Niños con TEA Se procedió con consentimiento informado, y 126 niños fueron evaluados .se utilizaron los mismos formularios de cuestionario (con la excepción de varias preguntas específicas).</p> <p>Como Segunda parte En una sesión separada, para</p>	Estudio transversal analítico observacional.	<p>Los niños TEA tienen problemas nutricionales, los servicios dentales que solicitan son extracciones.</p> <p>Cuando se evaluaron los datos de estudio, 33 individuos en cada grupo fueron suficientes para identificar la significación estadística con una potencia del 95 %, la media de los niños con/sin TEA incluidos en nuestro estudio fueron $10,5 \pm 2,9$ y $10,2 \pm 2,5$, respectivamente. No existía una diferencia significativa entre las dos medias ($P = 0,448$). La diferencia entre los dos grupos no resultó estadísticamente significativa.</p>	<p>La investigación solo menciona que es un estudio transversal pero no menciona de que tipo.</p> <p>No hay conflictos de intereses.</p> <p>No existe información adecuada sobre la prevalencia de las enfermedades dentales y el acceso a la atención dental entre niños con TEA. No se menciona el tiempo que se utilizó al hacer exámenes orales.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 4

	<p>No ha recibido profilaxis dental en los últimos 6 meses".</p> <p>Se utilizó: Escala de Comportamiento de Frankl. Prueba de U de mann-Whitney. La U se utilizó para comparar dos grupos independientes ya que los datos relativos al estado periodontal y dientes en su estado no satisfacían las condiciones previas de las pruebas paramétricas</p>	<p>determinar el estado de salud oral se realizaron exámenes orales a los 111 niños sanos y 63 niños con TEA que cumplían los criterios de inclusión.</p> <p>Cuestionarios: Registraban la edad, Estatus socio económico de la familia, Historial médico, dental Hábitos alimenticios, Hábitos orales y Métodos de tratamiento preferidos por los padres. Además, en el caso de los niños con TEA información de que medicamentos toma actualmente. La edad a la que empezaron la educación especial. Los alimentos que se les da como recompensa</p>		<p>en cuanto al nivel socioeconómico, niveles de educación y niveles de ingresos de los padres ($P = 0,266$, $P = 0,880$, $P = 0,187$). Las circunstancias especialmente molestas y que calman/motivan a los niños con TEA fueron evaluados. Los niños con TEA habían sido llevados por sus padres a más de un centro para recibir tratamiento dental. El que nunca visitó un centro declaró que no habían sentido la necesidad de hacerlo como razón. En los niños con/sin TEA, el 68,5% y el 39,7% respectivamente, recibieron tratamiento dental previamente. Esta diferencia en el historial de tratamiento dental fue estadísticamente significativa ($P = 0,000$). La razón más frecuente dada por los padres (45,2%) para no realizar el tratamiento dental de su hijo fue que "el niño no lo " permitía". Mientras que el 0,9% de los niños sanos no se habían cepillado nunca</p>	<p>La razón más frecuente para no realizar tratamiento dental de su hijo fue que el niño no lo permitía.</p>
--	---	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 4

	<p>Prueba T para la evaluar el uso del biberón.</p>	<p>Situaciones que lo molestan. Y calman a los niños para determinar el método más adecuado de abordaje.</p> <p>Determinación de estado bucal. Los exámenes se realizaron. Los padres estuvieron en todo momento presentes para que se sintieran más cómodos. Todos los exámenes se hicieron mientras estaban sentados en una silla, bajo luz natural y utilizando espejo y sonda.</p> <p>Los siguientes pasos que se evaluaron fueron; Registro del comportamiento durante el examen según la escala de Frankl. Evaluación de la articulación temporo mandibular (ATM) Hábitos de deglución anormales. Examen de lengua. Oclusión y desarmonías oclusales.</p>		<p>los dientes, esta cifra era del 29,4% en los niños con TEA.</p> <p>La relación entre la frecuencia del cepillado de dientes y el hecho de ser TEA fue estadísticamente significativa (P = 0,000) Mientras que sólo el 4,8% de los niños con TEA se cepillaban los dientes por sí mismos, esta tasa era del 29% en los niños con TEA, esta tasa era del 75,7% para los niños sanos. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (P = 0,000) Los padres de ambos grupos no preferían el tratamiento bajo presión física, y el 34,9% de los padres preferían la anestesia general. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (P = 0,000). Distribución de las</p>	
--	---	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 4

		<p>Evaluación de dientes cariados, obturados ausentes., dientes temporarios y permanentes. Evaluación del índice de placa. y el índice gingival. Se informó a los padres sobre el estado y las necesidades de tratamiento de sus hijos.</p>	<p>condiciones, especialmente molestas y calmantes de los niños con TEA. Condiciones molestas (%) Condiciones calmantes/motivadoras (%) Voz alta 63,5 Música 50 Contacto 16,7 Juego de mesa/ordenador 27 Lugar abarrotado 16,7 TV 18,3 Luz brillante 4 Dibujos animados 15,9 Área cerrada 2,4 Juguete 12,7 Movimientos bruscos 0,8. Historias dentales de niños con/sin TEA (%) Niños sin TEA (%). En el uso del biberón. El 78.6% de los niños TEA lo utilizaron por 17 meses y los niños sin TEA lo utilizaron por 9.8 meses 65.8%. Aunque usaron más tiempo el biberón no fue significativo (P= 0.154). En el examen oral niños con TEA (%). Los niños sin TEA. Clasificación de escala de Frankl.</p>	
--	--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 4

				<p>Clasificación de escala de Frankl hubo una respuesta significativa de $P= 0.000$.</p> <p>Los niños con TEA tenían más bruxismo $P=0000$.</p> <p>Valor medio del Índice de placa.</p> <p>Índice gingival.</p> <p>El 78% recibió comida para reforzar ciertos comportamientos, la más frecuente fue el chocolate.</p> <p>Hábitos de quedarse con comida en la boca 18.3%. y un 16.7% de lesionarse.</p> <p>No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos en cuanto a frecuencia de anomalías linguales, anomalías de la lengua y oclusiones. Estado periodontal los TEA tenían unos valores IP IG en comparación de niños sin TEA.</p> <p>La gran mayoría de los padres prefieren anestesia general a un método de educación. Las dificultades para la higiene oral los padres no son capaces de hacer un esfuerzo en su salud oral, los niños eran dependientes de los padres.</p>	
--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 4

				<p>A través de información y revisiones periódicas los TEA mostraron un aumento significativo en su higiene oral.</p> <p>Los niños TEA parecen necesitar mucho más esfuerzo para proporcionar cuidados orales que los niños sin TEA. En este grupo con necesidades especiales, es muy importante ayudarles a conseguir la atención dental que necesitan, a través de dentistas que conozcan las técnicas de educación especial en instalaciones odontológicas bien equipadas con el equipamiento técnico adecuado.</p> <p>En la prevención y el tratamiento de estos problemas, la iniciación temprana de la educación especial para los niños TEA es mejor.</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. La terapia de yoga como complemento del entrenamiento tradicional del cepillado dental en niños con el trastorno del espectro autista.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Intervención de control	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Ramassamy, 2019	<p>72 niños con TEA Edad :7 y 15 años.</p> <p>Se dividieron en dos grupos:</p> <p>Grupo 1: 36 niños Grupo 2: 36 niños</p> <p>La pedagogía visual como los métodos de modelado en vídeo son herramientas potenciales.</p>	<p>Grupo 1 Recibieron pedagogía visual y video.</p> <p>Se registraron los antecedentes detallados de los padres y se realizó examen clínico de cada niño.</p> <p>Se registró el estado de higiene bucal y estado de salud buco gingival, se registraron mediante el</p>	<p>Grupo 2 Recibieron pedagogía visual y modelado en vídeo con yoga.</p> <p>Se registraron los antecedentes detallados de los padres y se realizó examen clínico de cada niño.</p> <p>Se registró el estado de higiene bucal y estado de salud buco gingival se registraron mediante el índice de placa</p>	<p>Ensayo clínico.</p> <p>Estudio de intervención a corto plazo es necesario realizar otros estudios multicentricos realizados durante periodos más largos para validar los presentes resultados.</p>	<p>Abandonaron 4 niños: 3 del grupo 1 1 del grupo 2 por no estar en la evaluación final.</p> <p>Quedando un total disponible para la evaluación en el grupo 1: 33 y para el grupo 2: 35.</p> <p>En la distribución de género y edad en ambos grupos no presentan una muestra significativa</p>	<p>Objetivo claro y concreto.</p> <p>Estudio aprobado por el comité ético institucional.</p> <p>5 limitaciones El reclutamiento se limitó a los niños que pertenecían a la categoría moderada evaluada mediante la escala de CARS-2, que</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

	<p>para entrenar los niños con TEA para mejorar su estado de salud bucodental, ya que son aprendices visuales, aunque estos métodos funcionan eficazmente con los puntos fuertes de estos niños.</p>	<p>índice de placa (IP) y el índice gingival (IG). Posteriormente los índices se puntuaron al final del primer mes, segundo, tercer y sexto mes.</p> <p>La pedagogía visual proporcionada constaba de 15 imágenes que mostraban los pasos secuenciales del cepillado (las fotos fueron originales con un entorno como el de sus casas que le era propicio, impresas en hojas</p>	<p>(IP) y el índice gingival (IG) Posteriormente los índices se puntuaron al final del primer mes, segundo, tercer y sexto mes.</p> <p>La pedagogía visual proporcionada constaba de 15 imágenes que mostraban los pasos secuenciales del cepillado (las fotos fueron originales con un entorno como el de sus casas que le era propicio, impresas en hojas fotográficas que son hojas</p>		<p>(P=0.86 y P =0.134</p> <p>En ambos grupos El IP y IG del 1er mes no fueron estadísticamente significativas.</p> <p>En ambos grupos a partir del 2do mes comenzaron a mostrar una diferencia significativa con una puntuación P=0.039 en IP y P= 0.009 en IG.</p> <p>3er mes con P=0.001 para IP y P= 0.002 para IG 6to mes P= 0.001 para IP y IG con los niños</p>	<p>fueran capaces de comprender instrucciones visuales o verbales sencillas y que no hubieran utilizado ninguna intervención anteriormente para mejorar su hábito de cepillado dental. Los resultados de estos niños no pueden generalizarse para todos los niños con necesidades especiales de salud con</p>
--	--	---	---	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

		<p>fotográficas que son duraderas y resistentes al agua y que no se rompen fácilmente), tomadas con el modelo indio de los compañeros porque los niños aprenden fácilmente de sus compañeros, la calidad de este cuaderno se hizo para soportar la agresividad de los niños y humedad durante el uso del lavado Con la formación</p>	<p>fotográficas que son duraderas y resistentes al agua y que no se rompen fácilmente), tomadas con el modelo indio de los compañeros porque los niños aprenden fácilmente de sus compañeros, la calidad de este cuaderno se hizo para soportar la agresividad de los niños y humedad durante el uso del lavado. Con la formación previa al tutor haciendo que demostraran los pasos del cepillado en nuestra presencia.</p>		<p>del grupo 2 presentaron mejor higiene bucal. La pedagogía visual y el modelado en video permite que el niño se concentre en una sola señal evitando las múltiples señales del entorno que son potenciales distractores y el modelado en video es en que no se relaciona con los déficits sociales no tiene presiones añadida, como el requisito del contacto visual a diferencia de la intervención yóguica que aborda</p>	<p>diferentes necesidades especiales de salud con diferentes capacidades intelectuales porque el yoga solo puede impartirse a aquellos niños que están bajo un entorno controlado como el cuidado institucional y una buena atención en el hogar. No se especifica la técnica exacta del cepillado.</p>
--	--	--	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

		<p>previa al tutor haciendo que demostraran los pasos del cepillado en nuestra presencia. Se adoptó la técnica del cepillado para los niños de nuestro estudio por su sencillez y se recomienda para niños que tienen menor destreza manual. El modelo de vídeo es un vídeo de 3 minutos en el que se muestran los pasos del cepillado</p>	<p>Se adoptó la técnica del cepillado para los niños de nuestro estudio por su sencillez y se recomienda para niños que tienen menor destreza manual. El modelo de vídeo es un vídeo de 3 minutos en el que se muestran los pasos del cepillado, similar a la pedagogía visual, que los profesores de los niños del grupo1 les muestre en la escuela una vez al día. El yoga fue enseñado por el investigador principal,</p>		<p>los déficits centrales del TEA la pedagogía visual y el modelado en videos los evita y hace uso del concepto de que los niños son aprendices visuales. La terapia de yoga ayudo a los niños a aprender a cepillarse los dientes de forma más eficiente y eficaz que la pedagogía visual y el modelado en video puede utilizarse como complemento para modelado visual y la pedagogía. Los niños TEA son aprendices</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

		<p>, similar a la pedagogía visual, que los profesores de los niños del grupo1 les muestran en la escuela una vez al día.</p>	<p>que recibió una formación formal para enseñar</p> <p>Las sesiones de yoga se llevaron a cabo 1 hora diaria durante 3 meses bajo la dirección de un terapeuta de yoga y la supervisión de un pediatra.</p> <p>Las técnicas de yoga se basaron en un módulo de terapia de yoga integrado ideado por un terapeuta de yoga calificado y con experiencia. El programa consistía de prácticas de calentamiento, prácticas de</p>		<p>visuales, aunque estos métodos funcionan eficazmente con los puntos fuertes de estos niños, Los niños con TEA son incapaces de comprender y procesar la información que reciben del entorno a través de sus sentidos. También tienen déficits en las habilidades de imitación necesarias para el desarrollo de la habilidad social y de comunicación y otros comportamientos como lenguaje</p>	
--	--	---	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

		<p>relajación y armonización, prácticas de respiración yóguica (pranayama) y asanas de relajación. Esta combinación se eligió para aumentar las habilidades receptivas verbales, las habilidades de imitación y la capacidad de recordar de los niños.</p> <p>Se realizaron prácticas de calentamiento para ayudar a mejorar la flexibilidad, crear conciencia y mejorar la circulación de energía en todo el cuerpo</p>	<p>, el juego y la atención conjunta. También produce cambios en la comunicación no verbal, la autoestima, el vínculo emocional, la tolerancia al tacto, la proximidad y el de atención, mejora sus habilidades verbales y la motricidad gruesa.</p> <p>Los niños del grupo 1 aprendían la técnica de cepillado a un ritmo más lento en comparación con el grupo 2</p>
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

			<p>Las asanas de relajación son prácticas psicofisiológicas constituyen la base de la actividad de integración mente-cuerpo, estiran la musculatura, aflojan las articulaciones, promueve una mejor circulación, mejora la movilidad y el rango de movimiento. El funcionamiento físico se vuelve más integrado y menos estresante, lo que permite al niño ser más consciente concentrarse y mantenerse más organizado. La asana de la</p>		<p>El yoga es una herramienta poderosa y prometedora para mejorar la coordinación de las actividades de la mente, el cuerpo y las emociones. No solo mejora la atención sino también se ha demostrado que mejora la capacidad de imitación de los niños con autismo que es un requisito esencial para el aprendizaje. El Índice de placa IP, Índice gingival IG, (se puntuaron al inicio y al final del 1er, 2do, 3er y 6to mes).</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

			<p>postura de la media rueda y postura de la montaña tienen efecto terapéutico positivo estimulan los sistemas vestibulares y propioceptivo además tienen un efecto en la confianza del niño en sí mismo ya que aumenta la fuerza y coordinación.</p> <p>Estas asanas mantienen a raya la hiperactividad aumentan el flujo sanguíneo al cerebro activando rejuveneciendo las células cerebrales, aumentando así la destreza, salud mental, creatividad, concentración y la memoria.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 5

			<p>Pawanmuktasana tiene un efecto calmante en el sistema nervioso central y calma la mente aumenta la concentración.</p> <p>Pranayama regula de forma consiente el proceso de respiración mejora la resistencia, el equilibrio mental y la fuerza, reduce la hiperactividad.</p> <p>Los niños del grupo 2 realizaron las técnicas de yoga por su propio interés y no fueron obligados o coaccionados a hacerlo.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Evaluación pedagogía visual en revisiones dentales y practicas preventivas en niños de 6 y 12 años TEA

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Nilchian, 2017	<p>Participaron 40 niños con autismo de 6 a 12 años. 37 Masculinos. 3 Femeninos.</p> <p>Grupo 1 conformado por 20 niños.</p> <p>A su vez se dividió por el psicólogo en 3 niveles de los cuales se tomó en cuenta a 2.</p> <p>Nivel uno: Niños con un nivel pobre de autismo que eran capaces de hablar y mantener una conversación sencilla. Nivel dos:</p> <p>Niños con un nivel moderado que</p>	<p>Grupo 1 conformado por 20 niños Los niños estaban en el mismo nivel en términos de habilidades comunicativas.</p> <p>Fue necesario diseñar un conjunto de dibujos para colorear paso a paso para ir al dentista dibujos último se confirmaron e imprimieron cinco imágenes de 5 x 7 cm. Se colocó una imagen se colocó en cada página para no perturbar la concentración de los niños. Además, el orden de las imágenes se diseñó desde las tareas sencillas hasta las complejas.</p> <p>Grupo 1 Nivel/capacidad de comunicación 11 de 11 (n = 22)</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado o a doble ciego. Para administrar este método era necesario diseñar un conjunto de dibujos del paso a paso de la visita del dentista para realizar exámenes prácticos. La escala de Frankl clasifica las conductas en 4 clases:</p>	<p>Los resultados de este estudio mostraron que la repetición de las visitas aumentó la cooperación de los niños con autismo de 6 a 12 años para entrar en la consulta y sentarse en el sillón dental, abrir la boca y mostrar los espejo dental. Se puede afirmar que la</p>	<p>No hay conflicto de intereses para los autores en esta investigación.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 6

	<p>hablaban muy poco con una sola palabra y no eran capaces de entablar una conversación.</p> <p>Grupo 2 conformado por 20 niños</p> <p>Nivel uno: niños con un nivel pobre de autismo que eran capaces de hablar y mantener una conversación sencilla.</p> <p>Nivel 2: niños con un nivel moderado de autismo que hablaban muy poco con una sola palabra y no eran capaces de entablar una relación.</p>	<p>Para llevar a cabo la terapia de flúor en gel tópico, se colocó en los incisivos y caninos utilizando un rollo de algodón, después de la terapia se le pidió al entrenador que no dejara al niño comer y beber durante 30 minutos.</p> <p>Durante la terapia con flúor, se utilizó la succión y el algodón para aislar el entorno (las instrucciones anteriores se aplicaron de acuerdo con las directrices del fabricante.</p> <p>Se enseñó a 2 formadores parte del equipo para comenzar a realizar la pedagogía visual una vez registrados los datos de ambas listas de comprobación, se calculó el coeficiente Kappa y se calculó se informó de que era de 0,7 lo que constituye un índice aceptable.</p> <p>Cada formador enseñó a diez niños individualmente. Cada sesión, era de 10-20 minutos. Los formadores familiarizaron a los niños con paso a paso de una visita al dentista mediante</p>	<p>1. Definitivamente negativo rechaza al tratamiento .</p> <p>2. Negativa renuencia para aceptar el tratamiento .</p> <p>3. Positiva aceptación del tratamiento .</p> <p>4. Definitivamente positivo buena relación.</p>	<p>pedagogía visual no afectó significativamente a la cooperación de los niños a la hora de entrar en la consulta y sentarse en el sillón dental el grupo de casos.</p>	
--	---	--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 6

		<p>un conjunto de imágenes para colorear.</p> <p>Los formadores mostraron las imágenes según los objetivos ejemplo: una imagen para entrar en la consulta y otra para tumbarse en la silla. Las conversaciones eran sencillas y limitadas.</p> <p>Tanto los dentistas durante la visita como los formadores debían utilizar las mismas palabras y frases, como abrir la boca, sentarse en el sillón, etc.</p> <p>Los niños recibieron formación en 3 sesiones semanales (dos al día) durante 8 semanas (2 meses) de tratamiento, no se le enseñaba más sobre ese propósito, sino que se le enseñaba sobre otros propósitos. Los formadores mostraron las imágenes durante cada sesión. El dentista visito al niño en 4 sesiones. Durante 2 meses.</p>			
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Protocolo de atención dental basado en soportes visuales para niños con trastorno del espectro autista.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Grazia ,2015	<p>Participaron 83 niños de 6 a 12 años de los cuales 65 varones y 18 mujeres cuyos diagnósticos fueron los siguientes:</p> <p>61 sufrían autismo primario. 2 Síndrome de Asperger. 19 de Trastorno generalizado del Desarrollo no especificado 1 de Trastorno Desintegrativo. Se evaluó el nivel intelectual, la fluidez verbal</p>	<p>Previo consentimiento informado.</p> <p>El protocolo visual multietapa se divide en cuatro etapas: las 3 primeras etapas: propuestas a todos los niños y la cuarta etapa: reservada a los sujetos con lesiones de caries activas.</p> <p>Se establecieron diferentes objetivos para cada etapa:</p> <p>(Etapa 1); Aceptar el examen oral sentado en un sillón dental.</p> <p>(Etapa 2);</p>	<p>Ensayo clínico.</p> <p>Presenta un enfoque multietapa basado en el uso de apoyos visuales para facilitar que los sujetos con TEA se sometan a un tratamiento oral.</p>	<p>El uso de apoyos visuales ha demostrado ser capaz de facilitar que los niños con TEA se sometan a los tratamientos dentales, incluso en niños no verbales con un nivel intelectual bajo, lo que subraya que el enfoque conductual debe ser utilizado como primera estrategia para tratar a los pacientes con TEA en el entorno dental.</p> <p>El tratamiento debe ser visto como un esfuerzo de equipo centrado en identificar las conductas problemáticas en el entorno dental y modificarlos. Se observó un buen cumplimiento de los tratamientos dentales en la mayoría de los sujetos, independientemente de la fluidez verbal, el nivel intelectual, la edad y el género;</p>	<p>Objetivo claro y preciso.</p> <p>Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 7

	<p>y el grado de cooperación. Los niños fueron introducidos en cuatro etapas para someterse a: un examen oral (etapa 1), una sesión de higiene oral profesional (etapa 2), selladores (etapa 3), y, si fuera necesario un tratamiento restaurador. Se han utilizado estrategias conductuales para enseñar a los niños a ser complacientes con los procedimientos médicos pero la</p>	<p>Aceptar la sesión de higiene oral profesional (Etapa 3); Aceptar el procedimiento de sellado de fisuras de sellado de fisuras y si es necesario para pasar a la etapa 4. etapa 1 y por los padres en casa etapas 2,3 y 4, asociación entre los índices de aceptación en cada etapa y el género. (Etapa 1) el psicólogo utilizo el soporte visual para el examen oral durante entrenamiento de una hora, repetido durante 8 veces (dos sesiones a semana durante un mes), realizado individualmente para cada niño. Por último, los niños se someten al examen oral mientras</p>		<p>se realizó un procedimiento de higiene profesional se realizó en más del noventa por ciento de la muestra</p> <p>77 sujetos superaron las etapas 1 y 2 6 rechazaron el estadio 3 y el resto de la muestra se dividió según las necesidades de tratamiento restaurador: 44 necesitan algún tratamiento restaurador; sólo 3 lo rechazaron Según el nivel intelectual, sólo se encontró una asociación estadísticamente significativa con la tasa de aceptación en la etapa 4; mientras que, según el grado de colaboración evaluada por el equipo dental durante el examen de la etapa 1 y 2. El sexo y la edad de edad no se asociaron estadísticamente con la tasa de aceptación en ninguna de las etapas (datos no incluidos en la tabla) El análisis de los datos mostró que la fluidez verbal, el nivel</p>	
--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 7

	<p>investigación sobre el entrenamiento de estos niños para cumplan con los procedimientos dentales es escasa. Un psiquiatra infantil midió el nivel intelectual utilizando la Escala de inteligencia de Wechsler para niños. La fluidez verbal se evaluó mediante un programa de Observación Diagnóstica de</p>	<p>se somete unos de los padres les muestran los mismos apoyos utilizados por el psicólogo para el entrenamiento. Dos dentistas utilizando la escala de Rud y Kisling evaluaron el grado de cooperación ofrecido por el niño durante el examen oral como aceptación cooperativa aceptación indiferente, aceptación reticente y no aceptación. Los sujetos que completaron la etapa 1 recibieron un nuevo entrenamiento por parte de los padres en casa. Los padres recibieron una hora de formación impartida por</p>		<p>intelectual y el grado de cooperación tenían un efecto de confusión en la tasa de aceptación cuando se comprobó mediante un modelo de interacción (estadístico de la prueba de razón de verosimilitud, por lo que se creó una variable ficticia como la suma de las 3 variables. La asociación entre la variable ficticia y cada etapa fue estadísticamente significativa, La tasa de aceptación en cada etapa estuvo estadísticamente significativamente asociada a la fluidez verbal respectivamente para la etapa 1, 3 y 4. La variable ficticia verbal/intelectual/cooperación estaba estadísticamente asociada a la tasa de aceptación.</p>	
--	--	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 7

	<p>Autismo (ADOS). Escala de Rud y Kisling Programación intensiva basada en el comportamiento ha demostrado ser una estrategia eficaz para entender estos pacientes., utilizando soportes visuales preparados. Sólo niños que han completado cada paso han sido admitidos al siguiente. Procedimientos dentales</p>	<p>un dentista y un psicólogo, aprendiendo a utilizar los soportes visuales para cada procedimiento. Los padres fueron instruidos para utilizar los soportes visuales durante al menos quince minutos al día. Después de dos semanas de entrenamiento, el niño volvía al equipo dental que intentaba realizar el procedimiento, mientras un padre mostraba al niño los mismos soportes utilizados en casa. Cada nueva etapa venía después de un nuevo entrenamiento realizado en casa por padres</p>		<p>La elaboración visual es una fortaleza para las personas con TEA.</p> <p>Las personas con autismo aprenden más fácilmente cuando se utilizan instrumentos visuales, porque estos soportes permiten una reducida cantidad de palabras y envían un mensaje que es constante.</p> <p>Además, los hallazgos recientes han demostrado que los niños con TEA son capaces de contextualizar las imágenes y utilizarlas para guiar adaptativamente su comportamiento en situaciones reales. Además, con los procedimientos complejos,</p>	
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 7

<p>Cada tratamiento duró al menos 30 minutos. Los procedimientos se realizaron con el fin de reducir la cantidad de estímulos sensoriales. La luz de la unidad dental era suave, el aparato de succión se introducía siempre a bajo régimen para minimizar el ruido; los instrumentos dentales se preparaban antes de que el paciente entrara en la sala para minimizar la confusión y el</p>			<p>reales. Además, en los procedimientos complejos, el apoyo visual puede ser útil para de los pasos, facilitando que los niños con TEA cumplan con cada uno de ellos. cumplir con cada paso visuales, porque estos soportes permiten una reducida cantidad de palabras y envían un mensaje que es constante. Además, los hallazgos recientes han demostrado que los niños con TEA son capaces de contextualizar las imágenes y utilizarlas para guiar adaptativamente su comportamiento en situaciones reales. Además, en los procedimientos complejos, el apoyo visual puede ser útil para de los pasos, facilitando que los niños con TEA cumplan con cada uno de ellos. cumplir con cada paso.</p> <p>Se realizó tratamientos dentales más comunes en apacientes</p>	
---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 7

	<p>ruido de los sobres rotos. En el presente informe no utilizo ningún grupo de control para verificar hasta qué punto la capacidad de los sujetos con TEA para aceptar tratamiento fue mejorada por el enfoque visual.</p>			<p>jóvenes sin necesidad de utilizar sedantes o anestesia general. El papel de los padres en el protocolo fue crucial. Por ser el recurso importante para promover cambios en el comportamiento de los niños, apoyando a los profesionales sanitarios. En este protocolo visual multietapa, en 3 de las 4 etapas, los padres han realizado el entrenamiento en sus hijos en casa, después de haber sido entrenados ellos mismos. los TEA aprenden mejor cuando utilizan instrumentos visuales porque permiten una reducida cantidad de palabras y enviar un mensaje que es contante.</p>	
--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Perfiles de desarrollo del autismo y cooperación con la salud bucodental.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Rennan, 2015	<p>347 niños con autismo aceptaron participar (entre los 515 invitados). 296 eran varones y 51 mujeres. Rango de 2 años 3 meses a 6 años con 4 meses. Se elaboró una lista de comprobación de perfiles de desarrollo del autismo:</p> <p>(1) nivel de funcionamiento cognitivo</p>	<p>Consentimiento por escrito de los padres/tutores.</p> <p>Examen clínico. El Diagnóstico principal de cada niño participante con TEA se obtuvo de su historia clínica.</p> <p>Los niveles de desarrollo: (funcionamiento cognitivo, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de habilidades de comunicación, habilidades de lectura de comunicación, y nivel de conductas desafiantes) de cada niño fueron evaluados por las enfermeras, profesores y terapeutas. El examen oral se llevó a cabo en un aula tranquila. De acuerdo.</p>	<p>Estudio de casos y controles.</p> <p>Nivel de funcionamiento cognitivo: alto o medio o retrasado. Desarrollo de habilidades sociales: alto o medio o limitado. Habilidades de desarrollo de la comunicación: alto o medio, limitado y bajo.</p>	<p>De los 347 niños 257 niños con TEA fueron capaces de realizar el examen de salud oral. de la salud bucodental La mitad de los niños con TEA tenían un funcionamiento cognitivo retrasado, más de tres cuartas partes desarrollo limitado o bajo de las habilidades sociales y de comunicación, además de las tres cuartas partes tenían una capacidad de</p>	<p>En algunas situaciones, los informes de nivel de deficiencia no fueron revelados, lo que puede reflejar la "no disponibilidad" de dicha información o la falta de pruebas formales de estos atributos. En este análisis, se utilizaron los valores de moda para los datos no revelados, ya</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 8

	<p>funcionamiento cognitivo,</p> <p>(2) desarrollo de habilidades sociales,</p> <p>(3) desarrollo de habilidades de comunicación,</p> <p>(4) habilidades de lectura y</p> <p>(5) comportamientos desafiantes</p>	<p>con el horario asignado</p> <p>Los niños con TEA fueron llevados al aula uno por uno acompañados por los padres y la enfermera o el profesor del Centro.</p> <p>Se pidió al niño que se sentara en la silla con los padres, la enfermera o el profesor</p> <p>. El examen oral se realizó con el examinador sentado frente al niño. utilizando un espejo de examen intraoral con una fuente de luz LED.</p> <p>Antes de la exploración oral, se mostró al niño una imagen de un MirrorLite y de un niño que se sometía a una exploración oral, junto con el Mirror Lite. niño. No se utilizó ningún otro instrumento para el examen oral, se cuadrante por cuadrante</p>	<p>Habilidades de lectura: alta o media, limitada y baja.</p> <p>Nivel de comportamientos conductas desafiantes: nivel alto, nivel moderado, nivel bajo.</p>	<p>Aproximadamente un tercio tenía comportamientos desafiantes.</p> <p>La edad trae consigo la madurez y una mayor comprensión (cognitiva y lingüística), por lo que es más fácil manejar a los niños mayores con TEA en el entorno los resultados de este estudio son válidos incluso para los que presentan múltiples déficits.</p>	<p>que se trata de un método común para tratar los datos que faltan. Sin embargo, este método puede introducir un elemento de sesgo en el estudio que justifica que se tenga en cuenta en la interpretación de los resultados</p>
--	--	---	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 8

		<p>El niño tuvo una pausa después de completar el examen de un cuadrante.</p> <p>Durante el descanso, el niño recibía un elogio. Al final del examen oral, el niño recibía una pegatina.</p> <p>Cada examen oral duró unos 10-15 minutos.</p>		<p>El alto nivel de conductas desafiantes se asoció con una probabilidad más de diez veces mayor de no poder cooperar con el cribado de salud bucodental. tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, trastornos del estado de ánimo, síntomas de trastorno por déficit de atención/hiperactividad y ansiedad. Estos comportamientos desafiantes pueden dificultar que los niños con TEA se enfrenten a acciones</p>	
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación tabla 8

				<p>desconocidas (como el examen oral). Familiarizar a los niños con los entornos dentales puede mejorar la cooperación entre los niños con conductas desafiantes y reducir su ansiedad. En particular, preparar y entrenar a los niños con TEA para realizar tareas de forma sistemática paso a paso mediante el uso de pedagogías visuales e historias sociales importancia para que puedan</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 8

				<p>aprender y adaptarse.</p> <p>El reto sigue siendo aplicar y determinar la eficacia de las intervenciones conductuales y las pedagogías para garantizar que un mayor número de niños que requieren cuidados especiales en la población tenga acceso a los servicios.</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Evaluación de tres técnicas para el manejo de conducta en paciente con el trastorno del espectro autista.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Perales ,2021	<p>Se seleccionó una muestra no probabilística incidental de:</p> <p>18 personas con TEA</p> <p>Sexo: 13 hombres y 5 mujeres.</p> <p>Rango de 13 a 15 años</p> <p>Los participantes se dividieron en tres grupos:</p> <p>(6 personas cada uno) según la técnica: (TEACCH), Tratamiento y educación acústica y</p>	<p>Se desarrolló en dos etapas:</p> <p>Primera etapa: se explicó a los padres de familia los detalles del área de trabajo, características de la clínica, material, instrumental y la técnica de manejo de conducta según el grupo. Y contestaron el cuestionario de datos generales del paciente y la escala de sensibilidad bucodental.</p> <p>Segunda etapa; se realizó la profilaxis dental utilizando la técnica de manejo de</p>	<p>Estudio de casos y controles</p> <p>Muestra no probabilística incidental.</p>	<p>El resultado de la escala de Frankl al final del procedimiento fue definitivamente positiva en los grupos TEACCH (33,3%) y DS (16,7%). Conducta positiva semejante en los tres grupos (66,7%). Conducta negativa en DS y DMH (16,7%). Conducta definitivamente negativa en el grupo DMH</p>	<p>Objetivo claros y concretos.</p> <p>Los autores declaran que no tienen ningún tipo de conflictos de intereses. Fuente de financiamiento autofinanciado.</p> <p>Dentro de las limitaciones encontradas es la complejidad para controlar las variables que influyen en la conducta y que representan</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 9

	<p>(Tratamiento y educación de niños con TEA y con problemas de la comunicación, es un programa al servicio de las personas con TEA y de sus familias. Desensibilización sistemática (DS) y Decir-mostrar-hacer (DMH)</p> <p>Como criterio de inclusión se consideró:</p> <p>El diagnóstico de TEA.</p> <p>integrados a un sistema educativo, familiarizados en escuchar y seguir instrucciones, con respuesta a estímulos sensoriales bucodentales dentro.</p>	<p>conducta según el grupo. La conducta se evaluó al inicio y al final de la profilaxis usando la escala de Frankl. Técnica TEACCH: es un método desarrollado para trabajar en personas con TEA, basado en la enseñanza visual estructurada usa pictogramas que indican que se debe de hacer, el orden para hacerlo y cuándo finaliza, aprovechando la fortaleza visual del paciente con TEA Técnica TEACCH Se realizaron pictogramas basados en los pictogramas “Yo voy al dentista” y “El dentista, limpia mis dientes”</p>		<p>(16,7%), en la comparación de los resultados se observó diferencia estadísticamente significativa $p=0,0308$</p> <p>Se evaluó la respuesta a los estímulos con la escala de sensibilidad bucodental, y se determinó un nivel de sensibilidad semejante en los grupos, con mayor informe de antecedentes de sensibilidad sabores, consistencias y al cepillado dental, y menor</p>	<p>posibilidad de sesgo en la medición y con la estandarización de la conducta. Como el nivel de inclusión del paciente ,la respuesta individual a estímulos sensoriales ,las experiencias previas de familiarización con el cuidado dental en casa y en consulta dental ,el uso previo y dominio de una técnica de manejo conductual.</p>
--	---	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 9

	<p>del promedio Instrumentos de Evaluación. Escala de Sensibilidad bucodental: Dirigida a padres de familia o cuidadores tiene un tiempo de respuesta de 10 a 15 minutos, para evaluar la sensibilidad bucodental en e identificar las conductas negativas que influyen en el manejo del entorno de la clínica dental. Se fundamenta en cuestionarios de reactividad sensorial general. La escala tiene validez de contenido por juicio de expertos de 90%. Escala de Frankl, es una escala de observación y</p>	<p>Durante la entrevista el odontólogo explicó el procedimiento al paciente, apoyado con los pictogramas, iniciando el proceso de familiarización paciente-odontólogo, paciente-clínica, paciente-instrumento, paciente-sonidos, paciente- personal de apoyo. En la segunda etapa se realizó la profilaxis dental apoyado con los pictogramas. Técnica Desensibilización Sistemática (DS): Es un método usado para modificar la conducta en el tratamiento de fobias 12 y determinar respuestas de ansiedad y conductas de evitación en trastornos ansiosos. La</p>		<p>sensibilidad a los movimientos del sillón dental y luz del equipo dental Para el manejo de la conducta del paciente se han propuesto diferentes abordajes conductuales que mejoran los principales síntomas del TEA</p> <p>En el presente trabajo se eligieron las técnicas TEACCH, DS y DMH, y para evaluar la conducta observada en cada técnica se</p>	
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 9

	<p>calificación. Su versión en español, es usada por el odontólogo para evaluar la conducta de niños asignando de 1 a 4 puntos según el tipo de conducta observada:</p> <p>Tipo 1. Definitivamente negativo. Paciente con rechazo definitivo al tratamiento, muestra llanto enérgico, miedo o cualquier evidencia de negativismo extremo.</p> <p>Tipo 2.- Negativo. Paciente renuente a aceptar el tratamiento, poco cooperador, con alguna actitud negativa pero no extrema al</p>	<p>técnica explica que al exponer a una persona a un estímulo condicionado desaparecerá la respuesta de ansiedad 13. Utiliza imágenes y videos para exponer al paciente a estímulos visuales, auditivos, olfatorios o táctiles que le generen ansiedad o fobia. En odontología, se ha usado para reducir la ansiedad dental en niños con TEA con buenos resultados 26. Se realizaron imágenes y videos de los posibles estímulos asociados con ansiedad y fobia durante una profilaxis dental. En la entrevista el odontólogo expuso al paciente a estos estímulos, y realizó</p>		<p>usó la escala de Frankl, observando mejores resultados en la técnica TEACCH al presentar conducta positiva y definitivamente positiva en los 6 pacientes. En comparación con la Técnica DS con un paciente con respuesta negativa y la técnica DMH con un paciente con respuesta negativa y uno definitiva La técnica DMH, se ha usado en odontología con pacientes</p>	
--	---	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 9

	<p>tratamiento. Tipo 3.- Positivo. Paciente con aceptación positiva al tratamiento, unas veces con curiosidad y voluntad otras con reserva de seguir instrucciones del dentista.</p> <p>Tipo 4.- Definitivamente Positivo. El paciente con relación buena y positiva con el dentista, con interés en los procedimientos dentales, riendo y disfrutando de la situación</p>	<p>una explicación verbal. En la etapa de profilaxis dental se utilizaron como refuerzo las imágenes y videos. Técnica Decir, Mostrar, Hacer (DMH): Es un método de primera elección para el manejo de conducta en niños en odontología, para anticiparle las sensaciones que experimentará durante el proceso y lograr que el paciente permita que se usen los instrumentos y materiales en él, evitando el comportamiento no deseado, temor o resistencia al tratamiento.</p> <p>El método utiliza</p>		<p>pediátricos con y sin discapacidad.</p> <p>La DS es una técnica utilizada en odontología para el tratamiento de fobias y trastornos de ansiedad en personas con TEA.</p> <p>Las tres técnicas evaluadas TEACCH, DS y DMH son efectivas, sin embargo, la técnica TEACCH presentó mejores resultados en el proceso de comunicación</p>	
--	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 9

		<p>comunicación verbal, no verbal y refuerzo positivo. En la primera etapa el odontólogo explicó verbalmente el procedimiento a realizar durante la profilaxis dental. En la segunda etapa se realizó el tratamiento usando los recursos Decir: explicando el procedimiento, Mostrar: enseñando al paciente los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento, Hacer realizando y finalizando el procedimiento de forma continua, sin interrumpir la explicación ni la demostración.</p>		<p>efectiva y refuerzo de adaptación al medio ambiente al observar conductas positivas y definitivamente positivas en este grupo. Confirmando que la estructuración sistemática y el uso de ayudas visuales y auditivas para el seguimiento de instrucciones, son técnicas de gran ayuda para la comunicación y adaptación del paciente con TEA al medioambiente odontológico.</p>	
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Intervención sicoeducativa para facilitar el examen clínico odontológico en personas con trastornos del espectro autista.

Estudio	Características de la muestra	Intervención de interés o de estudio	Intervención de control	Diseño de estudio	Resultados	Calidad metodológica del estudio
Orellana, 2013	<p>Participaron 72 personas con TEA: dividido en 2 grupos:</p> <p>1er grupo: 38 niños de los cuales 33 del sexo masculino y 5 de sexo femenino de 4 a 9 años.</p> <p>Segundo grupo: 34 adultos de los cuales 29 del sexo masculino y 5 de sexo femenino.</p>	<p>Inicialmente se solicitó un consentimiento informado a padre /tutor de niño y adulto Posteriormente los datos se obtuvieron a través de una ficha de datos, la cual se dividió en distintos apartados. Estos fueron: - Parte A: para los padres o tutores. Para obtener datos en relación a las historias</p>	<p>Grupo control de niños y adultos sin TEA se solicitó un: Consentimiento informado. Cuestionario odontológico. Para el grupo control de los hábitos de higiene, hábitos parafuncionales y patología bucal se utilizó el mismo gabinete simulado de la clínica Odontológica</p>	<p>Tesis doctoral. Estudio prospectivo de tipo cuasi-experimental con una pre y pos prueba. Para evaluar la utilidad de la intervención psicoeducativa al realizar el examen odontológico se efectuó un, con pre y post prueba en un grupo de niños y otro de adultos con TEA, en el</p>	<p>1.El programa de intervención psicoeducativa planteado es eficaz para facilitar el examen clínico odontológico en pacientes con TEA.</p> <p>2. El programa psicoeducativo propuesto aumenta el número de pasos logrados del examen odontológico como la</p>	<p>Objetivos claros y concretos. Se describen criterios de inclusión y exclusión. Se describe la prueba del estudio con el detalle suficiente para permitir su replicación. Este estudio declara no tener ningún conflicto de interés y su financiamiento fue por.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

	<p>entre 19 a 41 años.</p> <p>Procedencia de los sujetos de la muestra</p> <p>Criterios de inclusión</p> <p>Estar diagnosticado con TEA</p> <p>La edad de los niños mínima es de 4 años y máxima 9 años.</p> <p>La edad mínima de inclusión en los adultos es 19 años.</p>	<p>médica, dental y conductual del niño/adulto con TEA.</p> <p>- Parte B para los educadores de cada centro. Donde se obtuvieron datos sobre el uso de reforzadores, presencia de autolesiones, uso de anticipación y elementos de interés y rechazo de cada alumno.</p> <p>-Parte C: para el psicólogo/coordinador de cada centro. Para evaluar el nivel de desarrollo cognitivo de cada niño (C-1) y adulto (C-2) con TEA.</p> <p>-Parte D: para la odontóloga. Correspondió a la historia clínica</p>	<p>para Pacientes Especiales y el de los centros educativos bajo las mismas condiciones mencionadas anteriormente como ser:</p> <p>Se realizó el examen bucal de cada uno.</p> <p>La evaluación de los pasos del examen clínico estomatológico de cada niño/adulto se efectuó en un gabinete dental simulado. Se seleccionó un aula específica en cada uno de los centros con decoración</p>	<p>cual cada uno de los sujetos en forma independiente se comparó consigo mismo.</p>	<p>mejora de la conducta según la escala de Frankl en los pacientes con TEA.</p> <p>3. Los cinco talleres de intervención psicoeducativa son eficaces para realizar un examen dental en niños con TEA de alto a bajo funcionamiento como en adultos con TEA y discapacidad intelectual asociada.</p> <p>4. La capacidad de permanecer</p>	<p>recursos propios</p> <p>Tamaño de la muestra significativa</p> <p>Dentro de las limitaciones encontradas en la literatura es la complejidad para controlar las variables que influyen en la conducta y que representan posibilidad de sesgo en la medición y en la estandarización de las conductas. Como el nivel de inclusión del paciente, la respuesta</p>
--	--	--	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

	<p>Realizar en la pre intervención menos de 10 pasos del examen odontológico.</p> <p>Tamaño de la muestra</p> <p>De un total de 45 niños con TEA pertenecientes a la fundación Miran y a otros centros ,38 cumplieron los requisitos de inclusión (se eliminaron 3 por edad,2 por realizar los 10 pasos en la pre prueba y 2 por no realizar los 5 talleres),</p>	<p>estomatológica de cada individuo la cual constó de un apartado de exploración extraoral e intraoral. Variables y criterios diagnósticos</p> <p>Las variables se obtuvieron a través del formulario que estaba compuesto por 4 apartados</p> <p>La parte A para padres o tutores.</p> <p>La parte B para los educadores.</p> <p>La parte C para el psicólogo/coordinador de cada centro.</p> <p>La parte D para la odontóloga</p> <p>Variables y criterios diagnósticos:</p>	<p>reducida, sin distractores y Silenciosa.</p> <p>Para poder comparar los hábitos de higiene, hábitos bucales y patología oral de los niños y adultos con TEA se examinó a un grupo de 38 niños y 34 adultos normo típicos (sin TEA) con edades similares al grupo estudio.</p>		<p>quieto cinco minutos, la conducta previa en el médico y la presencia de autolesiones generales son predictores de la conducta ante un examen odontológico en un grupo de niños con TEA.</p> <p>5. La capacidad de permanecer quieto, la conducta previa en el médico y en el dentista son predictores de la conducta ante un examen dental en un grupo de adultos con TEA y discapacidad</p>	<p>individual a estímulos sensoriales, las experiencias previas de familiarización con el cuidado dental en casa y en la consulta dental, el uso previo y dominio de una técnica de manejo conductual. Se recomienda en futuras investigaciones, el trabajo multidisciplinario con un psicólogo para fortalecer el diseño, control de las variables cognitivas y evaluación de la intervención e</p>
--	---	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

	<p>por tanto, la muestra quedo compuesta por 30 niños/ as de Fundación Miriam y 8 niños/as de otros centros.</p> <p>De un total de 69 adultos con TEA se excluyeron 35 alumnos por no cumplir los requisitos de inclusión (se eliminaron 2 por edad ,18 por realizar los 10 pasos y alto nivel, 8 por faltar a 1 de los 5 talleres, por no</p>	<p>Variable nivel de desarrollo cognitivo</p> <p>Esta variable se obtuvo por un formulario entregado a cada uno de los psicólogos o coordinadores de cada centro, en la cual clasificaban a cada uno de sus alumnos según su nivel de desarrollo cognitivo (parte C). Los test o escalas empleadas por los centros fueron: el Inventario del Desarrollo de Battelle, el Perfil Psicoeducacional de Eric Shopler (PEP), la Escala de McCarthy, el WISC y/o la escala de Vineland.</p> <p>Predictores del examen odontológico</p>			<p>intelectual asociada.6. Los niños con TEA presentan hábitos de higiene bucal más deficientes que los niños sin TEA (normotípicos). Debido a que presentan menor número de cepillados dentales diarios, menor uso de dentífrico y colutorios.</p> <p>Y los adultos con TEA presentan un mayor número de cepillados diarios que los adultos sin TEA (normotípicos).</p> <p>7. Los niños con TEA presentan mayor dificultad en el cepillado y los</p>	<p>incluir mayor número de cita analizando la evolución a largo plazo con cada técnica.</p>
--	--	---	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

	<p>cumplimentar todo y 2 por discapacidad intelectual profunda y presencia de agresiones sin control). Método de recogida de datos. El proceso de recolección la muestra se desarrolló dos días a la semana, según disponibilidad horaria de cada centro durante el curso académico 2009-2010 y 2011-2012.ón de</p>	<p>Cada una de estas variables se obtuvo a través de una encuesta a los padres/tutores y educadores de cada niño y adulto con TEA (Parte A y B) Variables estomatológicas Hábitos de higiene Se obtienen de una encuesta realizada a los padres o tutores. (Parte A) Hábitos bucales para funcionales. Se obtiene de una encuesta realizada a los padres o tutores (Parte A). Patología bucodental. Se obtiene del examen estomatológico tanto extra como intraoral (parte D)</p>			<p>niños y adultos con TEA necesitan más asistencia durante el cepillado que la población normotípica. 8. Los niños con TEA presentan mayor frecuencia en algunos hábitos bucales parafuncionales como succionar o morder objetos y pouching mientras los adultos con TEA y discapacidad intelectual asociada tienen más bruxismo que las personas sin.</p>	
--	---	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>Tiempo de exploración</p> <p>Se registra en la historia clínica odontológica (parte D). Se determinó con un cronómetro el tiempo necesario para realizar la exploración dental de cada participante. Se recogieron los minutos y segundos empleados con dos dígitos.</p> <p>Organización del estudio</p> <p>Recursos humanos</p> <p>1 Odontóloga capacitada en el manejo de pacientes con TEA.</p> <p>1 Asistente.</p> <p>1 Psicólogo.</p>			<p>TEA</p> <p>9. Los niños con TEA tienen menor prevalencia de caries y más babeo que los niños normotípicos de la misma edad.</p> <p>10. En adultos con TEA y discapacidad intelectual asociada las manifestaciones orales más patognomónicas son el paladar ojival, la mordida abierta anterior, babeo y una menor prevalencia de caries.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>1 Psicóloga experta en TEA.</p> <p>1 Estadístico. - Odontóloga: realizó cada uno de los pasos del examen clínico odontológico tanto en la pre y post prueba a cada niño/adulto con TEA, los talleres y efectuó los exámenes dentales de todos los niños/as y adultos con TEA y sin TEA. Se caracterizaba porque siempre iba vestida y peinada de la misma forma, con pijama azul, guantes y mascarilla.</p> <p>-Asistente: asistió a la odontóloga cuando era necesario haciendo registros fotográficos de los</p>			<p>11. El índice ceo(d) y ceo(s) en niños con TEA es menor que en niños sin TEA dado principalmente porque presentan un menor número de dientes obturados que la población normotípica de igual edad.</p> <p>El índice CAO(D) y CAO(S) es menor en Conclusiones 164 niños con TEA porque presentan menor número de caries en los dientes permanentes</p>	
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>talleres, registrando parte D de la ficha de todos los datos en la cada paciente y filmó la pre y post pruebas.</p> <p>-Psicólogo: Evaluó el grado de colaboración y número de pasos del examen bucal logrados en la pre y post pruebas a través de las filmaciones</p> <p>-Psicóloga: Planificó y coordinó los talleres de intervención (materiales, actividades y cronograma). Determinó los mecanismos de evaluación. Difundió la actividad en asociaciones y centros con los que colabora.</p>			<p>que en la población normotípica de la misma edad. 12. En los adultos con TEA el índice CAO(D) y CAO(S) es similar a los adultos sin TEA, pero existe un menor número de dientes obturados. 13. Los niños con TEA presentan mejor índice de higiene oral (IHO-S) que los niños sin TEA, pero los adultos con TEA presentan peor índice higiene oral (IHO-S) que los adultos</p>	
--	--	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>-Epidemiólogo experto en estadística: analizó los datos tanto para la estadística descriptiva como inferencial. En cada centro se contó con personal de apoyo, coordinadores y educadores, que nos facilitaron la ejecución de los talleres.</p> <p>Recursos físicos</p> <p>Cada examen clínico estomatológico de cada niño/adulto se efectuó en un gabinete dental simulado</p> <p>Se seleccionó un aula específica en cada uno de los centros con decoración reducida, sin</p>			<p>normotípicos.</p> <p>14. El tiempo necesario para realizar el examen clínico odontológico es mayor en los niños y adultos con TEA que en los niños y adultos normotípicos.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>distractores y silenciosa. En el caso de 8 niños pertenecientes a diferentes centros se adaptó una sala en la clínica Odontológica para Pacientes Especiales de la Cruz Roja de Valencia. Se emplearon un sillón tipo camilla y un foco de luz dirigible de suficiente intensidad para la exploración intraoral. Los talleres se realizaron en el mismo gabinete simulado haciendo uso de una mesa y, cuando era necesario, dos sillas</p> <p>Recursos materiales</p> <p>Para la pre y post intervención, así como para el examen odontológico se</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>empleó:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un set de examen oral para cada alumno empaquetado individualmente y esterilizado, que constó de: 1 espejo plano intraoral nº 5 1 sonda de caries. -Un recipiente para depositar el material contaminado. -Un par de guantes desechables por cada niño/adulto (látex y vinilo). -Mascarillas desechables. -Un consentimiento informado por cada niño/adulto para los padres o tutores. -Una ficha con los 				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>apartados A, B, C y D por cada niño/adulto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una hoja de registro de los talleres psicoeducativos del grupo estudio. -Una hoja de registro para la evaluación de la conducta pre y post intervención por cada niño/adulto. -Tres bolígrafos: azul, negro y rojo. -Un ordenador portátil. <p>Metodología 80</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una cámara fotográfica. -Una cámara de video. -Un mini DVD por niño/adulto. -Un trípode. -Un cronómetro. 				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>-Cuatro lámparas de flexo con una bombilla de 60 vatios cada una. -Dos sillones tipo camilla una baja para los niños y otra alta para los adultos.</p> <p>-Una mesa.</p> <p>-Dos sillas.</p> <p>Dentro de los materiales a empleados en los talleres odontológicos estuvieron:</p> <p>-1 fotografía de 7x5 cms. por alumno con TEA de la odontóloga plastificada y con el nombre "Lorena". En el reverso tenía Velcro para poder ser colocada en sus agendas diarias.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>-Pictograma: una secuencia de imágenes pictográficas más frase escrita en la parte inferior que le indicaban al paciente la realización de la exploración dental para la pre y post pruebas. E</p> <p>-Fotograma general: Dos series de 20 fotografías de 20x25 cms. cada una que mostraban secuencialmente cada uno de los pasos necesarios para realizar el examen odontológico. Entre estas se incluyeron:</p> <p>- la dentista "Lorena". la sala donde se efectuaba el examen,</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación de tabla 10.

		<p>entrar a la sala, el sillón, sentarse en el sillón, tumbarse en el sillón, la lámpara, acercar la lámpara a la cara, encender la luz, abrir grande la boca, los dedos para contar los dientes, contar los dientes con los dedos (de 1 a 5), el espejo, contar los dientes con el espejo (de 1 a 5), el “ganchito”, contar los dientes con el ganchito (de 1 a 5), el espejo y el ganchito, contar con el espejo y el ganchito (de 1 a 5), juntar los dientes enseñándolos y contar los dientes juntos con los dedos (1 a 5). Los fotogramas fueron hechos con carpetas</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>clasificadoras tamaño carta con 20 fundas plásticas cada una. Cada fotografía se acompañó de una instrucción escrita referente a la imagen (una serie en castellano y otra en valenciano) con pictogramas de 5x5 cms. en la esquina superior o inferior derecha. En las fundas superiores estaban las fotos y en las inferiores las frases escritas. Las fotografías solo mostraban la acción que se quería destacar sin ningún distractor externo. De la fotografía 2 a la 9 fueron específicas para cada centro debido a los distintos</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>espacios físicos. Al final del fotograma estaba la palabra “Fin” y una carita sonriente en el caso de los niños.</p> <p>Estos fotogramas fueron entregados a cada alumno al final de los talleres” y una carita sonriente en el caso de los niños.</p> <p>-Dos macromodelos de plástico de las arcadas dentarias.</p> <p>-Cepillos dentales manuales convencionales para adultos.</p> <p>-Cepillos dentales infantiles.</p> <p>-Una marioneta de cocodrilo que abre la boca y tiene dientes.</p> <p>-Cuatro muñecos de</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>tela de distintos animales de 15 cms. de alto o largo, con boca.</p> <p>-Pich aplicador de hidróxido de calcio metálico.</p> <p>Instrumento con la forma de una sonda dental, pero con punta redondeada (“sonda de punta redondeada”).</p> <p>-Objetos reales: espejos bucales y sondas de caries metálicos, guantes y mascarillas</p> <p>Descripción y definición de la intervención</p> <p>Este trabajo se realizó en 7 sesiones:</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>La primera y la última correspondían a la pre y post pruebas.</p> <p>Las sesiones centrales correspondían al programa de intervención psicoeducativo que constaba de cinco talleres de intervención.</p> <p>Antes de acudir a cada centro a los sujetos del grupo estudio se les anticipó la llegada de una persona ajena al centro, la odontóloga y se la identificaron sólo con una fotografía con nombre que fue colocada en el panel de cada uno.</p> <p>Primera sesión, la pre intervención</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>La odontóloga realizó los 10 pasos del examen clínico odontológico en cada niño que componía la muestra sin forzarlos.</p> <p>Les mostró previamente la secuencia de imágenes pictográficas que le indicaban al paciente la realización de la exploración dental.</p> <p>El asistente registró a través de una filmación el nivel de colaboración de cada niño/adulto (para ser evaluado posteriormente por el psicólogo) y controló el tiempo empleado en la pre prueba.</p> <p>Posteriormente, la</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>odontóloga, realizó cada uno de los cinco talleres de 20-25 minutos por cada alumno/a, dos veces por semana.</p> <p>Para mantener un control de cada sesión se dispuso de una hoja de registro de los talleres realizados a cada niño/adulto del grupo de estudio.</p> <p>Antes de acudir a los talleres a cada alumno se le anticipaba el cambio de actividad con la fotografía de la odontóloga.</p> <p>Los cinco talleres odontológicos realizados fueron:</p> <p>1er Taller: Inicialmente se le</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>permitió a cada niño/adulto con TEA reconocer e interaccionar con el ambiente del gabinete dental simulado.</p> <p>Indicándoles y enseñándoles a cada uno la presencia de un sillón y una lámpara dentales.</p> <p>Posteriormente, a través de aproximaciones sucesivas, se les permitió conocer e interactuar (por vía visual, auditiva, olfativa, táctil) con la odontóloga y el instrumental dental.</p> <p>Se le solicitó a cada participante que se sentara y/o acercara a una silla que estaba colocada junto a una</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>mesa cercana al sillón dental. Sobre la mesa había una serie de elementos visuales tales como macromodelo, cepillos dentales, fotograma, espejo, sonda de punta redondeada, guantes y mascarillas.</p> <p>En el grupo de niños se añadieron elementos como: cepillos dentales infantiles, una marioneta de cocodrilo y 4 muñecos.</p> <p>A cada alumno se le motivaba a tocar y reconocer “los dientes” en el macromodelo. En el caso de los niños también se utilizaron el cocodrilo y/o los</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>muñecos.</p> <p>Con el fin de reconocer su tolerancia a ciertos materiales como el látex se les sugirió tocar las manos con guantes de la odontóloga o coger un par de guantes. En caso de rechazo hacia los guantes comunes (látex) se sustituían por unos de vinilo. Así mismo se comprobaba su sensibilidad a la luz de la lámpara dental, trabajando este aspecto a través de aproximaciones sucesivas cuando era necesario.</p> <p>También se les motivaba a familiarizarse (tocar, coger, oler, chupar,</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>etc.) con el material odontológico como el espejo, la sonda y la mascarilla (Técnica D-M-S). Posteriormente la odontóloga decía “abrimos la boca” y sobre el macromodelo contaba los dientes de 1 a 5 con sus dedos. Luego contaba con el espejo, la sonda y a la vez con el espejo y sonda. Seguidamente juntaba la arcada dentaria y contaba con sus dedos. Esta secuencia de acciones se repetía de 2 a 5 veces empleando el cocodrilo y los muñecos en el caso</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10.

		<p>de los niños. Posteriormente se le sugería al alumno que contara sobre el macromodelo. En el caso de los niños se le daba la opción a elegir entre el cocodrilo, muñecos o macromodelo.</p> <p>Finalmente, se les enseñaba un fotograma secuencial (pedagogía visual) donde figuraban los 10 pasos del examen odontológico, permitiéndoles contar con el instrumental sobre la fotografía.</p> <p>2do Taller:</p> <p>En este taller en el grupo de niños se realizó modelamiento</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>audiovisual, para anticiparles cada uno de los 10 pasos del examen bucal.</p> <p>Se utilizó un ordenador portátil donde se mostraba a cada niño un video entre 2,75 a 3,75 minutos de la realización de los 10 pasos.</p> <p>Esta actividad se realizó en la mesa junto al sillón permitiendo a cada niño coger el instrumental y contar junto al video. Al final del modelado se le sugería a cada niño/a que se sentase y se tumbase en el sillón.</p> <p>Para el grupo de adultos consistía en solicitarle a un</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>educador o a un compañero del mismo centro que hubiese realizado los 10 pasos en el pre prueba que fuese modelo para el resto de sus compañeros. Así, por medio de modelamiento in vivo, se expuso a los adultos un modelo que exhibía el comportamiento adecuado que se deseaba que imitasen.</p> <p>Este se realizó en el sillón dental mostrando cada uno de los 10 pasos del examen bucal, cada paso se realizó dos veces antes de pasar al siguiente.</p> <p>De este modo se les</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>anticipó en qué consiste todo el proceso del examen clínico. Incluso se les permitió interactuar con el modelo actuando como el dentista. Al final del modelado se le mesa donde estaba el material visual sugería a cada adulto que se sentase y se tumbase en el sillón</p> <p>Posteriormente se les pedía, tanto a los niños como adultos, que se acercaran a la (macromodelo, fotografías, cepillos, espejo, sonda, guantes, muñecos, cocodrilo etc.). Se les indicaba, como en la sesión anterior, que tocaran y cogieran los</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>guantes, espejo y sonda de punta roma.</p> <p>Primero contaba la odontóloga en forma secuencial de 1 a 5 (con los dedos, el espejo, la sonda, el espejo y la sonda, con los dedos juntando los dientes) sobre macromodelo o cocodrilo, luego se les sugería que lo realizaran ellos mismos. Segundo se contaba sobre sus dedos de 1 a 5 secuencialmente con todos los elementos. Finalmente, esta acción se replicaba tocando su cara alrededor de su boca (Decir-Mostrar-Sentir) y luego dentro de la misma o en contacto</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>con sus dientes si el alumno lo permitía (Decir-Mostrar-Sentir-Hacer).</p> <p>3er Taller:</p> <p>Al grupo de niños se les realizó el modelamiento in vivo, solicitándole a un educador o compañero del mismo centro que hubiese realizado los 10 pasos en la pre intervención que fuese modelo para el resto de sus compañeros, de igual forma que en taller anterior descrito para el grupo de adultos, con la finalidad de exponerlos a los 10 pasos del examen bucal en una situación in vivo.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>Al grupo de adultos se les realizó el modelamiento audiovisual en el cual se utilizó un ordenador portátil donde se mostraba a cada adulto un video entre 2,75 a 3,75 minutos de la realización de los 10 pasos del examen bucal, de igual forma que en el taller anterior descrito para el grupo de niños, con la finalidad de exponerles nuevamente a los 10 pasos del examen bucal y reforzar la situación in vivo.</p> <p>Posteriormente se le indicó a cada niño/adulto que se sentase en el sillón.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>La técnica de Decir-Mostrar-Sentir-Hacer (D-M-S-H) se realizaba en el sillón o en la silla.</p> <p>A B 4to Taller:</p> <p>Tanto en el grupo de niños como de adultos se empleó un ensayo conductual, que consistió en practicar la realización del examen odontológico. Se entrenaron cada uno de los 10 pasos del examen bucal secuencialmente, cada paso se realizó dos veces con los objetos de la situación real como el espejo bucal y sonda.</p> <p>Primero en la silla y posteriormente en el</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>sillón. Para realizar esto se empleó, si era necesario, la pedagogía visual y/o la técnica de Decir-Mostar-Sentir-Hacer.</p> <p>5 Taller: A través del auto-modelado el niño/adulto aprendía patrones de conducta por medio de la observación de su propio comportamiento.</p> <p>Para lograr esto se realizaron fotografías de los propios niños/adultos mientras ejecutaban las conductas objetivo, las imágenes se editaron eliminando los aspectos indeseables.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>Posteriormente se motivó a los niños/adultos para que ensayasen las conductas modeladas con sus propias fotografías en el sillón dental.</p> <p>Todas estas sesiones fueron realizadas en un contexto lúdico (principalmente en el grupo de los niños) y positivo.</p> <p>También fueron acompañadas de instrucciones verbales y reforzadores positivos sociales (“muy bien”, gesto de aprobación con el dedo índice, etc.) junto a tangibles o de actividad que fueran de interés para ellos.</p> <p>Después de realizar los cinco talleres odontológicos, en una séptima sesión la odontóloga efectuó la</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Continuación Tabla 10

		<p>Post intervención. Dándole la indicación a cada alumno para realizar los 10 pasos del examen clínico odontológico, empleando previamente la secuencia de imágenes pictográficas.</p> <p>Esta actividad fue filmada para poder evaluar el grado de colaboración en cada paso.</p> <p>Al final de esta secuencia se obtuvieron el examen clínico odontológico de cada niño/adulto.</p> <p>Todos los datos aquí obtenidos fueron registrados en la historia clínica.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

7.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Mediante la búsqueda bibliográfica se identificaron 65 artículos, solo uno de revisión sistemática (1).

Según el efecto de búsqueda fueron 9 artículos encontrados de los cuales se tiene 1 caso clínico, 1 reporte de caso, 1 Estudio transversal analítico observacional, 2 ensayos clínicos, 1 ensayo clínico aleatorizado doble ciego, 2 estudio de casos y controles ,1 Tesis Doctoral (estudio prospectivo de tipo cuasi experimental con una pre y pos prueba) (2-4,6-11).

Basados en los criterios de exclusión: se excluyeron 25 artículos.

En la revisión sistemática destaca de aplicación de métodos como ser pedagogía visual (8) y videos y terapia yoga que apliquen las tecnologías actuales en los niños con el trastorno del espectro autista (2), junto con apoyos visuales (3), que puedan ser coadyuvantes de un mejor comportamiento y un lazo adecuado de comunicación con el niño a través del uso de medios audiovisuales y con eso familiarizar a los niños con los entornos dentales para mejorar la cooperación en los niños TEA y reducir la ansiedad (6).

Y aplicar técnicas como TEACCH, DS y DMH en el manejo de comunicación y en conducta (4).

Se puede extraer el abordaje clínico que incluye las técnicas durante el abordaje en la consulta odontopediátrica lo cual mejora el comportamiento del niño mejora su adaptación mejora el tiempo de tratamiento.

Familiarizar a los niños con los entornos dentales puede mejorar la cooperación entre los niños con conductas desafiantes y reducir su ansiedad. En particular, preparar y entrenar a los niños con TEA para realizar tareas de forma sistemática paso a paso mediante el uso de pedagogías visuales e historias sociales importancia para que puedan aprender y adaptarse (6).

Los niños con TEA presentan hábitos de higiene bucal más deficientes que los niños sin TEA (normotípicos), Debido a que presentan menor número de cepillados dentales diarios, menor uso de dentífrico y colutorios (9).

La participación de los padres es un elemento muy importante a la hora de aplicar las técnicas de abordaje terapéutico en niños con el trastorno del espectro autista, estos deben de participar previamente para favorecer la cooperación según los artículos (2-5, 12,13), y que el padre nunca debe retirarse en ningún procedimiento mencionan en los artículos (2,5,7,8,13) ya que forman parte del recurso importante a promover cambios en el comportamiento ayudando a los profesionales.

Se reporta una mejor adaptación a medios estrictamente audiovisuales según el artículo (9) y todos han evitado medios auditivos porque podrían provocar mayor ansiedad por lo tanto complicar la consulta pudiendo ser como cambio de ruidos.

En el primer contacto: paciente tuvo una mejora con la comunicación con el odontólogo ya que estaba desde el primer momento apoyado por sus padres según los artículos (3), tuvo una mejora ya que se anticipaba que es lo que se debía hacer antes de la consulta (9), tuvo una mejora ya que se le anticipo mediante dibujos los instrumentos para que se vaya familiarizando a que después en la otra cita pueda tocar oler los instrumentos según el artículo (9).

El papel de los padres en el protocolo fue crucial. Por ser el recurso importante para promover cambios en el comportamiento de los niños, apoyando a los profesionales sanitarios. En este protocolo visual multietapa, en 3 de las 4 etapas, los padres han realizado el entrenamiento en sus hijos en casa, después de haber sido entrenados ellos mismos (3).

La pedagogía visual y el modelo de video permite que el niño se concentre a una sola señal evitando múltiples señales del entorno que son potencialmente distractores ya que los niños son aprendices visuales (2). La pedagogía visual fue meramente efectiva en casos de terapias con flúor (8). En el cepillado dental

la terapia yoga ayudo a los niños a aprender a cepillarse de forma más eficiente (2) mostrándose más colaborador (10). También la terapia yoga no solo mejora la atención sino mejora la imitación que es un requisito para el aprendizaje (2). La elaboración visual es una fortaleza para las personas con TEA (3).

Se realizó tratamientos dentales más comunes en apacientes jóvenes sin necesidad de utilizar sedantes o anestesia general (3).

De todos los estudios coincidieron, se obtuvo mejores resultados con la técnica de desensibilización logrando la cooperación y manejo de conducta (4,7). En la repetición de las visitas aumento la colaboración de los niños con TEA (8).

Los niños con TEA aprenden fácilmente cuando se utilizan instrumentos visuales (pictogramas) porque esto permite una reducida cantidad de palabras y envían un mensaje que es constante, los rasgos recientes es que son capaces de contextualizar las imágenes y utilizarlas para guiar adaptativamente su comportamiento en situaciones reales además en los procedimientos complejos el apoyo visual puede ser útil para que los niños cumplan con cada paso (3).

Con la repetición de las visitas aumento la cooperación de los niños con el trastorno del espectro autista (8).

Los métodos funcionan eficazmente con los puntos fuertes de estos niños (2). El uso de apoyos visuales ha demostrado ser capaz de facilitar que los niños con TEA se sometan a los tratamientos dentales, incluso en niños no verbales con un nivel intelectual bajo, lo que subraya que el enfoque conductual debe ser utilizado como primera estrategia para tratar a los pacientes con TEA en el entorno dental.

El tratamiento debe ser visto como un esfuerzo de equipo centrado en identificar las conductas problemáticas en el entorno dental y modificarlos (8).

Preparar y entrenar a los niños con TEA para realizar tareas de forma sistemática paso a paso mediante el uso de pedagogías visuales en historias sociales importancia para que puedan aprender y adaptarse (6).

Se han utilizado estrategias conductuales para enseñar a los niños con autismo a ser complacientes con los procedimientos médicos pero la investigación sobre el entrenamiento de estos niños para que cumplan con los procedimientos dentales es escasa (8). El uso de apoyos visuales ha demostrado ser capaz de facilitar que los niños con TEA se sometieran a los tratamientos dentales, incluso en niños no verbales con un nivel intelectual bajo, lo que subraya que el enfoque conductual debe ser utilizado como primera estrategia para tratar a los pacientes con TEA en el entorno dental.

El tratamiento debe ser visto como un esfuerzo de equipo centrado en identificar las conductas problemáticas en el entorno dental y modificarlos (3).

El protocolo visual multietapa se divide en cuatro etapas, las tres primeras propuestas a todos los niños y la cuarta reservada a los sujetos con lesiones de caries activa se destinaron diferentes objetivos aceptar sentarse en el sillón era la etapa 1: aceptar la sesión de higiene oral profesional comprende la etapa 2: aceptar el sellado de fosas y fisuras la etapa 3: y aceptar el tratamiento restaurador etapa 4. Según el nivel intelectual, solo se encontró una asociación estadísticamente significativa con la tasa de aceptación en la etapa 4 (aceptando el tratamiento restaurador): mientras que, según el grado de colaboración evaluado por el equipo dental durante el examen oral, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la tasa de aceptación en la etapa 1 (acepta sentarse en el sillón) y 2 (acepta la sesión de higiene oral profesional) y (acepta el tratamiento restaurador) acercándose a la significación estadística en los estadios 3 (acepta selladores de fosas y fisuras) y 4 (que acepta el tratamiento restaurador) (3).

La tasa de aceptación en cada etapa se asoció a la fluidez verbal, el nivel intelectual y el grado de cooperación ofrecida por el niño durante el examen oral.

En cuanto a la fluidez verbal, se observó una asociación estadísticamente significativa en cada etapa: respectivamente en las etapas 1,3 y 4 (3).

El programa de intervención psicoeducativa planteado es eficaz para facilitar el examen clínico odontológico, aumentando el número de pasos logrados en el examen odontológico según la escala de Frankl, estos talleres son eficaces para realizar un examen dental a los niños TEA con alto o bajo funcionamiento, la presencia de autolesiones generales es predictores de la conducta ante un examen odontológico. Los niños TEA presentan un hábito de higiene deficiente.

Presentan menor número de cepillados dentales diarios, menor uso de dentífrico y colutorios y los adultos con TEA presentan un mayor número de cepillados diarios que los adultos sin TEA (normotípicos). Los niños con TEA presentan mayor dificultad en el cepillado y los niños y adultos con TEA necesitan más asistencia durante el cepillado que la población normotípica también presentan mayor frecuencia en algunos hábitos bucales parafuncionales como succionar o morder objetos, teniendo menor prevalencia de caries y más babeo. En adultos con TEA y las manifestaciones orales más patognomónicas son el paladar ojival, la mordida abierta anterior y babeo (9).

El reto sigue siendo aplicar y determinar la eficacia de las intervenciones conductuales y las pedagogías para garantizar que un mayor número de niños que requieren cuidados especiales en la población tenga acceso a los servicios.

8. DISCUSIÓN

La técnica de desensibilización logra la cooperación y manejo de conducta en el paciente mostrándose colaborador con los padres en la sala operatoria. (7).

Se instruyó a los padres un programa preventivo consistió en: profilaxis, aplicación de barnices y flúor, motivar a los padres a mantener el cuidado de la alimentación y el cepillado dental como rutina y en su última revisión se observó que mantuvo una higiene oral buena mostrándose colaborador (10).

La pedagogía visual y el modelado en video permite que el niño se concentre en una sola señal evitando, múltiples señales del entorno que son potencialmente distractores (2).

El yoga no solo mejora la atención sino mejora la imitación que es un requisito para el aprendizaje, también la terapia yoga ayuda a los niños a cepillarse (2).

Los apoyos visuales facilitan los tratamientos dentales, el enfoque conductual debe ser utilizado como primera estrategia en dicho tratamiento, las personas con TEA aprenden mejor utilizando instrumentos visuales esto permite el uso reducido de palabras, los niños TEA son capaces de contextualizar las imágenes y utilizarlas para guiar su comportamiento, los padres promueven el cambio del comportamiento (3).

Resulta de beneficio el familiarizar al niño TEA en los entornos dentales para reducir su ansiedad, preparar a los niños TEA para realizar tareas de forma sistemática mediante el uso de pedagogías visuales para que aprendan a adaptarse (6).

Los TEA aprenden mejor cuando utilizan instrumentos visuales porque permiten una reducida cantidad de palabras y enviar un mensaje que es constante (3).

Al analizar los diferentes estudios incluidos en las revisiones sistemáticas se encuentra una gran heterogeneidad en los índices epidemiológicos no se encuentra un protocolo único; no existe índices estandarizados para el manejo psicológico en niños con TEA en Odontopediatría, lo cual imposibilita las estandarizaciones de protocolos y guías de práctica clínicas basadas en la evidencia. No se encuentra un protocolo de heterogeneidad.

Entre los artículos encontrados anteriormente mencionados (2-4, 6-11,13), coinciden con (1), que es una revisión sistemática todos coinciden y sugieren realizar una reunión previa a la cita, para iniciar la historia clínica, entre padres, terapeutas y dentistas, un paso crítico para evaluar el comportamiento y síntomas ,diseñando el uso personalizado de la técnicas algunos estudios abordaron de forma específica estrategias de desensibilización y la confección de pictogramas, imágenes y videos sobre la visita de la consulta, es así, que el niño pueda reconocer por adelantado a las personas, con respecto a la pedagogía visual

llevan muy buenos resultados, esto coincide con lo hallado en la literatura donde se refleja que el uso de apoyos visuales (fotos, pictogramas) es efectivo para el manejo en consulta, permite que los niños aprendan lo que tienen que saber, como, con quien y cuanto tiempo, también se usan para el cepillado en la higiene bucal y responder mejor, en cuanto a las sesiones , que su consulta sea breve no más de 20 minutos en caso de que sea más pausar ,en estos estudios predominan la evaluación de uso combinado de las técnicas para garantizar la calidad de la atención odontológica al paciente debe abordarse desde un enfoque global, integral y multidisciplinario, existe la necesidad de crear protocolos.

Se utilizaron la técnica decir mostrar hacer y desensibilización en las revisiones (4,7,10).

Los estudios revelaron que la pedagogía visual era un buen método para introducir la odontología a los niños con autismo, la imposibilidad de comunicarse con estos individuos dificulta la realización de estudios clínicos (8).

Se hizo el seguimiento cada 3 meses. Dentro de las limitaciones de estudio en general, el proceso de recolectar los datos no ha sido de acceso público.

Los resultados de estos niños no pueden generalizarse para todos los niños con necesidades especiales de salud con diferentes capacidades intelectuales porque el yoga solo puede impartirse a aquellos niños que están controlados, como el cuidado institucional y una buena atención en el hogar (2).

En algunas situaciones, los informes de nivel de deficiencia no fueron revelados, lo que puede reflejar la "no disponibilidad" de dicha información o la falta de pruebas formales de estos atributos. Sin embargo, este método puede introducir un elemento de sesgo en el estudio que justifica que se tenga en cuenta en la interpretación de los resultados (6).

Dentro de las limitaciones encontradas en la literatura, es la complejidad para controlar las variables que influyen en la conducta esto representa posibilidad de

sesgo en la medición y en la estandarización de las conductas. Como el nivel de inclusión del paciente, la respuesta individual a estímulos sensoriales, las experiencias previas de familiarización con el cuidado dental en casa y en la consulta dental. Se recomienda que, en futuras investigaciones multidisciplinarias sean con un psicólogo para fortalecer el diseño, control de las variables cognitivas y evaluación de la intervención e incluir mayor número de citas, analizando la evolución a largo plazo con cada técnica. (9) . Los padres no prefieren los tratamientos bajo presión, los padres no son capaces de hacer un esfuerzo en la salud oral de sus hijos, la mayoría de los padres prefieren anestesia general antes de un método de educación (10).

El alto nivel de conductas desafiantes se asoció con una probabilidad más de diez veces mayor de no poder cooperar con el cribado de salud bucodental. Tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, trastornos del estado de ánimo, síntomas de trastorno por déficit de atención/hiperactividad y ansiedad. Estos comportamientos desafiantes pueden dificultar que los niños con TEA se enfrenten a acciones desconocidas (como el examen oral) (6).

Por lo tanto, encuentran que si es necesario con un seguimiento cada 3 meses Esta limitación implica la necesidad de realizar más investigaciones en el área de manejo psicológico en el área de Odontopediatría en los niños TEA.

9. CONCLUSIONES

El uso de la distracción contingente en base a medios audiovisuales mejora la conducta en el paciente con el trastorno del espectro autista.

La técnica de desensibilización mejorará la cooperación y manejo de conducta (7). Fomentando la confianza y adaptación combinada con otras técnicas (10).

A través de la información y revisiones periódicas los niños TEA mostraron un aumento significativo en su higiene oral (10).

La pedagogía visual y el modelado de video permite que el niño se concentre en una sola señal, la terapia yoga favoreció al niño TEA en aprender a cepillarse de forma eficiente, mejora la coordinación de las actividades de la mente cuerpo y emociones (2).

Mejora el enfoque conductual y debe ser utilizado como primera estrategia para tratar a los niños TEA en el entorno dental (8).

Los niños TEA son capaces de contextualizar las imágenes y utilizarlas para guiar adaptativamente su comportamiento en situaciones reales lo cual favorece el apoyo visual para que los niños cumplan favorablemente cada paso de su tratamiento (3).

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Unidad del Post Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés la implementación de este protocolo por medio de publicaciones científicas y así conseguir la atención dental que necesitan, a través de odontólogos que conozcan técnicas de educación especial en instalaciones odontológicas bien equipadas y con el equipamiento técnico adecuado (10). Asimismo, se sugiere realizar otras investigaciones tomando como base el presente trabajo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yulani S. Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico del niño con el trastorno del espectro autista, Revista Odontológica pediátrica, Vol 29. [Online]. [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7858899>
2. Ramassamy. La terapia yoga como complemento del entrenamiento tradicional del cepillado dental en niños con TEA, Rev. WILEY. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <https://doi.org/10.1111/scd.124223>.
- Grazia. Protocolo de atención dental basado en soportes visuales para niños con trastornos del espectro autista, Revista Med oral patol oral cir bucal, 20 (5). [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <http://www.medicinaoral.com/>.
4. Perales M. Evaluación de tres técnicas para el manejo de conducta odontológica en pacientes con trastorno del espectro autista, odontología Sanmarquina, vol 24 (1). [Online].; 2021 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/19692>.
5. Renan. Perfiles de desarrollo del autismo y cooperación con la salud bucodental, Revista Sringer, 45(9). [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <https://sci-hub.mkxa.top/10.1007/s10803-015-2416-7>.
6. Cardenas F. Manejo odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo, Rev Tame, Vol 7 (20). [Online].; 2018 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=91830>.
7. Nilchian F. Evaluación de la pedagogía visual en las revisiones dentales y prácticas preventivas entre niños de 6 a 12 años con autismo, Revista Springer. [Online].; 2017 [cited 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28074355/>.

8. Orellana L. Intervención en personas con trastorno del espectro autista, Universidad de Valencia, 219 pag. [Online].; 2013. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/71011066.pdf>.
9. Butron C. Consideraciones para la atención odontológica en un paciente con síndrome de asperger reporte de un caso, Odontol pediátrica ,17(1), pag 79-84. [Online].; 2018 [cited 2021 Abril 19 Available from: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/27>
10. Onol S. Evaluación del estado de salud bucodental y de los factores que influyen en los niños. [Online].; 2016. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607853/>
11. Hernandez O. La intersectorialidad en atención a niños y adolescentes con trastorno del espectro autista ,Acta Med centro ,vol 10 (2). [Online].; 2016. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65610>.
12. Paredes. Tratamiento estomatológico multidisciplinario de un paciente con el trastorno del espectro autista: Reporte de caso, Revista OACTIVAUC Cuenca. Vol.2 (1). [Online].; 2017 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/171>

ANEXOS

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“Atención ambulatoria del paciente con el
Trastorno del Espectro Autista en
Odontopediatría”**

POSTULANTE: Dra. Norma Roxana Colque Luque

**TUTOR TEMÁTICO: Dra. Post Grado de Odontopediatría
Edith Alcira Miranda.**

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Carla Larrea Eyzaguirre.

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatría.**

La Paz-Bolivia

2021

CONTENIDO

1. DEFINICIÓN.....	1
2. ETIOLOGÍA	1
3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	2
4. DIAGNOSTICO.....	4
4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.	4
4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	9
6. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	9
7. TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA.....	24
8. COMPLICACIONES.	24
9. CRITERIOS DE REFERENCIA.....	24
10. CRITERIOS DE ALTA.....	25
11. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	25
12. CONTROL Y SEGUIMIENTO.	26
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de diagnóstico de DSM-5.....	4
Tabla 2. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista.....	6
Tabla 3. Instrumentos requeridos; Paciente TEA leve.....	9
Tabla 4. Instrumento requerido: Pacientes TEA moderado.....	10
Tabla 5. Instrumento requerido: Pacientes TEA moderado.....	11
Tabla 6. Abordaje de la primera sesión de paciente TEA moderado	12
Tabla 7. Abordaje de la segunda sesión de paciente TEA moderado	13
Tabla 8. Abordaje de la tercera sesión de paciente TEA moderado.....	16
Tabla 9 Abordaje de la cuarta sesión de paciente TEA moderado.....	18
Tabla 10. Abordaje de la primera sesión de paciente TEA leve.....	20
Tabla 11. Abordaje de segunda sesión paciente TEA leve.....	20
Tabla 12. Abordaje tercera sesión en paciente TEA leve.....	20
Tabla 13. Historia médica.....	33
Tabla 14. Historia dental.....	33
Tabla 15. Hábitos bucales para funcionales.....	35
Tabla 16. Criterios de evaluación extraoral.....	36
Tabla 17. Criterios de evaluación de la exploración intraoral.....	37
Tabla 18. Historia conductual.....	38
Tabla 19. Historia conductual.....	38
Tabla20. Escala de Frankl.....	40

1. DEFINICIÓN.

El autismo fue definido originalmente por Leo Kanner en 1943 como una incapacidad innata para crear un contacto emocional normal, biológicamente determinado, con los demás. La primacía del déficit social está ampliamente reconocida y la falta de reciprocidad social es una parte central del diagnóstico. Más allá de eso, hubo grandes cambios en la última década en la conceptualización del autismo y los trastornos relacionados, que finalmente se reflejan en el borrador de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación social y la presencia de intereses restringidos y conductas repetitivas (1) e impacta la comunicación verbal o expresiva con interrupciones que van de moderadas a severas (2), se considera el mayor desorden mental de la infancia, por lo que estos pacientes necesitan de una mayor dedicación (3) de sus familias y de la sociedad para elevar su calidad de vida (4).

2. ETIOLOGÍA

Su etiología es desconocida y la prevalencia a nivel mundial es alta en torno a 62/10000 (5). La causa de los TEA es heterogénea y afecta a la genética con múltiples variantes genéticas diferentes e influencias ambientales que desencadenan cambios fisiológicos en individuos genéticamente sensibles junto con factores metabólicos e intrauterinos, incluida la disfunción mitocondrial, informada en el 10 al 20% de los pacientes con TEA. Los estudios familiares y de Heredabilidad han demostrado que los factores genéticos contribuyen, con estimaciones de hasta el 90%, con la esclerosis tuberosa, el síndrome X frágil y los síndromes de Rett como ejemplos de enfermedades de un solo gen encontradas, pero que representan menos del 10% de todos los casos de TEA (6).

En 1911, Paul Eugen Bleuer, relevante psiquiatra y eugenista, utilizó por primera vez el término autismo para referirse a la tendencia a aislarse del mundo real, uno de los principales síntomas de la esquizofrenia. Leo Kanner, por su lado, en 1943 fue el primero en describir el autismo tal y como lo conocemos, bajo el nombre de “autismo infantil temprano” (7).

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A pesar de las condiciones que generalmente se presentan en los pacientes con el trastorno del espectro autista no existe una anomalía dental exclusiva (8), tienden a tener una mala higiene bucal por las limitaciones para la higiene característicos en ellos, dificultades para el control de placa y como consecuencia la caries dental (9,10), el daño causado por estas patologías es mayor debido al hábito de retener los alimentos en la boca, la ingesta de alimentos blandos y mantenerlos en la cavidad oral durante mucho tiempo son otras causas de caries dental (11) junto con lesiones bucales autoinfringidas entre otras son también patologías (5), los niños presentan bruxismo (11,12), sin embargo, cuando se analizó relación del bruxismo con la edad de iniciación de la educación especial y los hallazgos de la Articulación temporo mandibular (ATM), se observó que el bruxismo era mucho menos frecuente en los niños con TEA que comenzaron la educación especial a una edad temprana, este bruxismo puede ser causado por autolesiones, uso de fármacos y problemas musculares, puede considerarse como un factor en la limitación de la apertura bucal, presentan anomalías linguales y oclusales pero no diferencias estadísticamente significativas, presentan desarmonías oclusales (12), además de hábitos bucales como succión digital, morder/chupar objetos, onicofagia, pica, pouching, respiración oral u otros.

En cuanto a su comportamiento del niño TEA su conducta varía según el deterioro al coeficiente intelectual (CI), clasificándose con deterioro severo con CI por debajo del promedio, deterioro leve con CI en nivel normal y TEA de alto funcionamiento con CI por encima del promedio (10).

Agredando a lo anterior las reacciones que pueden presentar en consulta odontológica resultaría de una sobreestimulación sensorial de los sonidos, la luz el movimiento del equipo dental el sabor olor de los materiales dentales, hasta la presencia del odontólogo y personal de apoyo pueden afectar el desarrollo (10), estas limitaciones sensoriales se pueden reforzar con técnicas para control de conducta estableciendo una comunicación y disminuyendo las emociones negativas durante la atención dental se incluyen técnica de Desensibilización para controlar la ansiedad y controlar una gran variedad de fobias utilizando imágenes y videos (13) para estimular al paciente a estímulos visuales de los posibles asociados con ansiedad, auditivos, olfativos o táctiles que le generen ansiedad o fobia, el método TEACCH basado en la enseñanza visual usa pictogramas, que se debe de hacer, el orden para hacerlo y cuando finaliza, aprovechando la fortaleza visual y el método Decir-mostrar-hacer tiene mayor trayectoria el control de ansiedad desde la primera cita utiliza comunicación verbal, no verbal y refuerzo positivo, con excelentes resultados (10).

Tanto la desensibilización (10,14) pedagogía visual (9,10,13,15) la presentación de imágenes impresas, además de apoyos visuales (16), manipulación del ambiente con pictogramas (17) ayudan en el tratamiento odontológico. Los niños con el trastorno del espectro autista tienen los mismos requerimientos de atención odontológica que el resto de niños, pero, para tratarlos se necesitan habilidades emocionales tanto como habilidades clínicas. Es necesario trabajar el uso del instinto y la creatividad, pues cada paciente es un individuo único y las limitaciones para la higiene bucal característicos de ellos, aumentando la complejidad de los tratamientos, estas circunstancias junto con los problemas conductuales, hacen necesario que el odontólogo recurra a protocolos de manejo de conducta (10).

4. DIAGNÓSTICO.

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

Su pronóstico depende, en gran medida, del diagnóstico precoz y de un tratamiento oportuno, multidisciplinario e intersectorial (5).

Referencia del tratante

Historia clínica: El diagnóstico principal se obtuvo de sus historias clínicas (15)

Anamnesis dirigida: Criterios de diagnóstico de DSM-5 (12,18).

Tabla 1. Criterios de diagnóstico de DSM-5.

Dominios	Criterios :Déficits	Ejemplos de:
A. Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):	1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional al, variación:	Desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
	2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían.	Desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

	3 Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían.	Desde dificultades para ajustar el comportamiento para adaptarse en diversos contextos sociales dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
B Patrones de comportamiento, intereses o actividades restrictivos y repetitivos, manifestados por al menos dos de los cuatro síntomas.	1. Movimientos motores utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos usos de objetos o habla.	Estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos o voltear objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas.
	2. Insistencia en la igualdad o monotonía excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.	Gran angustia extrema ante pequeños, cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de salud o necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día.
	3. Intereses fijos y muy restringidos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.	Fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes.

	4. Híper- o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno	Indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
--	--	---

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (copyright 2013). American Psychiatric Association.

Tabla 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista.

Niveles de gravedad	Niveles de comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para

	necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos, repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (copyright 2013). American Psychiatric Association.

-Diagnostic and Statistical manual de trastornos mentales (criterios de la cuarta edición) manual utilizado por psiquiatra de niños y adolescentes y por psicólogo (16).

-Escala de inteligencia de Wechsler para niños es un instrumento clínico que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses, la inteligencia es un factor psicológico de mayor relevancia para la comprensión de la conducta (9).

-TEST (ADOS) es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para individuos en los cuales se sospecha un diagnóstico de TEA (16), se evaluó la fluidez verbal mediante la observación diagnóstica. El test consiste en una observación clínica, se debe interiorizar en lo cotidiano, en lo escolar, doméstico, la interacción de otros niños o jóvenes. Si no se conocen estos aspectos no será posible realizar un diagnóstico de TEA (9).

Cuando son más pequeños o existen dudas diagnósticas, idealmente el diagnóstico debe ser hecho por un equipo multidisciplinario que incluye neurólogos y/o psiquiatras (9) infanto-juveniles, psicólogos (9), fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales que miden los niveles de desarrollo (funcionamiento cognitivo, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de habilidades de comunicación, habilidades de lectura y nivel de conductas desafiantes (15) en base a entrevistas y observaciones estructuradas como la entrevista de diagnóstico de autismo. Las pruebas descritas anteriormente suelen ser las más definitorias a la hora de realizar un diagnóstico confiable.

TEACCH -La técnica TEACCH es una técnica de diagnóstico para los niños con el trastorno del espectro autista, cuyo objetivo es prevenir la institucionalización innecesaria consiste en ayudar a anticipar a las personas en su diario vivir en la escuela en su comunidad es una anticipación física por eso hay que estructurar los espacios (19), se basa en aprendizaje estructurado el cual se realiza utilizando el perfil de aprendizaje propio del TEA, en donde se consideran sus fortalezas (procesamiento visual) y sus desafíos (comunicación social, atención y función ejecutiva). Se utiliza principalmente en ambientes educativos en donde los profesores pueden implementar estrategias como el uso de paneles de organización externa y apoyos visuales o escritos para complementar la orden verbal.

Para finalizar, plantear que el gran reto de las investigaciones es el estudio de cómo modelos de intervención basados en la evidencia se pueden implementar en contextos como Salud y Educación, asegurando una entrega más masiva. Esto es sumamente relevante considerando la acotada ventana de tiempo que tenemos para realizar intervenciones tempranas que puedan tener un impacto en la población afectada con el diagnóstico (20). Los niños presentan más bruxismo (12). Los niños con TEA presentan mayor frecuencia en algunos hábitos bucales parafuncionales como succionar o morder objetos (11).

En consecuencia, la sensibilidad diagnóstica puede verse afectada con una especificidad diagnóstica mejorada e impactar en la detección temprana y el tratamiento de niños con TEA (21).

4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial con el TEA y el TDAH están relacionados de varias maneras. Comparten algunos síntomas y tener una de esas condiciones aumenta el riesgo de tener la otra. Los diagnósticos de ambos trastornos se basan en síntomas conductuales. Los TEA se caracterizan por alteraciones cualitativas en la interacción social, la comunicación y un patrón de conductas restringidas y repetitivas; por su parte el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Las personas con diagnóstico de TEA, manifiestan una combinación singular de conductas que comúnmente involucran impulsividad, agresión, e hiperactividad que acompañan a los síntomas clásicos de estas entidades. Con mucha frecuencia encontramos que los pacientes con diagnóstico de TDAH presentan una sintomatología similar a la de aquellos con TEA y viceversa, de forma tal que la diferenciación entre ambos grupos diagnósticos se torna difícil (22).

5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

6. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Se da la clasificación de acuerdo a severidad en este caso leve y moderado

Instrumento requerido: Paciente TEA leve:

Tabla 3. Instrumentos requeridos; Paciente TEA leve.

Herramienta	Instrumento necesario
Para técnica DMH Decir mostrar hacer.	-Macromodelo. -Cepillo didáctico (para reforzar la técnica de cepillado. -Dibujos de instrumentos (los más conocidos (17).

Pictogramas.	Se lo elabora con material sencillo ,lo puede realizar cualquier persona (17).
Técnica de Desensibilización.	Instrumental dental: -Espejo bucal. -Explorador. -Eyector. -Pinzas de curación. -Cucharilla de dentina. -Microbruch (para Tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC). -Cepillo (para pasta profiláctica) - Jeringa carpuler.
Técnica de Frankl.	Clasifica conductas (9).
Técnica TEACCH.	Utiliza pictogramas (10).
Pedagogía visual.	-Utiliza Escala de inteligencia de Wechsler para niños un instrumento clínico que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses, la inteligencia es un factor psicológico de mayor relevancia para la comprensión de la conducta (9). La fluidez verbal se evaluó mediante un programa de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS) (9).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Instrumentos requeridos: Paciente TEA moderado.

Herramienta	Instrumental necesario
Para técnica DMH Decir mostrar hacer.	-Macromodelo. -Cepillo didáctico (para reforzar la técnica de cepillado). -Dibujos de instrumentos (los más conocidos (17).
Pictogramas.	Se lo elabora con material sencillo ,lo puede realizar cualquier persona (17).
Técnica de Desensibilización.	Instrumental dental: -Espejo bucal. -Explorador. -Eyector. -Pinzas de curación. -Cucharilla de dentina.

	-Microbruch (para Tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC)). -Cepillo (para pasta profiláctica). - Jeringa carpuler.
Técnica de Frankl.	-Llenado.
Técnica TEACCH.	-Utiliza pictogramas.
Pedagogía visual.	-Utiliza Escala de inteligencia de Wechsler para niños un instrumento clínico que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses, la inteligencia es un factor psicológico de mayor relevancia para la comprensión de la conducta (9). - La fluidez verbal se evaluó mediante un programa de Observación Diagnostica del Autismo (ADOS) (9).
Técnica decir mostrar hacer.	Muñeco didáctico.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Instrumento requerido: Pacientes TEA moderado.

Insumos	Descripción
	- Microbruch.
	-Tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC).
	-Cepillo.
	- Pasta profiláctica.
	-Flúor acidulado 2 %.
	-Materiales preventivos.
	Torundas de algodón.
	-Gasas.

Fuente: Elaboración propia.

ABORDAJE EN PACIENTE TEA MODERADO.

. Sesiones realizadas: 4 sesiones.

Tabla 6 Abordaje de la primera sesión de paciente TEA moderado.

1ra sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
	Reunión con padres.	-Programación de una reunión anticipada solo con los padres antes de la cita previa para anticiparle a niño que es lo que va a ocurrir en la visita al dentista (11) .Se recomienda al padres que no se debe hacer procedimiento alguno sin haberse preparado previamente (22). En este tipo pacientes con diagnostico moderado no debe ver improvisaciones durante la consulta odontológica.
	Paso 2 Técnica de Desensibilización y pedagogía visual.	-Se provee a padre del paciente 15 imágenes de las diferentes áreas del consultorio dental, y personal que trabaja (22) mostrando en fotografía al odontólogo como el asistente cuyas características de su vestimenta tiene que ser la misma en cada sesión para que el niño este familiarizado (11)también los instrumentos más usados ,también la secuencia de cepillado para que padre en casa muestre las imágenes previas a consulta días antes a cita odontológica.
	Paso 3	-Consentimiento informado (10-12,15,17,22).
	Paso 4	-Historia Clínica: datos generales y particulares, así como las características individuales del paciente (22). Los siguientes pasos que se evaluaron fueron: -Llenado de cuestionarios de (11,12). -Cuestionario odontológico (información recabada de los padres). - Criterios de evaluación de los predictores del examen odontológico. (información recabada de los padres). -Criterios de evaluación de higiene oral (información recabada de los padres).

		-Cuestionario de número de cepillados (información recabada de los padres). -Criterios de evaluación de los hábitos bucales y parafuncionales. (información recabada de los padres).
	Paso 5	-Explicar a los padres que niños con el trastorno del espectro autista deben estar acompañados siempre de sus padres (11,17,23).
	Paso 6	-Término de la sesión, el odontólogo con el llenado de los cuestionarios ya tiene la idea de las características del niño para saber cómo abordarlo por ejemplo: en el caso que sea hiporreactivo o hiperreactivo nos guiamos según los criterios de DSM-5 (12,18). Toda la primera sesión se la hizo sin el niño presente.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7 Abordaje de la segunda sesión de paciente TEA moderado.

2da sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
	Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico se realizó manejo de conducta con fin de proveerle a la paciente una experiencia exitosa (14), también el manejo de desensibilización y pedagogía visual.	Paciente siempre acompañado de sus padres Paciente entra a consultorio estando ya familiarizado con este, realizado días antes con la desensibilización sistemática y pedagogía visual, se reforzará nuevamente cada área del consultorio, instrumental y personal con las 15 imágenes (22), también los instrumentos más usados de los cuales se le pidió que los iluminara (paciente iluminando espejo dental) con el fin que se familiarizara (17,22). Posteriormente, a través de aproximaciones sucesivas, se les permitió conocer e interactuar (por vía visual, auditiva, olfativa, táctil) con la odontóloga y el instrumental dental (11). Se le solicitó al niño que se sentara en el sillón.

	<p>Paso 2</p> <p>Evaluación de conducta.</p>	<p>-Llenado de cuestionario de evaluación de conducta mediante la escala de Frankl.</p> <p>-Se termina el llenado de la historia clínica con el niño presente físicamente con la revisión extra e intraoral, perfil facial del niño (11).</p> <p>Se informó a los padres sobre el estado y las necesidades de tratamiento de sus hijos.</p>
	<p>Paso 3</p> <p>Uso de pedagogía visual.</p>	<p>- Se utilizó pedagogía visual constaba de 15 imágenes que mostraban los pasos secuenciales del cepillado (las fotos fueron originales con un entorno como el de sus casas que le era propicio, impresas en hojas fotográficas que son duraderas y resistentes al agua y que no se rompen fácilmente), la calidad de este cuaderno se hizo para soportar la agresividad de los niños y humedad durante el uso del lavado (13).</p>
	<p>Paso 4</p> <p>Uso de técnica decir mostrar y hacer.</p>	<p>-Se utilizó la Técnica decir, mostrar y hacer con el uso de un macromodelo y un cepillo dental didáctico (se reforzó la técnica de cepillado) (17) y la atención de un paciente en su revisión dental (paciente observara los procedimientos de la atención odontológica) (22). A cada niño se le motivaba a tocar y reconocer “los dientes” en el macromodelo. En el caso de los niños también se utilizaron el muñeco cocodrilo.</p> <p>-Con el fin de reconocer su tolerancia a ciertos materiales como el látex se les sugirió tocar las manos con guantes de la odontóloga o coger un par de guantes. En caso de rechazo hacia los guantes comunes (látex) se sustituían por unos de vinilo. Así mismo se comprobaba su sensibilidad a la luz de la lámpara dental, trabajando este aspecto a través de aproximaciones sucesivas cuando era necesario.</p> <p>-También se les motivaba a familiarizarse (tocar, coger, oler, chupar, etc.) con el material odontológico como el espejo, la sonda y la mascarilla.</p> <p>-Posteriormente la odontóloga decía “abrimos la boca” y sobre el macromodelo contaba los dientes de 1 a 5 con sus dedos. Luego contaba</p>

		<p>con el espejo, la sonda y a la vez con el espejo y sonda.</p> <p>-Seguidamente juntaba la arcada dentaria y contaba con sus dedos. Esta secuencia de acciones se repetía de 2 a 5 veces empleando el cocodrilo y los muñecos en el caso de los niños.</p> <p>-Posteriormente se le sugería al alumno que contara sobre el macromodelo. En el caso de los niños se le daba la opción a elegir entre el muñeco o macromodelo.</p> <p>-Finalmente, se les enseñaba un fotograma secuencial (pedagogía visual) donde figuraban los 10 pasos del examen odontológico (11).</p>
	Paso4 Uso de video.	-También se puede utilizar el modelo de vídeo es un vídeo de 3 minutos en el que se muestran los pasos del cepillado, similar a la pedagogía visual (13).
	Paso5	-Si paciente nos deja avanzar sacamos el índice de placa y si no fuese así terminamos la sesión.
	Paso 6 Reforzamiento positivo.	-Luego se realizó reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como premio (17), además fueron acompañadas de instrucciones verbales y reforzadores positivos sociales (muy bien) y gestos de aprobación con el dedo índice.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Abordaje de la tercera sesión de paciente TEA moderado.

3ra sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
	<p>-Uso de técnica de desensibilización: Para disminuir los miedos aprendidos o reacciones fóbicas, para proveer al paciente con nuevas y placenteras percepciones a la situación, incluye realizar métodos para relajar al paciente y describir.</p>	<p>-Acompañada de padre. Se comenzó con la Técnica de desensibilización (17). -Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico se realizó manejo de conducta con fin de proveerle a la paciente una experiencia exitosa (14) escala de Frankl.</p>
	<p>Paso 2 Pictogramas para lograr una mejor comunicación ya que los niños son individuales se lo elabora con material sencillo, lo puede realizar cualquier persona, facilita para cuando el niño lo lleve en el bolsillo y lo consulte cuando quiera (17). Esta herramienta indica: -Que se debe hacer. -El orden para hacerlo. - Y cuando finaliza aprovechando la fortaleza del niño con el trastorno del espectro autista (10). En este caso se utilizó: pictogramas</p>	<p>Se realizó reforzamiento de cepillo dental con el uso de pictogramas (17) que tiene un inicio y avanzando consecutivamente un final.</p>

	“ Yo voy al dentista” y “El dentista limpia mis dientes”	
	Paso 3 Desensibilización técnica decir mostrar hacer	Mostrando una vez más el instrumental dental, se iniciara con el espejo bucal, explorador, eyector, pinzas de curación y cucharilla de dentina (17) también en esta exploración se utiliza a cada momento la técnica decir-mostrar hacer ya que el niño se encuentra familiarizado debido a la anteriores sesiones (22).
	Paso 4	También se puede utilizar yoga Las sesiones de yoga se llevaron a cabo 1 hora diaria durante 3 meses bajo la dirección de un terapeuta de yoga y la supervisión de un pediatra (13). Las técnicas de yoga se basaron en un módulo de terapia de yoga integrado ideado por un terapeuta de yoga calificado y con experiencia. El programa consistía prácticas de calentamiento, prácticas de relajación y armonización, prácticas de respiración yóguica (pranayama) y asanas de relajación. Esta combinación aumentaba las habilidades receptivas verbales, las habilidades de imitación y la capacidad de recordar de los niños. Se realizaron prácticas de calentamiento para ayudar a mejorar la flexibilidad, crear conciencia y mejorar la circulación de energía en todo el cuerpo.
	Paso 5	-Se realizó el primer control de higiene obteniendo una aceptación completa al tratamiento (17). -Se colocó tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC) con microbruch dental, para retirar la solución utilizamos jeringa triple con agua, se mostró a tutor zonas donde debía ayudar para su higiene (17). -Se realizó el control de higiene con la pieza de baja velocidad, cepillo y pasta profiláctica, antes de finalizar se colocó

		Flúor acidulado en gel al 0.2% indicamos a padre no dar ingesta de alimentos y bebidas durante 30 minutos (17).
	Paso 6	Luego se realizó reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como premio (17).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9 Abordaje de la cuarta sesión de paciente TEA moderado.

4ta sesión	Paso1	Procedimientos realizados
		Acompañado por el padre. Aplicación de escala de Frankl.
	Paso2 Aplicación de desensibilización y pedagogía visual	Se continuo con técnica de desensibilización. Mostrando a la paciente el abreboca, jeringa carpuler, dique de hule, grapa dental y los materiales restaurativos para llevar a cabo operatoria, dejamos que la paciente oliera los instrumentos e hiciera uso de ellos durante la consulta para que los conociera. La música clásica nos ayudó un ambiente de relajación y comodidad (17). Durante esta cita se hizo operatoria.
	Paso3	Reforzamiento con el cepillado dental mediante técnica pedagogía visual y técnica decir mostrar hacer.
	Paso4	Profilaxis piedra pómez, aplicación de Flúor, se utilizó la succión y el algodón para aislar el entorno (las instrucciones anteriores se aplicaron de acuerdo con las directrices del fabricante, escritas en la caja del gel de flúor).
	Paso5	Luego se realizó reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como premio (17).
	Paso 6	Una vez terminado el tratamiento requerido se lo cita cada 3 meses .

Fuente: Elaboración propia.

ABORDAJE EN PACIENTE TEA LEVE.

Tabla 10. Abordaje de la primera sesión de paciente TEA leve.

1ra sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
		-Programación de una reunión anticipada solo con los padres antes de la cita previa para anticiparle a niño que es lo que va a ocurrir en la visita al dentista (11). Se recomienda al padres que no se debe hacer procedimiento alguno sin haberse preparado previamente (22).
	Paso 2	Se provee a padre del paciente 15 imágenes de las diferentes áreas del consultorio dental, y personal que trabaja (22) mostrando en fotografía al odontólogo como el asistente cuyas características de su vestimenta tiene que ser la misma en cada sesión para que el niño este familiarizado (11)también los instrumentos más usados, también la secuencia de cepillado para que padre en casa muestre las imágenes previas a consulta días antes a cita odontológica.
	Paso 3	Consentimiento informado (10-12,15,17,22).
	Paso 4	Historia Clínica: datos generales y particulares, así como las características individuales del paciente (17,22). Los siguientes pasos que se evaluaron fueron: -Llenado de cuestionarios (11,12). -Cuestionario odontológico (información recabada de los padres). -Criterios de evaluación de los predictores del examen odontológico. (información recabada de los padres). -Criterios de evaluación de higiene oral (información recabada de los padres). - Cuestionario de número de cepillados (información recabada de los padres). -Criterios de evaluación de los hábitos bucales y parafuncionales. (información recabada de los padres).
	Paso 5	Explicar a los padres que niños con el trastorno del espectro autista deben estar acompañados siempre de sus padres (11,17,23).
	Paso 6	Termino de la sesión, el odontólogo con el llenado de los cuestionarios ya tiene la idea de las

		características del niño para saber cómo abordarlo por ejemplo: en el caso que sea hiporreactivo o hiperreactivo nos guiamos según los criterios de DSM-5 (12,18). Toda la primera sesión se la hizo sin el niño presente.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Abordaje de segunda sesión paciente TEA leve.

2da sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
	Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico se realizó manejo de conducta con fin de proveerle a la paciente una experiencia exitosa (14), también el manejo de desensibilización y pedagogía visual.	Paciente siempre acompañado de su padre. Paciente entra a consultorio estando ya familiarizado con este, realizado días antes con la desensibilización sistemática y pedagogía visual, se reforzará nuevamente cada área del consultorio, instrumental y personal con las 15 imágenes (22), también los instrumentos más usados de los cuales se le pidió que los iluminara (paciente iluminando espejo dental) con el fin que se familiarizara (17,22). Posteriormente, a través de aproximaciones sucesivas, se les permitió conocer e interactuar (por vía visual, auditiva, olfativa, táctil) con la odontóloga y el instrumental dental (11). Se le solicitó al niño que se sentara en el sillón.
	Paso 2 Evaluación de conducta.	-Llenado de cuestionario de evaluación de conducta mediante la escala de Frankl. -Se termina el llenado de la historia clínica con el niño presente físicamente con la revisión extra e intraoral, perfil facial del niño (11). Se informó a los padres sobre el estado y las necesidades de tratamiento de sus hijos.

	<p>Paso 3</p>	<p>-Se utilizó la Técnica decir, mostrar y hacer con el uso de un macromodelo y un cepillo dental didáctico (se reforzó la técnica de cepillado) (17) y la atención de un paciente en su revisión dental (paciente observara los procedimientos de la atención odontológica (22). A cada niño se le motivaba a tocar y reconocer “los dientes” en el macromodelo. En el caso de los niños también se utilizaron el cocodrilo muñecos. Con el fin de reconocer su tolerancia a ciertos materiales como el látex se les sugirió tocar las manos con guantes de la odontóloga o coger un par de guantes. En caso de rechazo hacia los guantes comunes (látex) se sustituían por unos de vinilo. Así mismo se comprobaba su sensibilidad a la luz de la lámpara dental, trabajando este aspecto a través de aproximaciones sucesivas cuando era necesario. También se les motivaba a familiarizarse (tocar, coger, oler, chupar, etc.) con el material odontológico como el espejo, la sonda y la mascarilla. Posteriormente la odontóloga decía “abrimos la boca” y sobre el macromodelo contaba los dientes de 1 a 5 con sus dedos. Luego contaba con el espejo, la sonda y a la vez con el espejo y sonda. Seguidamente juntaba la arcada dentaria y contaba con sus dedos. Esta secuencia de acciones se repetía de 2 a 5 veces empleando el cocodrilo y los muñecos en el caso de los niños. Posteriormente se le sugería al alumno que contara sobre el macromodelo. En el caso de los niños se le daba la opción a elegir entre el muñeco o macromodelo.</p>
	<p>Paso 4 Uso de técnica decir mostrar y hacer.</p>	<p>Si paciente nos deja avanzar sacamos el índice de placa y si no fuese así terminamos la sesión.</p>
	<p>Paso5 Reforzamiento positivo.</p>	<p>Luego se realizó reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como</p>

		premio (17), además fueron acompañadas de instrucciones verbales y reforzadores positivos sociales (muy bien) y gesto de aprobación con el dedo índice.
	Paso 6	El tiempo de la sesión realizada depende de la colaboración del niño.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Abordaje tercera sesión en paciente TEA leve.

3ra sesión	Paso 1	Procedimientos realizados
	-Uso de técnica de desensibilización: Para disminuir los miedos aprendidos o reacciones fóbicas, para proveer al paciente con nuevas y placenteras percepciones a la situación, incluye realizar métodos para relajar al paciente y describir.	-Acompañada de padre. Se comenzó con la Técnica de desensibilización (17). Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico se realizó manejo de conducta con fin de proveerle a la paciente una experiencia exitosa (14).escala de Frankl.
	Paso 2 Pictogramas para lograr una mejor comunicación ya que los niños son individuales se lo elabora con material sencillo, lo puede realizar cualquier persona, facilita para cuando el niño lo lleve en el bolsillo y lo consulte cuando quiera (17). Esta herramienta indica: -Que se debe hacer. -El orden para hacerlo. - Y cuando finaliza aprovechando la fortaleza del niño con el trastorno del espectro autista (10). En este caso se utilizó: pictogramas “Yo voy al dentista” y “El dentista limpia mis dientes”.	Se realizó reforzamiento de cepillo dental con el uso de pictogramas (17) que tiene un inicio y avanzando consecutivamente un final.

	<p>Paso 3 Desensibilización técnica decir mostrar hacer.</p>	<p>Mostrando una vez más el instrumental dental, se iniciará con el espejo bucal, explorador, eyector, pinzas de curación y cucharilla de dentina (17) también en esta exploración se utiliza a cada momento la técnica decir - mostrar - hacer ya que el niño se encuentra familiarizado debido a la anterior sesión (22).</p>
	<p>Paso 4</p>	<p>-Se realizó el primer control de higiene obteniendo una aceptación completa al tratamiento (17). -Se colocó tinción Tri Plaque ID Gel, Revelador de placa (GC) con microbrush dental, para retirar la solución utilizamos jeringa triple con agua, se mostró a tutor zonas donde debía ayudar para su higiene (17). -Se realizó el control de higiene con la pieza de baja velocidad, cepillo y pasta profiláctica, antes de finalizar se utilizó la succión y el algodón para aislar el entorno (las instrucciones anteriores se aplicaron de acuerdo con las directrices del fabricante, escritas en la caja del gel de flúor). se colocó Flúor acidulado en gel al 0.2% indicamos a padre no dar ingesta durante 30 minutos.</p>
	<p>Paso 5</p>	<p>Luego se realizó reforzamiento positivo consistió elogios, aplausos, abrazos, y la entrega de calcomanías de estrellas como premio (17), además fueron acompañadas de instrucciones verbales y reforzadores positivos sociales (muy bien) y gesto de aprobación con el dedo índice.</p>

	Paso 6	Una vez terminado el tratamiento requerido se lo cita cada 3 meses.
--	--------	---

Fuente: Elaboración propia.

7. TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA.

8. COMPLICACIONES.

No depende mucho del operador.

Responsabilidad de los padres, no hacer a su hijo lo que se le recomendó antes de su cita odontológica, padres no preferían el tratamiento bajo presión física (12).

Cantidad máxima 7 sesiones y mínima de 2 sesiones que se puede trabajar.

9. CRITERIOS DE REFERENCIA.

La complejidad para controlar las variables que influyen en la conducta, el nivel de inclusión del paciente, la respuesta individual a estímulos sensoriales de cada niño, las experiencias previas de familiarización con el cuidado dental en casa, el uso previo o dominio de una técnica de manejo conductual (10).

La reducción de la función cognitiva se asoció con una probabilidad cinco veces mayor de incapacidad para cooperar con el examen de salud bucal, la función cognitiva se reconoce como un determinante de la participación entre los niños con discapacidad, los comportamientos desafiantes pueden dificultar a que los niños con TEA se enfrenten a acciones desconocidas como el examen oral (15).

6 niños del grupo de casos pudieron cooperar después de cuatro sesiones de terapia con flúor, que fue la parte más difícil del estudio ya que a estos niños se les es difícil cooperar a nuevos entornos odontológicos en el que los niños eran mantenidos y educados cada día pudo haber afectado a su cooperación (9).

Los padres no aceptaban tratamiento bajo presión, los padres preferían la anestesia general en lugar de métodos de educación especial, los niños con TEA dependían del cepillado dental de los padres (12).

Complicaciones durante del tratamiento.

10. CRITERIOS DE ALTA

En los pacientes TEA no hay criterios de alta solo fase de mantenimiento y seguimiento continuo.

11. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

La Organización mundial de la salud (OMS) y sus asociados reconocen la necesidad de fortalecer la capacidad de los países para promover la salud y el bienestar óptimos para todas las personas con TEA.

Los esfuerzos de la OMS se centran:

Aumentar el compromiso de los gobiernos con la adopción de medidas que mejoren la calidad de vida de los niños TEA.

Promocionar orientación sobre políticas y planes de acción que aborde en el TEA en el marco más general de la salud, la salud mental y las discapacidades.

Contribuir a fortalecer la capacidad de los cuidadores y del personal de salud para promocionar una atención adecuada y eficaz a las personas con TEA.

Y fomentar los entornos inclusivos y favorables para las personas con TEA y otras discapacidades del desarrollo (24).

Para garantizar la buena salud ,el punto más importante es la prevención ,en caso de los pacientes con el trastorno del espectro autista, por sus factores predisponentes, de naturaleza médica, física, económica y social, se hace más difícil conseguir el ideal ,el odontólogo debe conocer las técnicas de educación especial debe de observar las necesidades del paciente y formular un programa fácil de seguir para él y para quienes son responsables, en estos niños su nivel de higiene oral es bajo es imprescindible que expliquemos a los padres que puede provocar la acumulación de placa bacteriana en los dientes y encías se debe instruir a los padres en un programa preventivo individualización para su hijo enfatizando la importancia del cepillado dental evitando la dieta alta en

azúcares y realizando revisiones periódicas odontológicas siguiendo rutinas precisas e invariables ,para tener siempre un buen grado de cooperación del paciente y evitar realizar un tratamiento con anestesia general o sedación (22).

Debemos enseñar que la limpieza de los dientes debe de comenzar de manera muy temprana, por medio de una gasa o dedal antes de erupción dentaria para luego después de la erupción se realice el lavado con cepillos dentales manuales con tallo largo que pueden ser adaptados o dependiendo de la necesidad del paciente.

La técnica del cepillado es simple con movimientos de vaivén, que consiste en movimientos horizontales en las superficies oclusales linguales y vestibulares de todos los dientes, aunque el niño aprenda a cepillarse es necesario la supervisión, indicarles que su alimentación debe ser bajo en carbohidratos evitando el uso de azúcares refinados, así como un seguimiento con sesiones periódicas cada 3 meses ya que con la repetición de citas aumenta la cooperación (9), con una respectiva profilaxis para después la aplicación de barniz. En la prevención y el tratamiento de estos problemas, la iniciación temprana de la educación especial para estos niños y políticas de educación y concientización sobre la salud bucodental para padres, estudiantes y dentistas (12).

12. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

Se realizará control al niño cada 3 meses con una respectiva profilaxis para después la aplicación de barniz aplicando las mismas técnicas y herramientas aplicadas para el abordaje anteriormente mencionadas.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hodges H. Transtornos del espectro autista: definición, epidemiología, causas y evolución clínica, *Transi Pediatric*, Vol. 9 (1):S55-S65. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32206584/>.
2. Thabtah F. Prueba de detección temprana una revision completa, *Int J Environ Res Public Health*, Vol. 16 (18) 3502. [Online].; 2019 [cited 2021 Septiembre 25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765988/>.
3. Pimienta N. Autismo infantil, manejo en la especialidad de odontología. *Rev Acta medica del centro*, Vol. 11(4). [Online].; 2017 [cited 2021. Available from: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/823/1098>.
4. Hernandez R. La intersectorialidad en atención a niños y adolescentes con trastorno del espectro autista , *Acta Med centro* , Vol 10 (2). [Online].; 2016 [cited 2021. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65610>.
5. Yulani S. Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico del niño con el trastorno del espectro autista, *Revista Odontologica pediatria* , Vol. 29. [Online].; 2021 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7858899>.
6. Genovese A. Enfoques de evaluación clinica, genética y tratamiento en el trastorno del espectro autista TEA, *Int J MolSci* , Vol. 21(13):4726. [Online].; 2020 [cited 2021 Septiembre 25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7369758/>.
7. Gonzales B. El diagnostico del síndrome de asperger en el DSM-5, *Ajayu*, Vol. 17 (2). [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 23. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200006&script=sci_arttext.

8. Alaniz A. Tratamiento estomatológico multidisciplinario de un paciente con el trastorno del espectro autista:Reporte de caso,Revista OACTIVAUC Cuenca. Vol. 2 (1). [Online].; 2017 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/171>.
9. Nilchian F. Eval Evaluación de la pedagogia visual en los controles dentales y las prácticas preventivas entre niños de 6 a 12 años con autismo,Revista Springer, Vol. 47 (3):858-864. [Online].; 2017 [cited 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28074355/>.
10. Perales M. Evaluación de tres tecnicas para el manejo de conducta odontológica en pacientes con trastorno del espectro autista,odontologia Sanmarquina, Vol. 24 (1). [Online].; 2021 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/19692>.
11. Orellana L. Intervención en personas con trastorno del espectro autista, Universidad de valencia,219 pag. [Online].; 2013. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/71011066.pdf>.
12. Onol S. Evaluación del estado de salud bucodental y de los factores que ifluyen en los niños,Niger I Clin Pract, Vol.21(4). [Online].; 2018 [cited 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607853/>.
13. Ramassamy. La terapia yoga como complemento del entrenamiento tradicional del cepillado dental en niños con TEA,Rev. WILEY. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <https://doi.org/10.1111/scd.12422>.
14. Cardenas F. Manejo odontológico de paciente con discapacidad intelectual moderada secundaria a autismo,Rev Tame, Vol. 7 (20). [Online].; 2018 [cited 2021 Abril 19. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=91830>.

15. Renan. Perfiles de desarrollo del autismo y cooperación con la salud bucodental ,Revista Sringer, Vol. 45 (9). [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <https://sci-hub.mkxa.top/10.1007/s10803-015-2416-7>.
16. Grazia. Protocolo de atención dental basado en soportes visuales para niños con trastornos del espectro autista ,Revista Med oral patol oral cir bucal, Vol. 20 (5). [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 7. Available from: <http://www.medicinaoral.com/>.
17. Hyman S. Identificación, evaluación y manejo de niños con trastorno del espectro autista,PEDIATRICS,Vol.145(1). [Online].; 2020 [cited 2021 Septiembre 25. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/1/e20193447>.
18. Chopler E. METODO TEACCH. [Online]. Available from: <https://autismodiario.com/wp-content/uploads/2011/03/resumenTEACCH.pdf>.
19. Rojas V. Actualización en diagnóstico e intervención temprana del trastorno del espectro autista,Rev chilena de pediatria ,Vol. 90 (5). [Online].; 2019 [cited 2021 Agosto 24. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000500478.
20. Wiggins L. Los criterios del DSM-5 para el trastorno del espectro autista maximizan la sensibilidad. [Online].; 2019 [cited 2021 Agosto 24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713264/>.
21. Fernandes S. TDAH y TEA (Trastorno del Espectro del Autismo): Comorbilidad y diagnóstico diferencial,Repositorio de Universidad portugalense. [Online]. Available from: <http://repositorio.uportu.pt:8080/handle/1>.
22. Butrón C. consideraciones para la atencion odontológica en un paciente con síndrome de asperger,Revista odontologia pediatrica,Vol.17(1) 79-81. [Online].;

2018 [cited 2021 Abril 19. Available from: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/27>.

23. Organización Mundial de la Salud. Trastorno del espectro autista. [Online].; 2021 [cited 2021 Septiembre 26. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

24. Pimienta N. Autismo infantil, manejo en la especialidad de odontología, Acta medica del centro , Vol. [Online].; 2017 [cited 2021 Agosto lunes. Available from: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/823/1098>

ANEXOS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS
PADRES/TUTORES

Título del estudio: Protocolo clínico atención ambulatoria del paciente con el trastorno del espectro autista en Odontopediatría.

La paz, de de 20.....

Yo (nombre de uno de los padres o tutor)

.....

Estoy de acuerdo en que mi hijo/a (nombre)

..... participe en este estudio.

He leído la hoja informativa que se me ha entregado y he podido hacer preguntas acerca del estudio del Dr. (as)

Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y que puedo retirarlo del estudio cuando quiera, sin que esto repercuta en sus cuidados y atención odontológica.

Por tanto, doy mi consentimiento para participar en el estudio, aceptando:

- Contestar un cuestionario sobre mi hijo/a (antecedentes médicos, dentales y conducta).
- La realización de un examen clínico odontológico a mi hijo/a en la clínica de Odontopediatría.
- Participara activamente en el protocolo.

Firma de la madre/padre/tutor

Firma del Investigador

CUESTIONARIO ODONTOLÓGICO A: PADRES O TUTORES. N°:

Fecha:/...../.....

Nombre y apellidos del paciente:

.....

Fecha de nacimiento del paciente:/...../.....

Teléfonos:

.....

Email o correo electrónico:

.....

HISTORIA MEDICA: Hacer una cruz (X) en la respuesta correcta. Y rellenar en caso de ser una respuesta afirmativa en la que se solicite información adicional.

Tabla 13 Historia médica.

Historia medica	SI	NO
1.- ¿Ha sido tratado bajo anestesia general por alguna intervención médica?		
2.- ¿Ha sido tratado bajo anestesia general por alguna intervención Odontológica ?		
¿Presenta alguna autolesión? Donde:		

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

HISTORIA DENTAL: Hacer una cruz (X) en la respuesta correcta. Y rellenar en caso de ser una respuesta afirmativa en la que se solicite información adicional.

Tabla 14. Historia dental.

Historia dental	SI	NO
¿Ha tenido experiencias odontológicas previas?		
¿Ha sido examinado alguna vez por un dentista?		
¿En visitas sucesivas ¿le han realizado tratamiento?		

De qué tipo/cual.....:		
¿Ha sido tratado odontológicamente bajo anestesia general?		
¿Ha sido tratado odontológicamente bajo sedación?		
¿Se cepilla los dientes? Cuántas veces al día:		
¿Presenta dificultades para cepillarle los dientes?		
¿Usa un cepillo eléctrico?		
¿Usa dentífrico para el cepillado?		
¿Usa colutorio (enjuague bucal) para el cepillado?		
¿Sólo usa agua para el cepillado?		
¿Su hijo se cepilla solo?		
¿Se cepilla primero solo y luego con ayuda de un adulto?		
¿Se cepilla siempre con ayuda de un adulto?		
¿Presenta algún mal hábito bucal?		
¿Se chupa los dedos/mano?		
¿Chupa o muerde objetos?		
¿Presenta onicofagia? (morderse las uñas)		
¿Rechina o aprieta los dientes durante el día o la noche?		
¿Presenta pica? (comer objetos extraños)		
¿Mantiene los alimentos mucho tiempo en boca al masticar?		
¿Es respirador oral?		
Otros hábitos (rellenar):		

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

PREDICTORES DEL EXAMEN ODONTOLÓGICO.

Criterios de evaluación de los predictores del examen odontológico.

HÁBITOS BUCALES PARA FUNCIONALES

Tabla 15 Hábitos bucales parafuncionales.

Condición	Puntaje	Criterio
Presencia de un hábito bucal parafuncional.	0= No 1= Si	Si presenta algún hábito bucal como succión digital, morder/chupar objetos, onicofagia, pica, bruxismo, pouching, respiración oral u otros.
Succión de dedos o mano.	0= No 1= Si	Si presenta succión frecuente de los dedos, el pulgar o de alguna parte de la mano.
Succionar o morder objetos.	0= No 1= Si	Si succiona un objeto o parte de él.
Onicofagia.	0= No 1= Si	Si presente el hábito de morderse las uñas.
Bruxismo.	0= No 1= Si	Si presenta achinamiento o apretamiento durante el día y noche.
Pica	0= No 1= Si	Si come o lame sustancias no nutritivas y poco usuales. como pintura, polvo, barro, yeso, tiza, dentífrico, pegamento, papel, botones o jabón.
Pouching	0= No 1= Si	Si presenta acúmulo de comida dentro de la boca antes de tragarla, generalmente a nivel de la cara interna de las mejillas, por un tiempo prolongado.

Respirador bucal	0= No 1= Si	Si respira frecuentemente por la boca en vez de por la nariz.
Otros	0=No 1=Si	Si presenta algún otro hábito bucal que no es ninguno de los mencionados anteriormente.

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

Criterios de evaluación de la exploración extraoral.

Tabla 16. Criterios de evaluación de la exploración extraoral.

Condición	Puntaje	Criterio
Perfil facial.	0=Perfil facial recto. 1=Perfil facial cóncavo. 2= Perfil facial convexo.	Se obtiene de la observación lateral directa del paciente al estar sentado en el sillón. Se observa la relación entre las líneas que pasan desde el puente de la nariz hasta la base del labio superior y otra que vaya desde este último punto hasta la barbilla (144). Perfil facial recto= Si estos tramos lineales forman una línea casi recta. Perfil facial cóncavo= Al formarse un ángulo y el maxilar superior está retrasada en relación con la barbilla. Perfil facial convexo= Al formarse un ángulo y el maxilar superior adelantado en relación con la barbilla.

Queilitis	0= No 1= Si	Se observa la presencia de queilitis a nivel de las comisuras o alrededor de los labios (queilitis circumoral).
Babeo .	0= No babea. 1= Si babea.	Se observa la comisura labial, si hay presencia o no de babeo. Que puede ser en gotas, hilos u oleadas.
Incompetencia labial.	0= No. 1= Si.	Se obtiene visualmente al observar si los labios no entran en contacto con la musculatura relajada (en reposo).

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

Criterios de evaluación de la exploración intraoral.

Tabla 17. Criterios de evaluación de la exploración intraoral.

1. Condición	2. Puntaje	3. Criterio
Autolesiones Orales.	0= No 1= Si	Se observa alrededor de los labios (parte externa e interna), los carrillos, fondo del vestíbulo, la gingiva, paladar, lengua y mucosa, la presencia de úlceras, heridas, recesiones gingivales que no sean de causa periodontal y la presencia de objetos extraños que causen alguna lesión bucal. Para esto se empleó el espejo bucal y la tracción digital de los tejidos.
Traumatismos Dentarios.	0=Ausencia. 1=Presencia.	Se examinaron los dientes con ayuda de un espejo bucal y tracción digital de los tejidos para observar la presencia de

		algún tipo de traumatismo dentario.
--	--	-------------------------------------

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

Tabla 18. Historia conductual.

Historia conductual	NO	SI
¿Emplean reforzadores positivos en casa? Cuales:		
¿Emplean la anticipación ante situaciones nuevas? De qué forma:		

Fuente: Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

Tabla 19 Historia conductual

	Mala	Regular	Buena	No ha ido
- ¿Cuál ha sido su conducta previa en el dentista?				
conducta previa en el peluquero?				

Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral Autora Lorena Orellana.

-Conducta mala: Chilla, grita, patalea constantemente, no permanece quieto. Solo es posible con restricción física.

-Conducta regular: es cauteloso, opone algo de resistencia, emite sonidos, pero no es necesaria la restricción física.

-Conducta buena: Acepta el tratamiento o intervención sin oponer resistencia. Permanece quieto mientras este se realiza.

- ¿Hay alguna actividad o elemento que sea de especial interés/rechazo para su hijo/a?

.....
.....
.....

NOMBRE DE PADRES/ TUTORES:

.....

ESCALA DE FRANKL

Tabla 20. Escala de Frankl.

	Características	
11 Definitivamente negativo	Rehúsa el tratamiento, llora, forcejeo temeroso, o cualquier otra evidencia de negativismo extremo.	
2 Negativo.	Reacio a aceptar el tratamiento, no cooperativo, algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas.	
3 Positivo.	Acepta el tratamiento; a momentos cauteloso, con voluntad de cumplir con el odontólogo con algo de reserva, pero sigue las instrucciones del dentista colaborando con él.	
4 Definitivamente positivo.	Buen aporte con el dentista, interesado en el procedimiento dental, sonríe y disfruta la situación.	

Fuente: Intervención psicoeducativa para facilitar el examen odontológico en personas con trastornos del espectro autista, Tesis doctoral, Autora Lorena Orellana.

Tiempo de pre prueba:

.....