



Casa abierta al tiempo



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA**

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL**

**MANEJO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.**

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

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

**KATYA MICHELLE CASTRO CORTES  
MATRÍCULA: 2193072536**

**SERVICIO SOCIAL  
1 DE FEBRERO DEL 2024 - 31 DE ENERO DEL 2025**

**CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2025**

**ASESORES METODOLÓGICOS  
ASESOR INTERNO: MTRO. AGUSTÍN TIOL CARRILLO  
ASESOR EXTERNO: DRA. EMELY ESTRADA HERNÁNDEZ**



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Dra. Emely Estrada Hernández  
Médico adscrito del Servicio de Estomatología  
Turno Vespertino

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO  
MTRO. AGUSTÍN TIOL CARRILLO  
TECNICÓ ACADEMICO TITULAR



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

## RESUMEN DEL INFORME

El siguiente informe se realizó durante la estancia del servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) dentro del servicio de estomatología pediátrica; ubicado en Av. Insurgentes Sur, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, Ciudad de México, llevado a cabo del 1 de febrero del 2024 al 31 de enero del 2025. El TEA es un trastorno del desarrollo neurológico que se manifiesta con alteraciones o retrasos en el progreso de funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central, las cuales comienzan desde la niñez y sigue una progresión estable. Actualmente no existen manifestaciones bucales propiamente definidas en los pacientes con TEA, sin embargo, se han identificado ciertas características frecuentes como el bruxismo, maloclusiones, caries y problemas periodontales. El manejo estomatológico de los niños que presentan TEA es un reto para el odontopediatra. Esto se debe a que la formación universitaria no se centra en proporcionar conocimientos teóricos y prácticos para el cuidado de pacientes con discapacidades mentales, físicas y cognitivas, razón por la cual la mayoría de estomatólogos se niegan a trabajar con estos pacientes que por su diagnóstico presentan conductas poco cooperativas, acompañadas de llanto, gritos, manifestaciones verbales y falta de disposición lo que afecta el éxito de la visita. Estas reacciones adversas al tratamiento forzan a los odontólogos a utilizar técnicas avanzadas de manejo de conducta, tales como la restricción física o anestesia general.

**Palabras clave:** Odontopediatría, Trastorno de espectro autista, discapacidad, manejo conductual.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.....	8
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	37
CAPÍTULO IV: INFORME NUMERICO NARRATIVO.....	40
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	47
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	48

## INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social es considerado una de las etapas finales en la formación de los alumnos de licenciatura, es un periodo muy importante ya que permite vincular el entorno y la práctica con las necesidades de la población, desarrollando conocimiento, aprendizaje, responsabilidad, y lo más importante, experiencia y práctica. El siguiente informe tiene la finalidad de dar a conocer las actividades realizadas durante el servicio social dentro del área de Estomatología Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría, con un periodo comprendido de un año. Este servicio social prestado en esta institución fue realizado con la finalidad de aprender y aplicar todos los conocimientos y habilidades adquiridas durante la licenciatura. Así mismo, también fue llevado a cabo una revisión literaria acerca de uno de los temas y diagnósticos más relevantes dentro del servicio, como lo es, el Trastorno del Espectro Autista, sus características clínicas generales y propias de la cavidad bucal, además de describir las técnicas más actuales de atención dental y la prevalencia de genero dentro del instituto.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
3. OBJETIVOS.....	30
2.1 OBEJTIVO GENERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ....	30
4. MATERIAL Y MÉTODOS. ....	31
5. RESULTADOS.....	32
6. DISCUSIÓN.....	32
7. CONCLUSIONES.....	33
8. BIBLIOGRAFÍA.....	34

## INTRODUCCIÓN

El psiquiatra Leo Kanner fue el primero en usar el término autismo en 1943 en su investigación "*Autistic Disturbances of Affective Contact*", donde relató sus observaciones en 11 niños que presentaban "incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y las situaciones desde el comienzo de su vida". (1) El autismo es considerado un síndrome de disfunción neuropsiquiátrica; o sea, se refiere a un conjunto de síntomas que señalan que existe una alteración en el sistema nervioso central, principalmente en el cerebro, el órgano dirigente de todo el sistema dando origen a todas las funciones psíquicas del ser humano.(2) En la mayoría de los casos, las causas del autismo son desconocidas, pero diversos investigadores sostienen que se debe a algún factor ambiental aunado a una causa extrauterina las cuales interaccionan con una susceptibilidad genética. (2) En el DSM V (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) se reafirma el concepto de autismo a través de la denominación: "Trastornos del espectro autista" que sustituye la denominación "Trastornos generalizados del desarrollo". (3) Para el diagnóstico de autismo, se deben identificar una serie de rasgos que se agrupan en tres categorías: El primero alude a cambios en las interacciones sociales; el segundo hace referencia a cambios en la comunicación, y el tercero hace referencia a una serie de patrones de conducta, intereses y actividades limitadas, restrictivas y estereotipadas. (2) La terapia para el TEA debe ser completa y abarcar desde el campo psicológico o psicoterapeuta (terapia cognitivo conductual y educación especial), hasta tratamientos farmacológicos para abordar ciertos aspectos y manifestaciones psicosociales de este trastorno. No obstante, no todos han probado su eficacia totalmente, por lo que se necesitan más investigaciones para establecer si se incluyen o no en el enfoque terapéutico.(4) Basándonos en una perspectiva multidimensional, el pronóstico más preciso para aquel paciente con autismo es incierto. Algunos de los factores más relevantes incluyen la mejora de los síntomas centrales en el espectro autista y el nivel de adaptación funcional con autonomía y dignidad, además de la solución de sintomatología psiquiátrica añadida. Se vuelve incierto el nivel de sociabilidad que se puede alcanzar. La calidad de vida del individuo con este trastorno va a depender significativamente del nivel de participación y la creación de redes de apoyo que consiga el psiquiatra encargado. (5) El TEA afecta principalmente a los hombres en una relación de 1.3/16 a 3.3/15.7, entre hombres y mujeres, aunque oscila en función de la clasificación del mismo. (6)

## MARCO TEÓRICO

### Definición

El TEA es un trastorno del desarrollo neurológico que se manifiesta con alteraciones o retrasos en el progreso de funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central, las cuales comienzan en la niñez y sigue una progresión estable. Cubren una amplia gama de manifestaciones clínicas y evolutivas, y en su expresión fenotípica, se caracterizan por problemas en la comunicación y la interacción social en diferentes entornos, junto con patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses o actividades.(1) La palabra "autismo" tiene su origen en el griego "autos" que significa, encerrado en sí mismo, es decir, perder el contacto con la realidad, lo que resulta en la incapacidad o dificultad para comunicarse con los demás. No hay ningún marcador biológico específico, por lo tanto, el diagnóstico se basa en el juicio clínico, y los signos de la enfermedad aparecen de manera intermitente a partir de los 18 meses, fortaleciéndose a los 3 años. (2)

### Antecedentes

Las primeras menciones de pacientes con trastornos del espectro autista se remontan al siglo XVI, cuando el monje Johannes Mathesius relata la historia de un niño de 12 años con características autistas, decía que, Martín Lutero, padre de la reforma protestante, describía al muchacho como una masa de carne sin espíritu implantado, que era poseído por el demonio cada cierto tiempo. En el siglo XVII, el libro "Las florecillas de San Francisco" se describe al Fraile Junípero Serra, con características de pacientes del trastorno del espectro autista como dificultades en la comprensión de claves sociales y lenguaje no verbal. (3) Eugene Bleuler acuñó por primera vez el término "Dementia Praecox o grupo de esquizofrenia" en su obra para el tratado psiquiátrico, la cual se publicó en 1911. El término "autismo" se refería a una pérdida de contacto con la realidad en pacientes adultos o adolescentes con esquizofrenia.

Tiempo después de que el término fuera utilizado por Bleuler, Carl Jung incluyó los conceptos de introvertido y extrovertido para referir la personalidad de las personas. Describía a las personas introvertidas como esas cuya atención se centraba en su mundo interno además de ser contemplativas. Por ello se pensaba que el ser introvertido era el grado más severo de autismo siendo una característica principal de pacientes con esquizofrenia. (3) El psiquiatra francés Eugène Minkowski, que trabajó con Bleuler en Burglözli, definió el término autismo como "la pérdida de contacto del 'Élan vital' con la realidad ". Destacó que el comportamiento de estos pacientes es disruptivo. En 1943, Leo Kanner introdujo el término en el mundo infantil con el artículo "Autistic disturbances of affective contact". El primer estudio de Kanner fue una muestra de 11 niños que tenían comportamientos diferentes. Las características más sorprendentes de estos niños eran: incapacidad para relacionarse con los demás, retrasos y cambios en el lenguaje y resistencia a mantener el entorno inalterado y realizar rituales. Hans Asperger, un pediatra de Austria, publicó en 1944 observaciones muy similares a las que Kanner describió

en Estados Unidos. Asperger compartió la historia de 4 pacientes a quienes denominaba autistas. Los distinguió por su ausencia de empatía, ingenuidad, problemas para establecer amistades, un lenguaje pedante y recurrente, carencia de comunicación no verbal, interés estricto por asuntos particulares, movimientos torpes y descoordinados. Además, estos pacientes poseían la habilidad de expresarse de manera exhaustiva acerca de sus temas de interés, por lo que Asperger los denominó "*kleine professoren*", que en español se traduce como "pequeños profesores".

Es importante destacar que Sula Wolff, una psiquiatra infantil alemana, publicó en 1996 la traducción de un artículo en ruso de la escritora Grunya Sukhareva, quien sería la primera en describir los síntomas de autismo en niños en 1925. (3)

---

## Epidemiología

Leo Kanner evaluó que había entre cuatro y cinco casos por cada diez mil niños en Estados Unidos. Durante los años 80, el cálculo se incrementó a siete por cada diez mil niños, en el 2000, la información llegó a 67 por cada diez mil y para el 2010, su aumento llegó a 147 por cada diez mil niños. Lo mencionado anteriormente, posiblemente evidencie una relación entre el aumento real en la cantidad de individuos afectados y una mejora en los métodos para detectar y diagnosticar el padecimiento. (4)

El 2 de abril, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, con el objetivo de destacar la importancia de aportar a la mejora de la calidad de vida de las personas con este trastorno, con el objetivo de llevar una vida plena y satisfactoria como miembro de la sociedad. (5) En México, no se cuentan investigaciones epidemiológicas adecuadamente supervisadas que permitan entender la situación real de la TEA. Sin embargo, se llevó a cabo una investigación en el estado de Guanajuato donde se calculó que para el año 2016, cerca del 1% de los niños mexicanos de ocho años sufrían de TEA. En la actualidad, este número debería ser superior a causa de las modificaciones en los criterios de diagnóstico del DSM-V y de la CIE-10. (4)

Son escasas las entidades que llevan a cabo una correcta recopilación de dichos datos; en la actualidad, en nuestro país, los datos proporcionados por el INEGI no son adecuadamente aceptados por la mayoría de los especialistas en el campo, dado que este organismo proporciona una cifra de casi 5,000 niños con autismo en el país, mientras que la tendencia global es de 1 en cada 160 niños con algún grado de autismo. Por esta razón, se podrían detectar más casos de este tipo que niños con sida, cáncer y diabetes en conjunto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). En México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CD- HDF) indicó que la definición del autismo se ha basado en el modelo médico de discapacidad. Por lo tanto, se piensa que es imprescindible dejar de restringir el asunto de la discapacidad a la atención de las deficiencias, y considerar la modificación de entornos basándose en las necesidades particulares de cada individuo, para conseguir su inclusión social. Esta condición resalta la importancia de llevar a cabo diagnósticos apropiados y un adecuado registro epidemiológico. (5) El TEA influye principalmente en el sexo masculino en una relación de 1.3/16 a 3.3/15.7, mujer/hombre pero varía de acuerdo a la clasificación del mismo. (6)

---

## Etiología

Hoy en día, es difícil saber el origen del TEA, lo que significa que no hay una causa concreta para la aparición de esta condición. Numerosos autores han expresado que puede ocurrir debido a una diversidad de factores como variaciones genéticas que interactúan con factores ambientales como el aire, contaminación electromagnética o pesticidas resultando en individuos diagnosticados con TEA. (7) Estudios numerosos han evidenciado que gran parte de los casos se originan por un factor genético. Esta afección aumenta la probabilidad de gestación gemelar en un 60 a 92%. Asimismo, se han considerado factores como complicaciones neonatales o incluso el parto. (7)

Se han descubierto variaciones genéticas en más de 1000 genes, que abarcan aneuploidías, alteraciones en la cantidad de copias (Copy Number Variations o CNV), inserciones, deleciones y variaciones de un único nucleótido (Single Nucleotide Variations o SNV). Algunos de los genes con los que se ha logrado establecer una correlación causal son: (6)

- **CHD8 (Proteína de unión a DNA de cromodominio-helicasa 8):** ubicada en el cromosoma 14, codifica una proteína que se une al DNA denominada helicasa de cromodominio. El CHD8, que depende del ATP, modifica la estructura de la cromatina al modificar la ubicación de los nucleosomas, cumpliendo un papel de represor transcripcional, especialmente en genes regulados por beta-catenina. (6)
- **ADNP (abreviatura de Actividad-Dependente Neuroprotector Homeobox):** es un gen ubicado en el cromosoma 20, que codifica una proteína que participa en la reorganización de la cromatina, la autofagia y la dinámica de los microtúbulos en los sitios de sinapsis y en las células gliales. Se han reportado alteraciones en el gen ADNP en 10 pacientes con TEA, que indican hipotonía y dimorfismo cerebral constantemente. (6)
- **TBR1 (T-box brain 1 en inglés):** se trata de un gen ubicado en el cromosoma 2, que codifica una proteína que actúa como factor de transcripción. Se manifiesta en neuronas postmitóticas de proyección en el bulbo olfatorio y la corteza cerebral. Es crucial para distinguir la célula estaminal neuronal de la corteza cerebral. Los cambios en este gen han sido vinculados con las enfermedades de Alzheimer y Parkinson. El gen propenso al autismo AUTS2 se encuentra regulado por TBR1. (6)

Además, se ha establecido una relación entre el consumo de medicamentos durante la gestación, como la administración de antidepresivos y la exposición al aire contaminado en el transcurso del embarazo, usualmente durante el tercer trimestre.

O sea que, el TEA se percibe como una condición poligénica y multifactorial donde diferentes tipos de alteraciones o variaciones genéticas interactúan con elementos del entorno. (7)

---

## Clasificación

Para uniformizar la definición de los trastornos mentales y nivelar los criterios de diagnóstico entre los expertos, se crearon manuales diagnósticos; la OMS estableció la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD) (8) y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, conocido como DSM, escrito por la Asociación Americana de Psiquiatría (en inglés, *American Psychiatric Association*, abreviado APA) el cual presenta una organización de los trastornos mentales y una definición accesible de autismo. (2)

### El autismo en el DSM.

En 1952 se publicó la primera interpretación del DSM-I. Pese a que el autismo había sido reconocido nueve años antes, no se incluyó en esta versión. Los niños con rasgos mencionados en el autismo recibían un diagnóstico de "reacción esquizofrénica infantil". El DSM-II, publicado en 1968, tampoco consideraba el autismo como un diagnóstico particular, sino como un rasgo distintivo de la esquizofrenia infantil. Se especificaba: "La condición puede expresarse por comportamientos autistas, atípicos y aislamiento"; además, se señalaba el fracaso en el desarrollo de una identidad autónoma de la madre. Además, aludía a la potencial relación con el retraso mental, como un rasgo adicional. (8)

Con la edición del DSM-III en 1980, finalmente se estableció el autismo como una categoría de diagnóstico específica. Se consideraba una entidad singular, conocida como "autismo infantil". (8) En 1987 surgió el DSM III-R, que generó un cambio contundente, en la clasificación y en los criterios. La denominación de autismo infantil fue cambiada por trastorno autista. Por lo tanto, el autismo se incluyó en la categoría de "trastorno" (*disorder*), un término empleado en los manuales para describir genéricamente los trastornos mentales, estableciendo una separación conceptual con la terminología usual para los problemas médicos de etiología y fisiopatología que se conocen de manera total o parcial. El DSM III-R consideraba el autismo como una categoría exclusiva, aunque aceptaba el diagnóstico de autismo atípico para aquellos casos que, a pesar de tener rasgos evidentes de autismo, no satisfacían todos los criterios. (8)

En 1994 y 2000 surgieron relativamente el DSM-IV y el DSM IV-TR, que, a pesar de no proponer alteraciones significativas entre sí, simbolizaron un nuevo cambio drástico. En una sección, se establecen 5 tipos de autismo: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. Adicionalmente, se adoptó la denominación genérica de Trastornos Generalizados del Desarrollo (*Pervasive Development Disorders*) para abarcar los subtipos de autismo. (8)

## Clasificación y diagnóstico actual.

Actualmente existen 2 tendencias para realizar el diagnóstico de TEA, la primera es convencional, frecuentemente empleada, pero con obstáculos y errores constantemente criticados por especialistas en el tema, es decir, el diagnóstico clínico reflejado por los criterios del DSM-V. Los nuevamente descrito en la CIE- 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades 11a. Edición), presentan una aproximación a la segunda tendencia que se considera revolucionaria aunque ha sido poco divulgada. Esta tendencia se basa en evidencia científica que permite acceder a información transnacional, que posiblemente moldee los manuales y guías diagnósticas futuras. (5)

### DSM-V

Con la edición del DSM-V, los criterios y clasificaciones en el ámbito del autismo experimentaron una notable modificación en comparación con las clasificaciones anteriores (DSM-IV-TR). En el DSM-V, se eliminan todos los distintos Trastornos del Espectro Autista mencionados en el DSM IV-TR para quedar todos agrupados bajo una sola denominación de Trastorno del Espectro Autista. (9)

**Tabla 1. Criterios diagnósticos y denominaciones.**

	<b>Criterios diagnósticos y denominaciones</b>
<b>DSM I</b>	Reacción esquizofrénica, tipo infantil
<b>DSM II</b>	Esquizofrenia de tipo infantil: comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo.
<b>DSM III</b>	<b>"Autismo infantil"</b> : <b>A.</b> Inicio antes de los 30 meses. <b>B.</b> Déficit de receptividad hacia otras personas <b>C.</b> Déficit en el desarrollo del lenguaje <b>D.</b> Ecolalia, lenguaje metafórico, inversión de pronombres <b>E.</b> Resistencia a los cambios, interés o apego a objetos animados o inanimados <b>F.</b> Ausencia de ideas delirantes o alucinaciones
<b>DSM II-R</b>	<b>"Trastorno Autista"</b> <b>A.</b> Alteración en la interacción social <b>B.</b> Alteración en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo <b>C.</b> Repertorio restringido de intereses y actividades
<b>DSM IV</b> <b>DSM IV-TR</b>	5 tipos de autismo: Trastorno autista, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Adicionalmente se establecen como <b>"Trastornos generalizados del desarrollo"</b> <b>A.</b> Trastorno cualitativo de la relación <b>B.</b> Trastorno cualitativo de la comunicación

	<b>C. Patrones de conducta, interés o actividad restrictiva, repetidos y estereotipados</b>
<b>DSMV</b>	<b>"Trastorno del Espectro Autista"</b> <b>A)</b> Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos <b>B)</b> Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos <b>C)</b> Los síntomas deben presentarse en la primera infancia <b>D)</b> El conjunto de signos crea interferencia en el funcionamiento del día a día

\*Tomado de Hervás Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M (9)

El diagnóstico del DSM-V comprende la adición de grados de gravedad (en tres grados) para los síntomas de la comunicación social y los comportamientos limitados y repetitivos: grado 3 "necesita ayuda muy notable"; grado 2 "necesita ayuda notable"; y grado 1 "necesita ayuda". (9)

**Tabla 2. Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista**

<b>Categoría dimensional del TEA en el DSM-V</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Comportamientos restringidos y repetitivos</b>
<b>Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"</b>	Respuesta mínima a las propuestas sociales de los demás.	Dificultad extrema para afrontar los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos. Gran angustia/dificultad para cambiar de enfoque o de acciones.
<b>Grado 2 "Necesita ayuda notable"</b>	Limitación para iniciar interacciones sociales y respuesta reducida o anormal a las insinuaciones sociales de los demás.	Inflexibilidad del comportamiento, interferencia con el funcionamiento en diversos contextos. Sufrimiento y/o dificultad para cambiar el enfoque o las acciones.
<b>Grado 1 "Necesita ayuda"</b>	Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o infructuosas a las propuestas sociales de los demás.	Interferencias significativas en el funcionamiento en uno o más contextos.

\*Tomado de American Psychiatric Association, 2013.

Con la reciente organización del DSM-V, los criterios de inclusión se vuelven más precisos y rigurosos, incluyendo, por ejemplo, alteraciones sensoriales (hipo o

hipersensibilidad) en la dimensión de patrones de conducta, intereses y actividades limitadas y repetitivas. Esto disminuye la probabilidad de falsos positivos, sin embargo, el TEA del DSM-V es menos apto para identificar e incluir cuadros clínicos menos graves, como sería el conjunto que mostraba problemas en la dimensión socioemocional y de la comunicación pragmática, sin mostrar síntomas en el campo de las conductas repetitivas que se incluían previamente en el DSM IV-TR.

Este conjunto específico, dentro de la reciente categorización del DSM-V, podría ser incluido en el trastorno de la comunicación social, que abarca las alteraciones y complicaciones en la utilización pragmática de la comunicación, sin la existencia de comportamientos repetitivos, ni cambios sensoriales. (9)

### **Clasificación Internacional de Enfermedades 11a Edición, (CIE-11).**

El Trastorno Generalizado del Desarrollo, señalado en el CIE-9 y CIE-10, ha experimentado significativas transformaciones hasta ser reconocido como trastorno del espectro autista en el CIE-11. (1) Las modificaciones del nuevo manual (CIE-10 a CIE-11) sobresalen por definir de forma breve el TEA, especificar las características fundamentales o necesarias que no son criterios específicos, sino una serie de síntomas que pueden ser observados por el clínico y guiarlo a definir un diagnóstico sin requerir un límite de signos y síntomas presentes, dejando a su criterio la formulación del diagnóstico, incluso de forma innovadora se sugiere definir límites de normalidad y límites con otras condiciones que tienen similitud con el TEA, sin ignorar la posibilidad de características relacionadas que podrían surgir, pero no son necesarias, como por ejemplo las características de género y culturales, así como la aparición en función de la edad, todo esto se emplea para realizar un pronóstico aproximado.

Este manual global es versátil y nos distancia del subdiagnóstico, es muy probable que en años venideros sea el predilecto de los psiquiatras; no obstante, es prudente anticipar que tal uso no se transforme en el sobrediagnóstico. (5)

En junio del 2018 la Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional más reciente sobre enfermedades mentales (CIE-11) la cual fue aplicada hasta enero del 2022. El CIE-11 y el DSM-V, utilizan criterios parecidos. El CIE-11, en su clasificación de síntomas nucleares del autismo, no contempla las alteraciones sensoriales. El CIE-11 no emplea escalas de gravedad, pero categoriza a las personas con autismo en función de si muestran discapacidad intelectual o si tienen dificultades en el habla (Tabla 3). (9)

**Tabla 3. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales.**

<b>CIE-11</b>	<b>Trastorno del Espectro Autista</b>
<b>A02.0</b>	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje
<b>A02.1</b>	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual con alteración leve o sin alteración funcional del lenguaje
<b>A02.2</b>	Trastorno del espectro autista sin trastorno del desarrollo intelectual con alteración funcional del lenguaje

<b>A02.3</b>	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y alteración funcional del lenguaje
<b>A02.4</b>	Trastorno del espectro autista con trastorno del desarrollo intelectual y ausencia de lenguaje funcional
<b>A02</b>	Y otros trastornos del espectro del autismo
	Trastorno del neurodesarrollo no especificado

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud (11ª edición).

\*Tomado de Hervás Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M (9)

## Diagnóstico diferencial

Se debe llevar a cabo un diagnóstico diferencial en un paciente para descartar enfermedades que puedan tener algunos signos parecidos como irregularidades sensoriales, genéticas o afecciones físicas. Esto se debe a que algunos trastornos o afecciones pueden presentar signos de TEA pero pueden requerir tratamientos específicos. (10) **Deprivación psicosocial grave.** Puede provocar un cuadro pseudoautístico, pero la reciprocidad social no es completamente anormal y los déficits pueden ser reversibles.

- **Trastorno específico del lenguaje.** En este caso existe una comunicación no verbal compensatoria para la comunicación, la cualidad del juego y la imaginación son normales, y presenta una intención de comunicación y relación hacia sus iguales, al menos en el período preescolar. Por el contrario, no presenta conductas repetitivas. Puede estar más deteriorado el componente expresivo que el comprensivo y hay más afectación de los aspectos gramaticales respecto a otras áreas. En el caso de los TEA, el componente comprensivo es el que puede estar más deteriorado y pueden presentar un perfil desigual, con puntos fuertes y puntos débiles, con diferencias entre los aspectos verbales y los no verbales.
- **Discapacidad intelectual (retraso mental).** En este caso, se objetiva un perfil bajo, homogéneo en el CI, con interés e intención de relación social de acuerdo con su nivel de desarrollo. Pueden presentar conductas de imitación. Por el contrario, en el TEA el perfil cognitivo es desigual, con mayor afectación de las áreas relacionadas con el lenguaje y la comprensión social, junto con unos intereses muy marcados y mayor sensibilidad a los estímulos sensoriales. Las habilidades adaptativas están mucho más deterioradas de lo que cabría esperar por su nivel de CI. Las conductas auto-estimulatorias son marcadas, preferidas a otras actividades, y perpetúan la falta de conexión con el entorno. La estimulación se realiza en su propio cuerpo (balanceos, giros, etc.) o en relación con objetos.
- **Trastorno de conducta (TC).** El TC con rasgos de dureza e insensibilidad emocional puede ocurrir en el TEA. Los niños con TEA no comprenden el impacto de su conducta, incluso pueden llegar a sentirse mal cuando se les explica
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).** En el TOC, el inicio de los signos suele ser más tardío, por encima de los 4 años, son conscientes de lo inapropiado de sus pensamientos y conductas obsesivas, por lo que las conductas se asocian con ansiedad y el contenido de las obsesiones se relaciona con la evitación del daño y pensamiento mágico. Las habilidades

sociales y de comunicación están preservadas. En el TEA, el niño no suele estar afectado por las obsesiones o los rituales y las rutinas se relacionan con la aversión al cambio.

- **Síndrome de Rett.** Ocurre casi exclusivamente en niñas. Tiene características clínicas definidas y una etiología específica, una mutación en el gen MECP2, ubicado en el brazo largo del cromosoma X (Xq28), que se confirma en las pruebas genéticas.
- **Déficit auditivo grave.** Los niños presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje, tanto expresivo como comprensivo, y aislamiento social en relación con la privación sensorial. Pero no hay afectación de la comunicación no verbal, el interés social y de comunicación con iguales, el juego y la imaginación, ni aparecen las conductas repetitivas, los manierismos, la hipersensibilidad sensorial ni los intereses restringidos intensos.(11)

Para diferenciar el TEA de otros retrasos en el desarrollo en los 2 primeros años de vida, puede ser útil considerar las alteraciones descritas en el área social (12 meses), en la comunicación (18 meses) y en las conductas motoras atípicas junto con el aplanamiento o declive observado en la trayectoria de aspectos específicos del desarrollo social y de la comunicación. (11) Ningún signo es específico ni universal de TEA. Con la edad, algunas manifestaciones cambian pero existen características definitorias como alteraciones en la comunicación social y comportamientos repetitivos y estereotipados. Una vez que se sospecha TEA, se debe usar una herramienta diagnóstica para su confirmación como lo son los estudios de cribado (M-CHAT-R/F, ADI-R, ADOS-2, SRS, entre otros). (11)

---

### Manifestaciones clínicas

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que provoca una discapacidad permanente en los individuos que lo sufren. El concepto de "espectro" hace referencia a la variedad de manifestaciones y niveles de deterioro en las funciones psicosociales de los pacientes con este trastorno. Estos signos surgen durante los primeros tres años de vida, aunque hay un grupo reducido que inicia con los signos desde su primer año de existencia. (4) Usualmente, el periodo medio desde que los padres empiezan a preocuparse hasta que requieren asistencia puede ser posterior al año. En el primer año de vida, las conductas más habituales en niños con TEA incluyen: el no responder a su nombre y el no mirar a la cara o hacerlo poco. Durante el segundo año se resalta la falta de interés por intercambiar experiencias y la incapacidad para concentrarse. Se reconocen signos tempranos: a) la existencia de frecuentes rabiets y la falta de tolerancia al cambio, b) la falta de balbuceo a los nueve meses, c) durante su primer año no muestra signos ni gestos, no responde cuando se le llama por su nombre, d) no pronuncia palabras sueltas a los dieciséis meses, e) muestran una falta de juego simbólico al año y medio y f) a los dos años no pronuncia frases de dos palabras. Cualquiera de los descubrimientos previamente citados debe impulsar un estudio detallado, incluyendo el TEA entre los posibles diagnósticos. En una parte de los casos, el progreso es normal entre el primer y segundo año, pero luego pueden sufrir una regresión progresiva o de forma imprevista, provocando un retraso en el desarrollo anterior. Además, puede que los

signos no sean perceptibles para los padres o maestros hasta cumplir cuatro o seis años. (10)

En términos generales, los signos de la enfermedad pueden dividirse en dos categorías principales: signos centrales o nucleares, y signos secundarios. (4)

Por una parte, los signos nucleares se caracterizan por una reducción en las habilidades de lenguaje e interacción social, además de la existencia de conductas estereotipadas y recurrentes. Los niños con TEA se comportan como si se encontraran en un entorno privado, lo que provoca restricciones al interactuar y comunicarse con los demás. Estos pacientes pueden experimentar dificultades en la evolución del lenguaje verbal y no verbal, tales como gestos de manos, contacto visual y expresiones faciales. En los patrones de comunicación que exhiben los niños con TEA, destacan el lenguaje reiterado o estricto, la ecolalia y la tendencia a mantener diálogos sin sentido. Además, pueden mostrar un vocabulario extenso pero restringido únicamente a un campo o asunto que les atraiga, o bien logran la habilidad para leer desde temprana edad, pero sin entender lo que se lee. Alrededor del 10% de los niños muestran destrezas en campos específicos; algunos pueden realizar un monólogo sobre un tema de interés, pero no logran sostener una conversación acerca del mismo. Los niños con TEA no presentan problemas en la atención visual sostenida, pero sí presentan problemas en tareas más complejas que demandan la selectividad y la alternancia de atención, lo que suele evidenciar respuestas persistentes. Respecto al desempeño ejecutivo, se notan principalmente problemas en la organización de la vida cotidiana, como por ejemplo, actividades recreativas o de cocina. De igual manera, se han notado problemas en la adaptabilidad mental, lo que provoca que los individuos se adapten de manera difícil a las variaciones constantes en el entorno, lo que incrementa su grado de ansiedad y estrés. (4)

Por el contrario, entre los signos secundarios, los niños perjudicados podrían presentar conductas de autolesión, hiperactividad, agresividad y la presencia de trastornos psiquiátricos como el trastorno generalizado de ansiedad y depresión mayor, todo esto relacionado con convulsiones. Los estándares diagnósticos más modernos establecidos por el DSM-V se fundamentan en la existencia de algunas de las manifestaciones clínicas mencionadas. En más del 90% de los casos de TEA, la exploración física es habitual y dará señales de un individuo saludable. Sin embargo, es aconsejado considerar que la mayoría de los individuos con TEA no les agrada el contacto físico, lo que complica la misma exploración. (4)

---

### **Tratamiento médico**

El TEA es diverso y, por ende, su manejo también lo es. (6) La terapia debe ser completa e incluye desde el campo de la psicología o el psicoterapeuta (terapia cognitivo conductual y educación especial), hasta los tratamientos con medicamentos que mejoran la intensidad de las manifestaciones y los categorizados como otros tratamientos. (4) A cualquier edad, el tratamiento del autismo siempre debe ser personalizado, teniendo en cuenta las características específicas de cada individuo, teniendo en cuenta sus déficits, pero también sus fortalezas. (9)

Los propósitos a considerar para aplicar un tratamiento adecuado deben abarcar: la independencia funcional y la calidad de vida del paciente, con el objetivo de reducir las repercusiones negativas del trastorno en sí, fomentar el crecimiento y aprendizaje del individuo, fomentar la socialización, disminuir comportamientos disruptivos y formar a familiares y profesores para que sean incluidos durante su manejo. (10)

Los medicamentos empleados en TEA son universales y se emplean para regular el comportamiento repetitivo y otros signos asociados como la ansiedad, la incontabilidad de los impulsos o la falta de concentración. La táctica para seleccionar uno u otro fármaco consiste en realizar una hipótesis acerca del signo que deseamos alterar y proporcionar un seguimiento clínico específico sobre el efecto anticipado. (6) Al personalizar el tratamiento, se deben considerar aspectos como comenzar con monoterapia para prevenir la aparición de cualquier reacción adversa al medicamento, administrar dosis reducidas y ajustarse a los efectos que genera en el paciente durante su control, y considerar los factores farmacocinéticos y farmacodinámicos de cada medicamento utilizado.(10) El mismo fármaco puede producir efectos distintos en dos pacientes con las mismas propiedades clínicas. Es imprescindible comunicar a los padres que los efectos de los fármacos se producen en un periodo de tiempo medio a largo, para que sus expectativas no se vean frustradas. Si no se considera esto, existe el peligro de entrar en polifarmacia, lo que incrementa la posibilidad de efectos secundarios y no resulta en algún beneficio para el paciente. (6)

**Conducta repetitiva y disruptiva:** en la actualidad, los únicos medicamentos antipsicóticos autorizados por la Agencia de Regulación de Bebidas y Medicamentos de los Estados Unidos (*Food and Drug Administration [FDA]*), para individuos con autismo, son la risperidona y el aripiprazol. (9) Los efectos adversos más comunes vinculados a estos medicamentos incluyen: sedación, aumento de peso y efectos extrapiramidales, tales como el temblor e hipersalivación. El aumento de la prolactina, especialmente en la adolescencia, requiere seguimiento. Ambos son antipsicóticos atípicos, que predominan en los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, aunque también en los receptores histamínicos, adrenérgicos y colinérgicos también.(9)

- La risperidona es un medicamento atípico antipsicótico que tiene efectos beneficiosos en el comportamiento repetitivo. En investigaciones controladas y aleatorias se ha evidenciado un avance temporal en el comportamiento repetitivo, con una reducción notable de signos como hiperactividad, irritabilidad y comportamiento repetitivo (6). Para niños menores de 12 años, se aconseja la solución de 1 mg/mL. Para mayores de 12 años, es posible seguir con la terapia con comprimidos de 1 mg, administrados vía oral 1 mg cada 12 horas. (5)
- El arpiprazole, también es un antipsicótico atípico, se ha empleado especialmente en adolescentes, demostrando beneficios en el control de signos recurrentes, comportamiento disruptivo y acciones sin sentido. Entre sus efectos secundarios se incluyen aumento de peso, somnolencia, temblor y rigidez muscular. (6) Se puede utilizar el aripiprazol en situaciones graves de irritabilidad y agresión auto o heterodirigida. Asimismo, se aconseja utilizar

la solución de 1 mg/ml durante los primeros 12 años de vida. Inicialmente se administra 1 ml 2 veces al día, y posteriormente se aumenta la dosis 1-2 ml semanalmente hasta alcanzar un total de 5 ml o 5 mg 2 veces al día. (5)

Se han empleado otros antipsicóticos atípicos con escasa evidencia de eficacia, como la olanzapina, que ha sido vinculada a un significativo aumento de peso y efectos metabólicos en niños que no aconsejan su administración. Por su efecto sedativo, la quetiapina se emplea en situaciones de trastornos conductuales con insomnio que resisten el tratamiento. En situaciones extremadamente severas, la clozapina ha mostrado algún tipo de eficacia. Anteriormente, se empleaban los antipsicóticos habituales, principalmente el haloperidol; sin embargo, hoy en día, su uso es poco común debido a los efectos secundarios extrapiramidales y distónicos relacionados con su administración. Se ha señalado que: un tercio de los pacientes experimentaban disquinesias, un 21% durante el tratamiento con haloperidol y un 79% durante su eliminación. (9)

**Ansiedad, apatía y depresión:** El principal enfoque en el tratamiento de los trastornos emocionales (tanto de ansiedad como de depresión) son las intervenciones psicoterapéuticas específicas, de tipo cognitivo-conductual, que suelen enfocarse en asistirlos en la identificación de sus emociones, los signos físicos que pueden estar relacionados, las circunstancias que las provocan que resultan estresantes para ellos y los recursos requeridos para reaccionar ante estas circunstancias y ejercitarlas, inicialmente, en la consulta y consecuentemente en su entorno. (9) Se han tratado los signos de repetición, persistencia y reacciones exageradas al cambio de rutina en TEA, intolerancia al entorno, tristeza y enojo con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). (6) Los ISRS son la alternativa más sugerida en los trastornos emocionales relacionados con TEA, dando preferencia a los que son señalados por la FDA Americana (*Food and Drug Administration*) en la etapa infantil-adolescente, como la fluoxetina, escitalopran para la depresión y sertralina, fluvoxamina para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. (9) Hay pruebas de que los ISRS son eficaces en el TEA vinculado a la ansiedad, pero no en la depresión. Aproximadamente el 50% de los pacientes autistas que se tratan con ISRS, experimentan fenómenos de activación que requieren la eliminación del medicamento. (9)

El fármaco fluoxetina tiene la más amplia experiencia en el tratamiento de ansiedad, depresión, fobias y compulsiones en niños, adolescentes y adultos con autismo.(5) También se han empleado antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina y clomipramina), pero no parecen ser más eficaces que los ISRS.(6) El citalopram y el escitalopram han mostrado resultados variados en diversas investigaciones, razón por la cual la fluoxetina es el fármaco preferido en solución de 4mg/ml. Se aconseja comenzar con dosis bajas en situaciones de ansiedad y compulsiones, con una dosis de 1 ml/4 mg diarios e ir incrementando 1 ml/4 mg semanalmente hasta llegar a 5 ml/20 mg. Si se presenta depresión, se puede comenzar con 2 ml/8 mg durante una semana y luego subir a la dosis habitual de 5 ml/20 mg. Los efectos secundarios más habituales son de índole gastrointestinal, sin embargo, es importante resaltar que en la mayoría de las situaciones estos efectos son efímeros. (5) Respecto a la clomipramina, se ha informado que potencia la irritabilidad y los

síntomas obsesivo-compulsivos, sin embargo, no reduce la hiperactividad y el lenguaje inapropiado. (4)

### **Fármacos utilizados en las alteraciones del sueño**

Se considera a la melatonina como la hormona del sueño y se emplea en el autismo para potenciar el comienzo del sueño y reducir los despertares durante la noche. Desarrolla escasos efectos adversos, a excepción de sedación diurna en algunas situaciones. Otros medicamentos empleados para tratar el insomnio en pacientes con autismo incluyen: la clonidina y la trazodona. (9)

**Anticonvulsivantes:** Frecuentemente, se utilizan anticonvulsivos en pacientes con TEA como moduladores de la conducta. Las personas con TEA pueden padecer epilepsia y estos fármacos son justificados, no existe un anticonvulsivo específico para el autismo. (6) Un porcentaje superior de pacientes (cerca del 20%), son aquellos con autismo sin epilepsia y no experimentan beneficios significativos en los signos al consumir antiepilépticos. Por lo tanto, no se aconsejan como tratamientos primordiales para el autismo, a no ser que el propósito sea tratar la epilepsia. Además, se han obtenido estudios que evidencian que levetiracetam y lamotrigina tienen efectos cognitivos beneficiosos en los signos de autismo. El acuerdo es que los pacientes con TEA sin epilepsia que reciben tratamiento con anticonvulsivos como neuro-estabilizadores no mejoran los signos sociales ni de repetición, únicamente se benefician en la irritabilidad y en los comportamientos agresivos. (6)

### **Nuevos agentes farmacológicos**

La finalidad de estos agentes es controlar de manera específica los receptores y canales, además de los neurotransmisores vinculados o sensibles al glutamato, glutamina, glicina, GABA, NMDA, nicotina y opioides. Su objetivo es la mejora de los principales signos del TEA. La N-Acetil cisteína, memantina, D-cicloserina, naltrexona y oxitocina han mostrado cierto avance en estos signos. (5)

- La **N-acetil cisteína** es un regulador del glutamato que se puede ingerir vía oral 900 mg de 1 a 3 veces al día. Esta sustancia ha demostrado un beneficio en reducir la irritabilidad, ya sea vinculada o no a la risperidona.
- En una revisión sistemática, se demostró que la **memantina** en dosis de 10-20 mg diarias, junto con terapia conductual, puede generar una mejora en los signos clave del trastorno.
- Respecto a la **D-cicloserina**, actualmente se conoce que influye en los receptores NMDA y en dos investigaciones recientes se detectó un incremento en la sociabilidad. La dosis de 50 mg diarios en comparación con el placebo evidenció una mejora tanto en la escala de respuesta social como en la lista de revisión del comportamiento aberrante.
- En relación con la **naltrexona**, un estudio metódico evidenció que una dosis de 0.5 mg/kg y 2 mg/kg mejoraron la hiperactividad, pero no los síntomas centrales.
- Por último, la **oxitocina** ha mostrado resultados más favorables, ya que potencia la socialización al potenciar la cognición social y la reciprocidad.(5) Es un neuropéptido que participa en el desarrollo socioemocional, y al ser administrado en adultos se observa un efecto de mejora en aspectos sociales

y de comportamiento. Posee problemas al ser administrado, dado que los niveles de sodio disminuyen rápidamente.(6) La dosis intranasal de 0.4 UI/kg ha sido la más utilizada. No hay una guía de tratamiento definida que aconseja el uso de estas últimas sugerencias.(5)

### **Intervenciones psicoterapéuticas, conductuales y educativas**

La intervención terapéutica más efectiva es el tratamiento intensivo y temprano de las habilidades de comportamiento y comunicación (EIBI, Early Intensive Behavioral Intervention). Se fundamenta en comenzar con la terapia a partir de los 18 meses de vida, con programas de 20 a 40 horas semanales. Posee dos pilares esenciales, el análisis de conducta y su modificación, y el incremento de las capacidades comunicativas y lingüísticas.(6)

Existen diferentes técnicas para el análisis de la conducta y su modificación , la más famosa es el análisis conductual aplicado o ABA, (Applied Behavior Analysis. (6) ABA es la única terapia tradicional que ofrece, a través de técnicas fundamentadas en evidencia, una mejora secundaria en los signos esenciales del TEA, (5) se fundamenta en la teoría del aprendizaje y el condicionamiento operante. Se establecen metas modestas y factibles, y se realizan esfuerzos modulando el comportamiento hasta lograrlas y premiarlas, destacando así el previo conocimiento-acción y su consecuencia. Es necesario implementar programas de hasta 40 horas semanales. (6) ABA se enfoca en instruir comportamientos específicos de forma sistémica mediante la repetición de ensayos, ha demostrado ser beneficioso para potenciar la comunicación, la reciprocidad social y reducir las conductas repetitivas. (5)

El fomento del habla en los niños con autismo es uno de los elementos fundamentales de la intervención. La obtención, previo a los 6 años, de las capacidades para comunicarse verbalmente y entender lo que se pronuncia es un elemento de buen pronóstico a largo plazo. (6)

El tratamiento de respuesta pivote o PRT (Pivotal Response Treatment) implica proponer varios ejercicios que el paciente requiere realizar, principalmente en elementos esenciales de la comunicación y en habilidades cotidianas, atención en grupo, petición, tácticas basadas en juegos y refuerzos positivos. Los sistemas de aumentativos y alternativos de la comunicación, que incluyen soporte visual, aparatos y programas que potencian los medios de comunicación, respaldan el aprendizaje en la mayoría de los métodos mencionados. Las tácticas terapéuticas que promueven la teoría de la mente, lo que implica la atención mutua, el pensamiento en el prójimo y la empatía, son métodos frecuentemente empleados que resultan beneficiosos en pacientes con acceso cognitivo a la identificación y percepción del entorno. (6)

El programa **TEACHH** (Tratamiento y educación de niños con autismo y discapacidades de comunicación) es un método para potenciar las capacidades de comunicación social en entornos escolarizados, empleando estrategias psicopedagógicas particulares. Asimismo, el **STAR** (Strategies for Teaching Based on Autism Research, o las estrategias de enseñanza basadas en investigación en autismo) implica a los centros educativos en la inclusión de los niños con TEA. La

utilización de acompañantes terapéuticos también permite ajustar el currículo y maximizar los recursos en las aulas. (6)

La mayor parte de las personas con autismo experimentan problemas para valorar y percibir los sonidos y, en consecuencia, para entender y distinguir las señales cognitivas sonoras. Implementar estrategias de ecología ambiental con estímulos auditivos contribuye a potenciar la percepción. La implementación de medios externos para modificar el volumen o la percepción externa (tapones, audífonos, música ambiental) puede resultar beneficiosa en momentos determinados, la adaptación del entorno en grupos de personas con autismo incrementa en hasta un 47% la adaptación a un ambiente escolar regulado. La musicoterapia ha demostrado ser más efectiva que el placebo para potenciar las capacidades de comunicación social y fomentar las interacciones de los pacientes con autismo con sus compañeros de trabajo. Por otro lado, las terapias de integración auditiva no han demostrado mejoras en estos pacientes. (6)

---

### **Afecciones bucodentales comunes en pacientes con TEA.**

Algunas características comunes son el bruxismo, maloclusiones, caries dental y problemas periodontales. (12)

La falta de higiene oral en este grupo se relaciona con la insuficiente motricidad manual y lingual para efectuar un barrido de placa dental, además de manifestar frecuentemente una resistencia a la higiene oral cotidiana, al cuidado del profesional y de la familia. Esta circunstancia eleva drásticamente la incidencia de caries y patología periodontal, ya que se registran elevados grados de placa, gingivitis, cálculos, halitosis y un residuo persistente de comida cariogénica en la cavidad bucal. (13)

Es habitual la presencia de traumatismos dentales, con porcentajes que varían entre el 70% y 75%, resaltando los golpes en el rostro, la cabeza, rasguños en las encías, queilofagia y úlceras traumáticas, originadas por actividades cotidianas o por episodios autolesivos en pacientes con TEA. (14) Estos pacientes suelen tener costumbres que provocan lesiones en la boca, incluyendo la succión digital, la onicofagia, la queilofagia y el bruxismo. Las lesiones se originan debido a la mordedura constante o la introducción de objetos ajenos en la boca, incluso en numerosos casos surgen lesiones periodontales sin la existencia de irritantes locales. Su comportamiento autolesivo en la boca se refleja en la lengua, labios y encías. Este comportamiento podría ser resultado de que en estos pacientes, tras la aparición del daño tisular, se produce una liberación de beta-endorfinas que provoca un estado de analgesia placentera. Este proceso puede desencadenar un ciclo en el que la autolesión es esencial para generar la liberación de opioides endógenos, generando de esta manera un estado similar a la dependencia. (15)

En este contexto, los traumatismos dentales se vuelven impresionantes, ya que pueden provocar problemas a largo plazo, alterando la oclusión, la fisiología oral y perjudicando la calidad de vida. (14)

Por otro lado, se ha registrado una elevada incidencia de hábitos orales no nutritivos y perjudiciales para el sistema estomatognático. El bruxismo tiene una intensidad, duración y frecuencia elevadas, provocando severos desgastes dentales, problemas periodontales y avulsiones de dientes permanentes, y está vinculado con un elevado grado de ansiedad que estos pacientes experimentan. La sialorrea

también es común debido a una hipotonía labial de moderada a leve que tiene una correlación directa con el nivel cognitivo, así como la succión digital, onicofagia y protrusión lingual. (13)

### **Protocolo de atención en el consultorio dental.**

Los pacientes con TEA tienen problemas con la higiene oral, tanto en el hogar como en el consultorio dental. Esto podría deberse en parte a que hasta el 90% de los niños con TEA sufren alteraciones en el procesamiento sensorial. En el hogar, el niño puede experimentar problemas con el gusto o la textura de la pasta de dientes, así como con la sensación táctil de las cerdas del cepillo en su boca. También se pueden presentar problemas en el consultorio dental, como con el sabor o el olor de la pasta de profilaxis o el flúor, así como cuando el dentista toca el rostro o con las luces que iluminan los ojos del paciente o hasta con el ruido agudo del equipo dental y los olores poco comunes. Estas clases de sensaciones desagradables han sido vinculadas a las conductas poco cooperativas de los niños con TEA durante la visita al dentista. Las actitudes poco colaborativas (como llanto, gritos, manifestaciones verbales, falta de disposición) también pueden afectar el éxito de la visita. Estas reacciones adversas al tratamiento forzan a los odontólogos a usar técnicas avanzadas de manejo de conducta, tales como la restricción física o anestesia general (16). Esto se debe a que la formación universitaria no se centra en proporcionar conocimientos teóricos y prácticos para el cuidado de pacientes con discapacidades mentales, físicas y cognitivas, razón por la cual la mayoría de estomatólogos se niegan a trabajar con estos pacientes.

Particularmente, las personas con autismo experimentan dificultades en el progreso del lenguaje y no expresan emociones, sensaciones o dolor, lo que obstaculiza la comunicación y el trabajo en equipo durante el proceso clínico. (17)

La Academia Americana de Odontología Pediátrica sugiere una serie de técnicas fundamentales de orientación conductual para trabajar con niños, incluyendo Decir-Mostrar-Hacer, control de la voz, comunicación no verbal y refuerzo positivo; no obstante, estas tácticas convencionales pueden no ser adecuadas para los niños con TEA. (16)

Varios autores han presentado diversas sugerencias clínicas y prácticas para una óptima gestión dental en niños y adolescentes con autismo. Los aspectos más relevantes incluyen: (I) Identificar indicios de maltrato físico durante la evaluación extraoral e intraoral, como por ejemplo, lesiones orales que a comparación de las lesiones autoinflingidas, estas no son rítmicas o repetitivas, ni suelen encontrarse en un mismo sitio, suelen ser múltiples y dispersas ; (II) los protectores bucales son idóneos para pacientes con bruxismo grave o un patrón autolesivo; (III) los cepillos de dientes eléctricos pueden ser adecuados y bien adaptados, aunque necesitan cierto entrenamiento; (IV) la luz y los instrumentos dentales deben mantenerse fuera del alcance de los pacientes; (V) se debe disminuir los estímulos sensoriales como algunos ruidos u olores que alteren al paciente; (VI) impedir interrupciones y solo permanecer el tiempo necesario dentro de las salas; (VII) tener siempre presente la disminuida tolerancia del paciente al contacto físico. (18)

El manejo del bruxismo en pacientes con TEA resulta complicado debido al desafío de comprender la necesidad de llevar a cabo una terapia para solucionarlo. La aplicación de Bótox es una opción efectiva, ya que se comprobó que al infiltrarse en

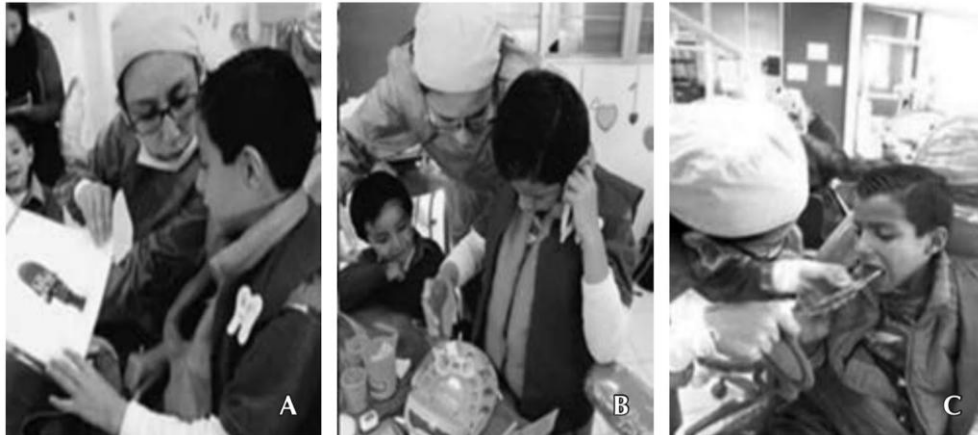
los músculos masticatorios se nota una mejora en términos de frecuencia y gravedad. (13)

## Técnicas básicas de manejo conductual

### Decir-mostrar-hacer

Esta técnica es la más habitual y usada por los estomatólogos durante la atención del niño. (19)

Figura 1. Manejo de paciente autista con técnica «Decir-Mostrar-Hacer».



\*Tomado de Mendoza Cruz M, de Jesús Morales P del C, Burgos Zapata AP, Itzá Ortega DP, Sarabia Herrera JE, Pérez Hernández LJ, et al (19)

Es fundamental para los pacientes diagnosticados con TEA, hacerlos sentir el núcleo de atención en cada consulta, y esto lo conseguiremos al integrarlos como parte de la consulta. Su propósito se centra en proporcionar seguridad a nuestro paciente, esto se debe a que se les proporciona una preparación previa a lo que van a experimentar a lo largo de la consulta. (19) La estrategia emplea comunicación tanto verbal como no verbal y refuerzo positivo. En la fase inicial, el estomatólogo detalla de manera verbal el procedimiento a llevar a cabo. En la segunda fase se lleva a cabo el tratamiento utilizando los recursos disponibles;

**Decir:** explicar el procedimiento

**Mostrar:** mostrar al paciente los aspectos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del procedimiento

**Hacer:** desarrollar y finalizar el procedimiento de forma continua, sin interrumpir la explicación ni la demostración. (20)

Es esencial detallar cualquier objeto y sonido que, durante el trabajo, puede provocar ansiedad o miedo. Así mismo, es vital que, al explicar, se empleen términos comprensibles tomando en cuenta que siempre es más adecuado modificar el contexto a expresiones más amigables. (19)

### Desensibilización

La desensibilización se basa exclusivamente en programar citas breves y bien organizadas, hasta que el paciente se encuentre adaptado; deben ser citas de menos de 15 minutos en un entorno que sea acogedor y adecuado para él. (19)

**Figura 2. Manejo de paciente autista con la técnica de «Desensibilización».**



\*Tomado de Mendoza Cruz M, de Jesús Morales P del C, Burgos Zapata AP, Itzá Ortega DP, Sarabia Herrera JE, Pérez Hernández LJ, et al (19)

Algunos ejemplos para mejorar la visita del paciente podrían ser reducir los movimientos, las luces o sonidos fuertes, entre otros. (19)

### **Técnica TEACCH: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children.**

Esta técnica se fundamenta en la utilización de guías visuales que detallan lo que se debe realizar, la secuencia en la que se debe llevar a cabo y el tiempo de culminación. En una consulta dental, el especialista debe explicar al paciente el desarrollo de la consulta a través de imágenes o vídeos explicativos, alterando la situación de forma que sea más confortable para el paciente con autismo, tal como modificar el sonido de fondo en caso de vídeos y poner la voz de un narrador. Para perfeccionar este método, es posible enviar estos videos con anticipación, de manera que el paciente con autismo ya esté listo para su cuidado dental. Aunque este método puede ser un gran recurso para proporcionar seguridad y serenidad al paciente, también puede no ser suficiente, como sucede con individuos con un nivel de autismo más avanzado. En este escenario, se deberá complementar este método con otros recursos externos como la luz, el ruido en la consulta, entre otros. (19)

### **Comunicación**

La orientación comunicativa contribuye a crear la confianza y promueve la colaboración requerida del paciente. Las instrucciones verbales deben ser enunciados breves, comprensibles y simples. Es crucial sostener una comunicación constante durante las visitas e incluso posteriormente. La habilidad para acatar






















indicaciones, adquirir nuevos conocimientos y expresar anhelos y necesidades puede ser complicada para ciertos pacientes con autismo. Algunos requieren aparatos de comunicación asistida, tales como un Smart/Scan 32 pro, una plataforma de comunicación aumentativa (Fig. 1) o un Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS) (Fig. 2). Para los pacientes con autismo, el PECS representa un método alternativo de comunicación para aquellos con pocas o ninguna habilidad verbal. (21)

**Figura 3. Smart/Scan 32 pro, un dispositivo de comunicación aumentativa**



\*Tomado de Bommangoudar JS (21)

**Figura 4. Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS)**

 I want		 I see		 Thankyou	
 Drink	 Biscuit	 Apple	 Cake	 Crisps	 Banana
 Book	 Sand	 Bricks	 Pens	 Farm	 Puzzle
 Shoe	 Junper	 Trousers	 Coat	 Sock	 Hat

\*Tomado de Bommangoudar JS (21)

El PECS se basa en un libro con dibujos que expresan deseos, observaciones y

sentimientos. Este libro avanza conforme crece el paciente, con más palabras y dibujos, siendo demasiado útil para los que no tienen habilidad virtual. (21)

### **Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General**

El diálogo con el paciente es la herramienta clave del estomatólogo pediatra para manejar a un niño en el consultorio dental. Según la Asociación Americana de Odontopediatría, la mayoría de los niños (80 al 85%) decide recibir tratamiento con técnicas de gestión básica del comportamiento. No obstante, para el 15% de este grupo de personas, estos métodos no resultan apropiados ni efectivos, y se necesita un manejo sofisticado con medicamentos, sedación y anestesia general. (22) Algunas características de pacientes que no permiten un tratamiento convencional y que hacen necesario llevar a cabo la rehabilitación bucal bajo anestesia general, son las siguientes:

-Pacientes con ansiedad o que muestran miedo intenso en el consultorio estomatológico.

- Pacientes con compromiso médico. Aquellos que padecen trastornos físicos, psicológicos o emocionales que modifican sus actividades habituales. Estos factores incrementan la probabilidad de desarrollar caries dental debido a aspectos de alimentación e higiene. Además, numerosos fármacos que se administran oralmente incluyen azúcares, lo que incrementa la ingesta de carbohidratos en la alimentación y complica mantener la higiene oral. En ciertos niños, la administración parenteral de fármacos puede fomentar una fobia a las agujas y suelen negarse a ser atendidos en el consultorio dental.

-Pacientes que presentan alergia a los anestésicos locales.

-Pacientes con caries dental extensa. Niños de menos de cuatro años que padecen caries de la infancia temprana.

-Tratamiento dental complejo o extenso. Pacientes que requieren tratamientos pulpares y extracciones dentales múltiples, que llevan demasiado tiempo y varias citas, por lo que disminuye la cooperación del paciente. (22)

La anestesia general provoca una condición de inconsciencia reversible, con la pérdida parcial o total de los reflejos de protección. Facilita la permeabilidad de la vía aérea y un acceso vascular. En quirófanos que dispongan de la infraestructura apropiada, la anestesia debe ajustarse a la Norma Oficial Mexicana. Es necesario obtener el consentimiento informado de los padres o representante legal y detallar la indicación principal para este tratamiento en el expediente médico. (22) Los propósitos fundamentales de la anestesia general son proporcionar seguridad, eficacia y eficiencia en los tratamientos dentales; erradicar el dolor y la ansiedad en los pacientes; disminuir los movimientos y respuestas al tratamiento estomatológico; aportar al tratamiento completo de los pacientes con trastornos mentales, físicos o médicos, eliminando los focos de infección que podrían poner en riesgo su salud. Desde su creación en 1971, el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría ha llevado a cabo tratamientos de rehabilitación bucal bajo anestesia general.

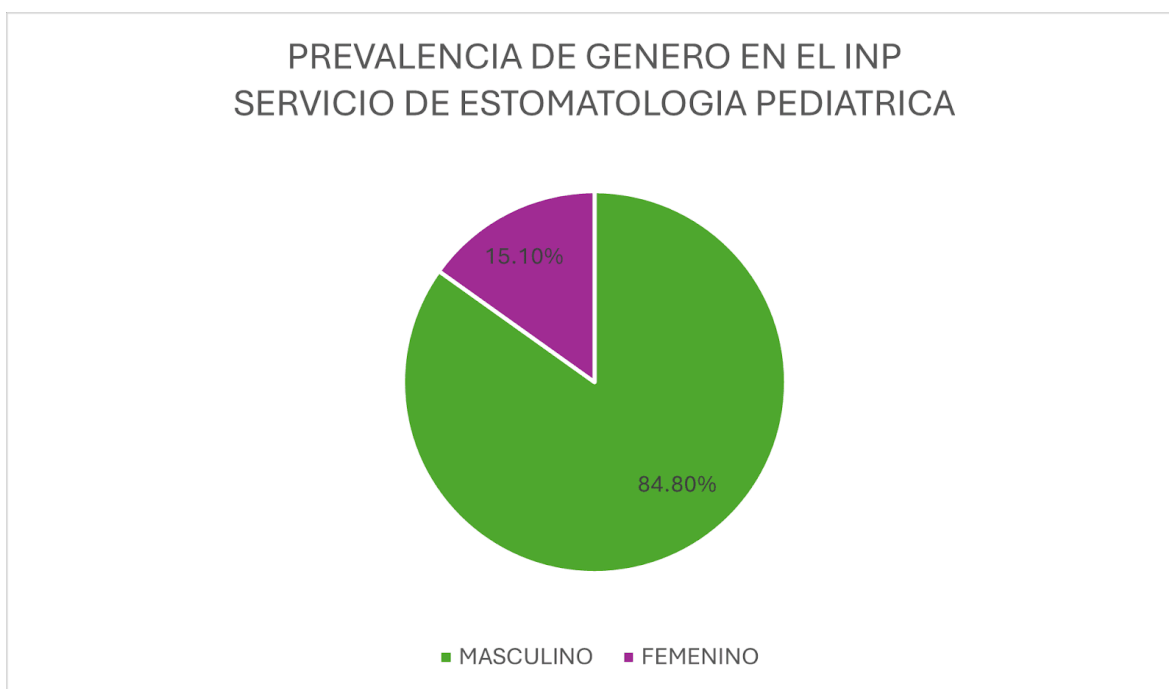
Sin embargo, la anestesia general debe ser la opción final para el tratamiento respecto al comportamiento y requerimientos estomatológicos del paciente; para brindar la máxima calidad en los cuidados odontológicos; y para el progreso emocional y la condición médica de los pacientes. (22)

Por sus características y necesidades, los pacientes con TEA en el Instituto Nacional de Pediatría son abordados preferiblemente bajo anestesia general, ya que el servicio no cuenta con un ambiente y/o entorno favorable para llevar a cabo su manejo, sin embargo, depende también del grado y complejidad del mismo.

### Prevalencia de género en pacientes con trastorno del espectro autista en el Instituto Nacional de Pediatría durante el año 2024

El siguiente porcentaje fue resultado del conteo de pacientes tomados en cuenta únicamente de los consultorios en los que había más probabilidad o correspondía atender a pacientes con este síndrome.

Género	Masculino	Femenino
Rango de edades		
<b>0-3 años</b>	2	1
<b>4-6 años</b>	10	0
<b>7-9 años</b>	7	2
<b>10-12 años</b>	5	1
<b>13-15 años</b>	3	1
<b>16-18 años</b>	1	0
<b>Total de pacientes</b>	28	5



## **OBJETIVO GENERAL**

El siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo describir las generalidades de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista en el ámbito Estomatológico mediante una revisión bibliográfica.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.** Identificar las características clínicas generales y propias de la cavidad bucal del paciente con trastorno del espectro autista.
- 2.** Describir las técnicas más actuales de atención dental a pacientes con trastorno del espectro autista.
- 3.** Analizar la información registrada de acuerdo al género de los pacientes con trastorno del espectro autista del Instituto Nacional de Pediatría y verificar que cumpla con la información recabada en la revisión bibliográfica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se adapta a una revisión bibliográfica sistemática cuantitativa realizada a partir de los análisis de diversos artículos y revistas científicas en Español e Inglés, dentro del campo odontológico provenientes de diversas bases de datos científicas como Elsevier, PubMed, Medigraphic, Scielo y Google Scholar, entre los años 2014-2024, utilizando los términos y palabras clave: Odontopediatría, Trastorno de espectro autista, discapacidad, manejo conductual.

- Criterios de Inclusión

-Publicaciones, artículos y revistas científicas de impacto mundial en inglés y español.

-Revisiones sistemáticas, casos clínicos y revistas científicas con publicaciones de los años 2014-2024.

- Criterios de Exclusión

-Artículos o revistas científicas en los que el contenido no responda a los intereses investigativos, o relacionados al tema.

-Publicaciones que carezcan de rigurosidad científica.

-Publicaciones que sobrepasan el límite de años establecido

- Recurso Humano

Como recursos humanos se consideró la base de datos proporcionada por el servicio de estadística del Instituto Nacional de Pediatría y al conteo realizado por los pasantes del Servicio de Estomatología durante el año 2024, gracias a ello se pudieron obtener las estadísticas de porcentajes y promedios.

- Recurso Material

Las bases de datos científicas en internet fueron el recurso material más importante para desarrollar esta investigación porque permitieron al investigador realizar una búsqueda sistemática y actual de la literatura referente al tema a investigar.

## RESULTADOS

En este trabajo se registraron 33 pacientes con TEA, que acudieron a consulta en el servicio de Estomatología durante el año 2024, con edades entre 0 a 18 años. En los pacientes predominó el género masculino con un 84.8% y el femenino con 15.1%. El promedio de edad fue de 7.9 años. Según la bibliografía, los datos recopilados destacan la prevalencia del género masculino, así mismo los datos registrados en el Instituto Nacional de Pediatría mostraron el mismo resultado, marcando una gran diferencia entre ambos géneros. Es así como se confirma que existe una mayor incidencia de pacientes con TEA entre los hombres que entre las mujeres; la afección en los niños es cinco veces más frecuente que en las niñas.

## DISCUSIÓN

El TEA es un trastorno del desarrollo neurológico de origen biológico que surge en la infancia, caracterizado por una alteración en las relaciones interpersonales, en la comunicación, el lenguaje, la imaginación, comportamientos estrictos y actividades estereotipadas.(12) A nivel global, la prevalencia del TEA es de uno en cada 160 individuos, estos números difieren entre países y continentes. En México, la prevalencia es de 1 en 115 niños. Esto implica que aproximadamente el 1% de los niños en México, padecen de TEA. La detección de este trastorno diverso del neurodesarrollo se lleva a cabo en las comienzas fases de la vida y se mantiene durante la adultez. (20) Como se describe en la literatura, el TEA, está igualmente distribuido entre todas las clases económicas y sociales y en todas las razas, sin embargo, existe una característica que no es equitativa, el género, ya que existe una mayor incidencia de TEA entre los hombres que entre las mujeres; la afección en los niños es cinco veces más frecuente que en las niñas. Cuando el especialista conoce las técnicas adecuadas de tratar con estos pacientes, disminuye gradualmente el terror de cometer algún error al momento de atenderlos y, por ende, se reduce el estrés en las consultas tanto de él como del paciente. Desde siempre se conocen técnicas convencionales muy buenas; sin embargo, no todas son aplicables con todos estos pacientes. (19)

## CONCLUSIONES

Es importante aprender a manejar a los pacientes con TEA, dado que para ellos, una simple consulta inicial podría resultar en una experiencia traumática. Es necesario que todos los profesionales conozcan sobre las técnicas de manejo de conducta para que estén capacitados y traten de manera profesional a estos pacientes. La *Academia Americana de Odontopediatría (AAPD)* explica que el manejo del comportamiento de pacientes con necesidades especiales ha cambiado. Estos pacientes pueden presentar un gran riesgo en su salud bucal, debido a su poca capacidad de cooperación con programas preventivos y en su higiene diaria. Por lo tanto, los pacientes con TEA deberían acudir lo más pronto a la consulta dental para establecer una familiarización con la misma y desarrollar una rutina en la higiene bucal. Una adecuada interacción entre odontólogo - paciente y con el medio ambiente que lo rodea, facilita una buena relación y experiencia en la consulta dental, lo cual asegurará una buena atención y preservación de su salud oral, para contribuir a un nivel vida óptimo. El manejo estomatológico a nivel hospitalario y con este tipo de pacientes, resulta ser complicado ya que el ambiente al que se expone el paciente, carece de un entorno ideal para su óptimo manejo, impidiendo el tratamiento a nivel ambulatorio en las consultas. Por ello, como último recurso, cuando las técnicas de manejo más comunes no son exitosas, los pacientes son tratados con anestesia general en una sola sesión, logrando así una rehabilitación oral completa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Morga M, Paz Quesada M, Bueno C, Martínez S. Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2019 [citado el 23 de mayo de 2024];79(1):27–32. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802019000200007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200007)
2. López VJM, de Jesús RG, Bravo PG, Ramos OM, Ríos HNP. Autismo y personalidades con trastornos de la conducta autista. *Rev Panorama.Cuba y Salud* [Internet]. 2019 [citado el 23 de mayo de 2024]; 14(1):53-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2019/pcs191i.pdf>
3. Herrera-Del Aguila DD. Trastorno del Espectro Autista. *La Historia. Diagnóstico* [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024];60(3):131-133. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/355375644\\_Trastorno\\_del\\_Espectro\\_Autista\\_La\\_Historia](https://www.researchgate.net/publication/355375644_Trastorno_del_Espectro_Autista_La_Historia)
4. Robles López LR, Hernández Barrios LR, Peña Rosales B, De la Rosa Arredondo T, Guadarrama Ortiz P. Trastorno del espectro autista: una revisión para el médico de primer nivel de atención. *Aten Fam* [Internet]. 2019 [citado el 23 de mayo de 2024];26(4):150-157. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.7079>
5. Celis Alcalá G, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* [Internet]. 2022 [citado el 23 de mayo de 2024];65(1):7–20. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422022000100007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000100007)
6. César Reynoso, María José Rangel, Virgilio Melgar. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* [Internet] 2017 [citado el 28 de mayo de 2024];55(2):214-22 . Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
7. Barragán Ordóñez A, Llerena Samaniego JV, Guillen Gordillo D, Gonzalez Yaguana J, Castillo Gordillo L. Manejo odontológico en pacientes con trastorno del espectro autista. *RECIMUNDO* [Internet]. 2022 [citado el 28 de mayo de 2024];6(4):170–80. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1802>
8. Artigas-Pallares J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2012 [citado el 5 de junio de 2024];32(115):567–87. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
9. Hervás Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M. Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral* [Internet]. 2017 [citado el 5 de junio de 2024];XXI (2): 92–108. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>
10. Lucía Lisseth Vázquez-Villagrán, Carlos Daniel Moo-Rivas, Elisael Meléndez-Bautista, Juan Sebastián Magriñá- Lizama, Nina Isabel Méndez-Domínguez. Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Neuroci* [Internet]. 2017 [citado el 22 de junio de 2024];

- 18(5):31-45. Disponible en:<https://previous.revmexneurociencia.com/articulo/revision-del-trastorno-del-espectro-autista-actualizacion-del-diagnostico-tratamiento/>
11. Espín Jaime JC, del Valle Cerezo Navarro M, Espín Jaime F. Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no lo es. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2013[citado el 22 de junio de 2024];11(6):333–41. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(13\)70155-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(13)70155-0)
  12. Pérez García, I., Pedraza Contreras M., Robles Bermeo L. Manejo estomatológico en paciente con trastorno espectro autismo. Reporte de caso. *Act Odontol. Venez.* [Internet]. 2016 [citado el 15 de julio de 2024]; 54(1) Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/1/art-11/>
  13. Pérez Jiménez E. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE AUTISTA. MANIFESTACIONES ORALES. *Rev Euro Odonto.*[Internet]. 2015[citado el 15 de julio de 2024];11:52:57
  14. Tirado- Amador LR, Madera M, Leal-Acosta CA. Salud bucal en sujetos con trastorno del espectro autista: consideraciones para la atención odontológica. *Rev CES Odont* [Internet]. 2021 [citado el 15 de julio de 2024];34(2):1139–58. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2021000200139](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2021000200139)
  15. Morales Chávez M.,González M. Síndromes genéticos y otros trastornos asociados a autolesiones bucales. *Acta Odontol. Venez.* [Internet]. 2016 [citado el 15 de julio de 2024];52(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/2/art-19/>
  16. Como DH, Stein Duker LI, Polido JC, Cermak SA. Oral health and autism spectrum disorders: A unique collaboration between dentistry and occupational therapy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio de 2024];52(2).;18(1):135. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010135>
  17. Giraldo Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona Gómez N, Gutiérrez Pineda JL, Giraldo Moncada KA, Jiménez Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. *CES odontol* [Internet]. 2017[citado el 18 de julio de 2024];30(2):23-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
  18. Herrera-Moncada M, Campos-Lara P, Hernández-Cabanillas JC, Bermeo-Escalona JR, Pozos-Guillén A, Pozos-Guillén F, et al. Autism and paediatric dentistry: A scoping review. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2019 [citado el 18 de julio de 2024];17(3):203–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3290/j.ohpd.a42665>
  19. Mendoza Cruz M, de Jesús Morales P del C, Burgos Zapata AP, Itzá Ortega DP, Sarabia Herrera JE, Pérez Hernández LJ, et al. Las técnicas para la atención de pacientes con trastorno del espectro autista durante la consulta odontológica. *Rev ADM* [Internet]. 2024[citado el 23 de agosto de 2024];81(2):95–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2024/od242f.pdf>
  20. Perales-Terán M, Sabbagh-Haddad A, Juárez-Ibarra KI, Cruz-Fierro N. Evaluación de tres técnicas para el manejo de conducta odontológica en

- pacientes con trastorno del espectro autista. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2021[citado el 23 de agosto de 2024];24(1):7–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v24i1.19692>
21. Bommangoudar JS. Management of autistic patients in dental office: A clinical update. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2018[citado el 8 de septiembre de 2024];11(3):219–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1515>
  22. de la Teja Ángeles E, Torres DCV, Galdós DAC. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en el Servicio de Estomatología Pediátrica. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2004[citado el 16 de octubre de 2024];25(6):342-8Gob.mx:8180. [citado el 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1572/1/ActPed2004-56.pdf>
  23. Instituto Nacional de Pediatría. INP - Asistencia Médica. Gob.mx. [Internet]. 2021 [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.pediatria.gob.mx/interna/asis\\_medica.html](https://www.pediatria.gob.mx/interna/asis_medica.html)

## DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

### —PLAZA N° 2 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA INP—

El Instituto Nacional de Pediatría está ubicado en Av. Insurgentes Sur 3700-Letra C, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, 04530 Ciudad de México, es una institución de atención médica, enseñanza e investigación científica perteneciente a la Secretaría de Salud de México cuya especialidad es la pediatría. Se denomina como institución de 3er. Nivel, ya que atiende padecimientos que ameritan especialistas médicos y para ello cuentan con pediatras especialistas en: Alergia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía de Tórax y Neumología, Comunicación Humana, Dermatología, Endocrinología, Estomatología, Gastro-Nutrición, Genética, Hematología, Infectología, Inmunología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Parasitología, Radioterapia, Salud Mental, Salud Reproductiva, Urología y Urgencias.

La atención de los niños inicia por su acceso a los diferentes servicios del instituto a través de la Consulta Externa, o en su caso, por el Servicio de Urgencias, de ahí son transferidos según sea el caso a los servicios ambulatorios de especialidades u hospitalización; en caso de no requerir atención de 3er. Nivel Trabajo Social los orienta y los canaliza al servicio donde serán mejor atendidos.

Respecto al servicio de Estomatología pediátrica, está conformado por 7 consultorios cada uno designado a ciertas especialidades. Los pacientes son asignados a un consultorio de acuerdo al diagnóstico de base que presentan y/o por el servicio del que son referidos.

Consultorio	Especialidad	Diagnostico
<b>C-1</b>	Preventiva	
<b>C-2</b>	Epilepsia. Síndrome de Landaukleffner.. Síndrome de West. Síndrome de Lenox Gastaut Síndrome de Dravet. Síndrome de Doose. Síndrome de Ohthara. Síndrome de Angelman Miastenia Gastroenterología. Rehabilitación Dermatología ATR.	Labio y paladar hendido. Parálisis cerebral. Retraso psicomotor. Pacientes con alergias. Pacientes con Asma. Urgencias antes de las 12:00 del medio día. Pacientes sanos. Rinitis. Asma. Neumología. Autismo. Hiperbilirrubinemia. Sx Rett.

<b>C-3</b>	Genética Endocrinología Clínica Down Diabetes Síndrome Turner Síndrome de Noonan Síndrome de Cruzon Síndrome de Apert	Pacientes con síndromes Pacientes con desnutrición Pacientes de talla baja
<b>C-4</b>	Trauma Fracturas Cirugía de terceros molares Patología oral y maxilofacial Cirugía bucal Cirugía Ortognática	Fractura ATM Fracturas Mandibulares Mucoceles Ránulas Tumor Caninos retenidos Quistes
<b>C-5</b>	Neumonía SHAOS Síndromes con repercusión de maloclusión Síndrome de Goldenhar	Maloclusión Ortodoncia prequirúrgica Respiración Bucal Pacientes para cirugía ortognática
<b>C-6</b>	Labio y paladar hendido Síndrome de Treacher Collins Craneosinostosis Secuencia de Bandas amnióticas	Pacientes con asimetría facial Hendiduras palatinas Malformaciones craneo faciales Px c/microftalmia Px c/microtia
<b>C-7</b>	<b>Pacientes referidos por:</b>  Inmunología Cardiología Oncología Hematología Infectología Clínica del niño maltratado Nefrología	<b>Pacientes con:</b> Bajo terapia de reemplazo Protocolo de trasplante Síndrome autoinflamatorio Cardiopatía Bajo tratamiento de quimioterapéutico Tratamiento de inmunosupresores

**Tabla de clasificación de los consultorios:**

El servicio de estomatología cuenta con un Jefe de Servicio y con 9 Adscritos a cargo del mismo. Cada año ingresa una nueva generación de médicos Residentes al servicio, los cuales estarán realizando su especialización en estomatología pediátrica durante aproximadamente poco más de dos años, siendo así 7 Médicos residentes de primer año y 7 médicos residentes de segundo año, los cuales son los encargados de llevar a cabo la mayoría de los procedimientos bajo la supervisión de cada médico adscrito al consultorio en el que se encuentre rotando, acompañados también por uno o dos pasantes del servicio social dependiendo de la demanda del consultorio, así cada consultorio se encuentra formado por: Un médico adscrito, un residente de segundo y primer año y un pasante de servicio social. Cada mes o mes y medio aproximadamente, los médicos residentes y pasantes del servicio social van rotando por cada consultorio para aprender y trabajar en las 7 especialidades. Además el servicio también cuenta con el personal o compañeros de enfermería los cuales trabajan en conjunto para proporcionar equipos, materiales e insumos suficientes para cada consultorio.

## INFORME NUMERICO NARRATIVO.

Las diversas actividades realizadas durante mi estancia en el Instituto Nacional de Pediatría, se llevaron a cabo desde la parte administrativa hasta cumplir con asistencia a clases, entregar tareas, actividades asistenciales con los Médicos Residentes, incluso el participar en actividades recreativas del hospital para festividades como día del niño, día de muertos o navidad.

### PASANTÍAS/ROTACIONES

#### Consultorio N° 1 (06 de febrero al 29 de febrero) T.V

Consultas		Pacientes	
1a. Vez	18	Sano	0
Subsecuentes	38	Hospitalizado	0
Interconsultas	8	Dx Base	43
Urgencias	0	LPH	0
Total	64		

Actividades	
Radiografías periapical	3
Impresiones dentales	3
Modelos de yeso	18
Profilaxis antibiótica	4
Fotografías extra e intraorales	2
Técnica de Cepillado	13
Indicaciones post tratamientos	8

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	✓
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

#### Consultorio N° 2 (01 de marzo al 19 de abril) T.V

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	15	Sano	0
Subsecuentes	52	Hospitalizado	0
Interconsultas	12	Dx Base	58
Urgencias	0	LPH	0
Total	79		

Actividades	
Radiografías periapical	12
Impresiones dentales	9
Modelos de yeso	16
Profilaxis antibiótica	14
Fotografías extra e intraorales	2
Técnica de Cepillado	24
Indicaciones post tratamientos	12

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	✓
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

Consultorio N° 1 (22 de abril al 31 de mayo) T.V

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	12	Sano	0
Subsecuentes	34	Hospitalizado	0
Interconsultas	6	Dx Base	39
Urgencias	0	LPH	0
Total	52		

Actividades	
Radiografías periapical	4
Impresiones dentales	7
Modelos de yeso	9
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	2
Técnica de Cepillado	8
Indicaciones post tratamientos	3

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	✓
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

Consultorio N° 5 (03 de junio al 14 de junio) T.V

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	5	Sano	0
Subsecuentes	15	Hospitalizado	0
Interconsultas	0	Dx Base	10
Urgencias	0	LPH	0
Total	20		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	4
Modelos de yeso	6
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	5
Indicaciones post tratamientos	4

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	✓
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

Consultorio N° 3 (17 de junio al 28 de junio) T.V

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	6	Sano	0
Subsecuentes	18	Hospitalizado	0
Interconsultas	0	Dx Base	22
Urgencias	0	LPH	0
Total	24		

Actividades	
Radiografías periapical	4
Impresiones dentales	4
Modelos de yeso	6
Profilaxis antibiótica	2
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	0
Indicaciones post tratamientos	5

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	✓
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

Consultorio N° 4 (28 de junio al 31 de julio) T.V

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	0	Sano	0
Subsecuentes	10	Hospitalizado	0
Interconsultas	0	Dx Base	10
Urgencias	0	LPH	0
Total	10		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	0
Modelos de yeso	0
Profilaxis antibiótica	3
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	0
Indicaciones post tratamientos	1

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	X

Consultorio N° 5 (01 de agosto al 16 de agosto) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	2	Sano	0
Subsecuentes	75	Hospitalizado	0
Interconsultas	0	Dx Base	76
Urgencias	0	LPH	0
Total	77		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	47
Modelos de yeso	52
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	36
Indicaciones post tratamientos	0

Administrativo	
Bitácora de pacientes	X
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	X

Consultorio N° 6 (19 de agosto al 31 de agosto) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	35	Sano	0
Subsecuentes	147	Hospitalizado	0
Interconsultas	43	Dx Base	167
Urgencias	0	LPH	169
Total	115		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	64
Modelos de yeso	73
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	14
Indicaciones post tratamientos	23

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	X
Recetas	X

Consultorio N° 5 (02 de septiembre al 06 de septiembre) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	8	Sano	0
Subsecuentes	87	Hospitalizado	0
Interconsultas	0	Dx Base	92
Urgencias	0	LPH	0
Total	95		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	37
Modelos de yeso	43
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	28
Indicaciones post tratamientos	0

Administrativo	
Bitácora de pacientes	X
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	X
Recetas	X

**Rotación 09 de septiembre al 23 de septiembre Primer período vacacional.**

Consultorio N° 6 (23 de septiembre al 01 de noviembre) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	37	Sano	0
Subsecuentes	189	Hospitalizado	0
Interconsultas	45	Dx Base	267
Urgencias	0	LPH	203
Total	271		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	63
Modelos de yeso	75
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	35
Indicaciones post tratamientos	0

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	X

Consultorio N° 4 (4 de noviembre al 11 de diciembre) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	26	Sano	0
Subsecuentes	168	Hospitalizado	6
Interconsultas	22	Dx Base	207
Urgencias	0	LPH	5
Total	216		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	0
Modelos de yeso	0
Profilaxis antibiótica	8
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	0
Indicaciones post tratamientos	38

Administrativo	
Bitácora de pacientes	X
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	✓
Recetas	✓

Consultorio N° 6 (12 diciembre al 27 diciembre) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	12	Sano	0
Subsecuentes	83	Hospitalizado	0
Interconsultas	9	Dx Base	90
Urgencias	0	LPH	78
Total	104		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	29
Modelos de yeso	32
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	14
Indicaciones post tratamientos	28

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	X
Recetas	X

**Rotación 27 de diciembre al 11 de enero Segundo período vacacional.**

Consultorio N° 6 (13 de enero al 31 enero) T.M

CONSULTAS		PACIENTES	
1a. Vez	8	Sano	0
Subsecuentes	68	Hospitalizado	0
Interconsultas	16	Dx Base	78
Urgencias	0	LPH	85
Total	92		

Actividades	
Radiografías periapical	0
Impresiones dentales	23
Modelos de yeso	28
Profilaxis antibiótica	0
Fotografías extra e intraorales	0
Técnica de Cepillado	6
Indicaciones post tratamientos	7

Administrativo	
Bitácora de pacientes	✓
Agenda de pacientes	✓
Papelería para pacientes de RBBAG	X
Solicitudes de estudios de laboratorio	X
Recetas	X

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El servicio social dentro de esta institución va relacionado más a tareas administrativas que practicas odontológicas, la consulta diaria es llevada a cabo primera y únicamente por los médicos residentes del Servicio de Estomatología Pediátrica, el cual ofrece desde una consulta/valoración hasta una rehabilitación bucal completa bajo anestesia general respondiendo así a las necesidades de salud de la población. Es verdad que por ser una institución de gobierno, carece de insumos y/o materiales y tiene ciertas desventajas o límites al tener que responder a un grupo bastante amplio de población mexicana y extranjera, el abastecimiento a toda esta población es complicada por lo que las citas son en tiempos muy prolongados y no siempre se cuenta con el material necesario para atender las necesidades de cada paciente, sin embargo, se debe tratar de dar el mejor servicio dentro de las posibilidades. La bioseguridad dentro del servicio es muy importante ya que a diario se comparten espacios que son utilizados por miles de pacientes, muchos de ellos con diagnósticos delicados y con los cuales se tiene que tener un cuidado especial, sin embargo, muchas normas y protocolos no son llevados a cabo correctamente ya que la gran demanda del hospital y el poco presupuesto con el que se cuenta no es suficiente para seguirlos. Las tareas otorgadas a los pasantes de servicio social son principalmente administrativas y principalmente cumplen con la función y organización del servicio por lo cual responden a las necesidades de los pacientes.

## CONCLUSIONES

Es importante destacar que los pasantes de servicio social, cumplen un papel muy importante dentro del servicio, pues son los que se encargan de la organización y funcionalidad del sistema, sin embargo, el servicio puede involucrarlos más y dar un mejor servicio a la población. Como pasante de la Licenciatura en Estomatología es importante hacer énfasis en qué un servicio social se trata principalmente en contribuir a la formación integral de los estudiantes en el cual se deben aplicar todos los conocimientos, valores y habilidades obtenidas durante nuestra formación, sin embargo, dentro de esta plaza es complicado poder aplicar todos estos conceptos ya que difícilmente puedes practicar por lo cual debes atenerte a las actividades administrativas dentro del mismo, las cuales no son inadecuadas pero para la demanda de la institución los pasantes pueden cumplir con más funciones involucradas a la práctica y el aprendizaje y trabajar en conjunto con los Médicos Residentes y explotar todo lo que verdaderamente puede ofrecer el servicio. A pesar de ello, el servicio social dentro de esta institución es una oportunidad para conocer un poco sobre lo que es el ambiente y trabajo hospitalario, es verdad que observas y aprendes cosas que usualmente no ves dentro de un consultorio privado.