



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE ASPERGER.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

PAULETTE PAOLA PRADO FLORES

TUTORA: MTRA. ALEJANDRA GREENHAM GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA, PREVALENCIA E INCIDENCIA	7
1.1. Definición	7
1.2. Etiología	9
1.3. Prevalencia e incidencia	10
1.4. Clasificación	12
2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE ASPERGER	14
2.1. Conducta social	15
2.2. Lenguaje	16
2.3. Intereses y rutinas	16
2.4. Torpeza motriz	18
2.5. Desordenes del movimiento	20
2.6. Sensibilidad sensorial	22
3. DIAGNÓSTICO	24
3.1. Auxiliares de diagnóstico	27
3.2. Técnicas diagnósticas	28
3.3. Evaluación de diagnóstico	31
3.4. Diagnóstico diferencial	32
4. TRATAMIENTO	36
4.1. Opciones de Tratamiento	36
4.2. Medicación en niños con Síndrome de Asperger	37



5. SÍNDROME DE ASPERGER EN ODONTOLOGÍA	38
5.1. Alteraciones orales	42
5.2. Tratamiento odontológico	45
6. COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE ASPERGER EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA	46
6.1. Comportamiento del paciente	46
6.2. Estrategias en el consultorio	47
7. Conclusiones	49
8. Bibliografía	50



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme guiado en el transcurso de mi carrera, por darme fuerza en los momentos difíciles y por brindarme una vida llena de felicidad.

Gracias a la UNAM, por permitirme ser parte de esta gran institución y darme una completa formación: **ORGULLOSAMENTE UNAM.**

A mi tutora, la Mtra. Alejandra Greenham González, por dirigir mi trabajo de tesina, por encaminarme y brindarme sus conocimientos y consejos.

A mi papá Fernando Prado, por ser mi guía, por confiar en mí en todo momento y alentarme para no desistir y lograr todas mis metas, tú eres mi razón de fortaleza y mi más grande ejemplo de lucha y perseverancia.

A mi mamá Esther Flores, por ser mi amiga, confidente, por dar todo por mí, y aunque no estemos juntas físicamente, sé que siempre estás conmigo, tu mi más grande inspiración, mi más grande ángel.

A mi hermano Fernando Prado, por ser mi compañero, por crecer y aprender juntos, por tu nobleza y comprensión, por nunca dejarme sola y apoyarme en cada uno de mis sueños.

A mi abuelita Margarita Quevedo, porque muy a pesar de la distancia permaneces al pendiente de nosotros, por tener las palabras necesarias cuando más lo necesito, por tu inmenso cariño.

A mi novio Daniel Sobrino, por llegar a mi vida a darle luz, por su apoyo incondicional, por compartir el mismo camino y enseñarme el verdadero significado del amor.



SÍNDROME DE ASPERGER.



A mis verdaderos amigos que han sido como mi familia, los que han estado conmigo en las buenas y malas.

A todos los mencionados con anterioridad, gracias por acompañarme hasta esta etapa, gracias por ser parte de mi vida.

Paulette Paola Prado Flores



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, permite establecer al Síndrome de Asperger (SA) como un Trastorno Generalizado del Desarrollo que se caracteriza por la presencia de interacciones sociales deficientes o inadecuadas, obsesiones, patrones del habla extraños y otras peculiaridades características.

Los niños con Síndrome de Asperger a menudo muestran poca expresividad facial y tienen dificultades para leer el lenguaje corporal de los demás; pueden implicarse en rutinas obsesivas y presentar una sensibilidad inusual a los estímulos.

En general, las personas que padecen Síndrome de Asperger son capaces de tener una vida cotidiana, pero tienden a ser inmaduras desde el punto de vista social y la gente las suele ver como personas raras o excéntricas.

La incidencia de este Síndrome ha incrementado en los últimos años, por lo que esta investigación se enfoca en dar a conocer al Síndrome de Asperger y su relación con la Odontología basándonos en un conjunto de signos y síntomas que ayudan a identificar este padecimiento.



1. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA, PREVALENCIA E INCIDENCIA

1.1. Definición

El Síndrome de Asperger (SA), es una condición determinada por un conjunto de características mentales y conductuales. Forma parte de los trastornos del espectro autista (TEA). Se presenta esencialmente una alteración de la interacción social; los sujetos muestran patrones de comportamiento, actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados, tienen dificultades en el habla y el lenguaje, alteraciones en su motricidad, sensibilidad agudizada de alguno o varios sentidos; una capacidad normal de inteligencia y en ocasiones habilidades excepcionales en áreas restringidas.

El reconocimiento internacional del Asperger como entidad clínica ocurrió en la década de 1990 y fue incorporado por primera vez dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su cuarta edición en 1994 (DSM-IV), cincuenta y un años después de que Hans Asperger publicara por primera su investigación sobre este síndrome. ¹

Lorna Wing y Judith Gould, realizaron un estudio en 1979, que demostró que los rasgos autistas que describen al Síndrome de Asperger pueden situarse como un conjunto de diferentes dimensiones que alteran el Autismo, también en otros cuadros que afectan al desarrollo. Wing, difundió el término “Síndrome de Asperger” y desarrolló el concepto de trastorno del espectro autista. ²

¹Attwood,T. *El Síndrome de Asperger: Una guía para la familia*. Ediciones Paídos Ibérica. España, 2007. p. 26.

² Alcantud, M. F. *Intervención Psicoeducativa en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Editorial Pirámide. Madrid, 2003. p. 17



Rutter y Schopler mencionan que actualmente se destaca como base para el diagnóstico de este grupo de síndromes, la aparición asociada de tres alteraciones, conocidas como la triada de Wing: socialización, comunicación e imaginación.³

Muchos autores enfocados en la intervención de necesidades educativas especiales, denominan indistintamente a los alumnos con TEA sin hacer distinción de cada síndrome, los niños afectados manifiestan las características autistas desde lo más severo en el autismo clásico de Kanner, grados intermedios como el Síndrome de Rett y el extremo de mayor capacidad en cuanto al desempeño de las áreas afectadas, que sería el Síndrome de Asperger.

Holo que distingue el autismo de Kanner del SA, según Happé, son los siguientes aspectos: lingüísticos, Kanner expresó que entre sus pacientes, los que poseían lenguaje no lo utilizaban para comunicarse, en el SA la mayoría de los niños hablaban con fluidez”; sobre las capacidades motrices, Kanner destaca la destreza de la motricidad fina en la mayoría de sus pacientes, un poco de torpeza en la motricidad gruesa.

Asperger describe torpeza en la mayoría de sus pacientes, en la motricidad y coordinación fina y gruesa; problema social, Kanner consideraba que tenían una alteración específica en la comprensión social, mantenían mejores relaciones con los objetos que con las personas, Asperger creía que sus pacientes, tenían alteraciones tanto en las relaciones sociales con las personas y los objetos; finalmente en las capacidades de aprendizaje, Kanner observó que sus pacientes aprendían de la repetición constante y Asperger observó un progreso de la producción espontánea en sus casos.⁴

³Attwood, T. Op.Cit., p. 38

⁴ Ib. p. 29-31



1.2. Etiología

Asperger destacó la posibilidad de atribuir esta condición a factores genéticos o neurológicos, más que a psicológicos o ambientales. Describió basado en su experiencia que algunos progenitores, particularmente los padres, parecían compartir características de personalidad de sus hijos.⁵

Hace 15 años un grupo de psicólogos dirigido por Giacomo Rizzolatti, identificaron las neuronas espejo. Tras su investigación, explicaron las formas complejas de interacción social que presentan, estableciendo que el SA, está asociado a una disfunción de este sistema de neuronas.⁶

Las neuronas espejo o “neuronas especulares”, tienen la función de leer las intenciones del otro, sus expresiones lingüísticas, emociones y sensaciones somáticas, mediante dichos mecanismos neuronales la observación desencadena una “simulación encarnada” (mecanismo funcional fundamental para la empatía y la imitación), automática e inconsciente de lo percibido en el otro. Este sistema permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás.

En los estudios realizados por Rizzolatti, Iacoboni y otros autores, se utilizan distintas técnicas como: EEG (electroencefalograma) y TMS (estimulación magnética transcraneal), muestran como “En el funcionamiento típico se observa un efecto facilitador en los mismos músculos que emplearía el otro que no se distingue en personas con SA”.

La presencia de dificultades que tienen los niños con SA se observan en las conductas imitativas ya sean simbólicas o no simbólicas,

⁵Attwood, T., Op. Cit. p. 17-20

⁶Iacoboni, M. *Las neuronas espejo*. Katz Editores. Buenos Aires. 2009, p.169



cuando precisan imitar el uso de los objetos, gestos faciales y en la imitación vocal. El sistema de neuronasespejo, permite sentir la emoción que se observa. Éste déficit en las personas con SA estaría determinado por la incapacidad de establecer una equivalencia motora entre el que hace la demostración y el imitador.

Algunos autores consideran que finalmente existen evidencias que explican los síntomas clave de los trastornos del espectro autista. Se sostiene que aunque la gente con SA puede reconocer expresiones, los circuitos cerebrales que conectan las expresiones con la emoción son defectuosos. Gallese (2006), afirma que los resultados preliminares de la investigación sobre neuronas espejo, aunque no sean concluyentes, son ciertamente muy alentadores.⁷



Fig.1. Dr. Hans Asperger⁸

1.3 Prevalencia e incidencia

Las tasas de prevalencia del SA, varían en función de los criterios diagnósticos utilizados, la prevalencia documenta tasas de 0.3 hasta 8.4

⁷Iacoboni. M. Op. Cit., p. 101-104

⁸<http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2012/09/12/hans-asperger-y-el-sindrome-de-asperger/> [Citado el 10/09/2014]



por cada 10000 niños. De manera semejante, la tasa de prevalencia esperada para el SA variaría entre 1/33000 y 1/1200 niños.

Médicos especialistas en el SA son más convenientes para el diagnóstico, además representan con mayor precisión las descripciones originales de Asperger y el perfil de aptitudes de los niños evaluados. Según estos criterios la tasa de prevalencia está entre 36 y 48 por cada 10.000 niños, o entre 1/210 y 1/280 niños.⁹

En cuanto a la incidencia del SA por género, hay informes que sostienen mayor frecuencia en el sexo masculino. El doctor Carlos Marcín Salazar, director de la Clínica Mexicana de Autismo, refiere que en 20 años de experiencia ha encontrado por cada 25 hombres, 1 mujer con SA, afirmó que la incidencia a nivel mundial del SA aumenta: 1 de cada 100. En México se estima que cada año podrían nacer 6,000 personas con SA. (Hernández, 2012).

Las tasas de prevalencia del SA, varían en función de los criterios diagnósticos utilizados, la prevalencia documenta tasas de 0.3 hasta 8.4 por cada 10000 niños. De manera semejante, la tasa de prevalencia esperada para el SA variaría entre 1/33000 y 1/1200 niños.

Los varones son más remitidos a evaluación que las mujeres para el SA, un análisis reciente estableció que de 1000 evaluaciones diagnósticas realizadas durante 12 años la proporción entre varones y mujeres es de 4 a 1. Lo que se puede atribuir a que las niñas con SA han demostrado tener mejores mecanismos de afrontamiento y camuflaje. En algunas niñas o adultos con capacidad intelectual superior, el diagnóstico se dificulta frente a su capacidad de camuflar sus limitaciones.¹⁰

⁹Atwood,T. Op. Cit. p. 75-76

¹⁰Ib. p. 77

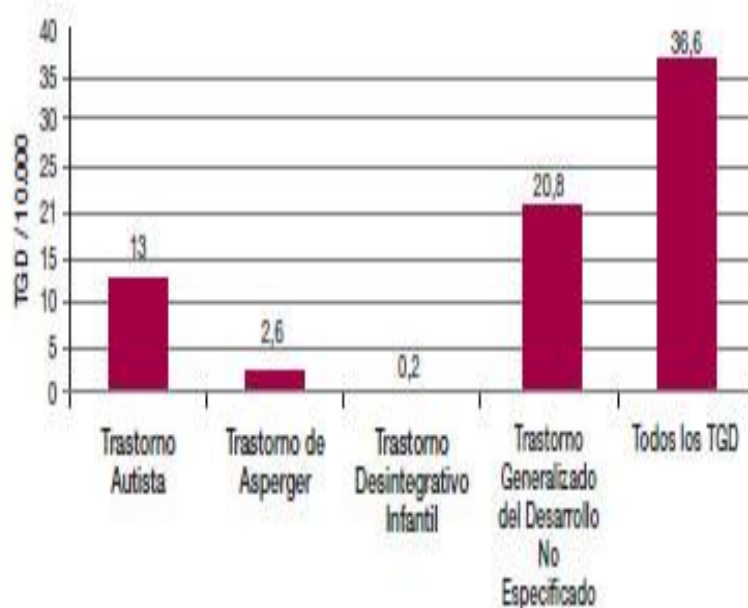


Fig.2. Prevalencia de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.¹¹

1.4 Clasificación

El reconocimiento oficial del Síndrome de Asperger como trastorno diferenciado del autismo lo realizó primero la Organización Mundial de la Salud en 1993, cuando lo incluyó en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, (International Classification of Diseases, ICD-10), donde aparece en la sección de Trastornos Generalizados del Desarrollo.¹²

Clasificación de trastornos mentales CIE-10:

¹¹<http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/apartado01/introduccion.html>. [Citado el 11/09/2014]

¹² Zúñiga Montero M. *El Síndrome de Asperger y su clasificación*. Red de Revistas Científicas de América Latina el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Educación. Vol. 33 Núm. 1. [Internet] 2009. [Citado el 20/09/2014] p. 183-186. Disponible en: <file:///E:/EL%20S%C3%8DNDROME%20DE%20ASPERGER%20Y%20SU%20CLASIFICACION%20C3%93N.htm>



F84 Trastornos generalizados del desarrollo:

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastornos generalizados del desarrollo sin especificación.¹³

En 1994, la Asociación Psiquiátrica Estadounidense lo incluyó en la cuarta versión del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistic Manual DSM-IV), en la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo:

1. Trastorno del autismo.
2. Trastorno de Rett.
3. Trastorno de la desintegración infantil.
4. Trastorno de Asperger.
5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El 2006 fue declarado el Año Internacional del Síndrome de Asperger, por cumplirse el centenario del nacimiento de Hans Asperger y el vigesimoquinto aniversario de que la psiquiatra Lorna Wing diera a conocer internacionalmente el trastorno.¹⁴

¹³Zúñiga Montero M.Op. Cit. p. 183-186

¹⁴Lafuente González M., Font Vega H., Síndrome de Asperger en Odontología, Revista de la Facultad de Odontología, ULACIT. [Internet]. 2011. [Consulta el 10 de Sep. De 2014]; p. 11-12. Disponible en:http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/45_2.lafuentegonzalezm.etal.pdf



A partir del año 2007, el día 18 de febrero ha sido declarado Día Internacional Asperger en recuerdo por el nacimiento del Dr. Hans Asperger.¹⁵

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE ASPERGER

Se distingue la alteración de la interacción social, que se manifiesta por lo siguiente: disfunción del uso de los múltiples comportamientos no verbales (gestos, expresiones, posturas), incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas, no compartir intereses y objetivos con otras personas y la ausencia de reciprocidad social y emocional. Muestran posturas de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, sin retraso general.¹⁶



Fig.3. Paciente con Síndrome de Asperger¹⁷

¹⁵Lafuente González M., Font Vega H. Op. Cit. p. 11-12

¹⁶Canda, M. F. Diccionario de pedagogía y psicología. Editorial Cultural SA. España. 2007, p. 32

¹⁷<http://g2.cdn.mersap.com/discapacidad/files/2012/09/asperger-corbis.jpg>[Citado el 11/09/2014]



2.1 Conducta social

Los niños con SA presentan primordialmente una dificultad para comportarse en sociedad de manera convencional. Asperger, describe cómo un niño con SA, no se une al juego de los demás, ni parece motivado a hacerlo, puede reaccionar con pánico si es forzado a participar. Toleran el contacto social si juegan bajo sus reglas, un juego libre implicaría lidiar con un diálogo u otras ideas, donde no tendría elocuencia.

Códigos de conducta

No parecen darse cuenta de reglas de conducta social implícitas para no hacer o decir imprudencias, pueden emitir comentarios que resultan groseros y no buscan la mejor manera de dirigirse a las personas, dan la impresión de carecer de sentido común.

Amistad

Por sus dificultades en general, les será difícil entablar e iniciar una amistad. Es necesario que se les enseñe que deben invitar a compartir sus actividades, que deben decir cosas agradables, así como mostrar interés, preocupación y ayudar a los demás.¹⁸

Contacto visual

Muestran dificultad para hacer contacto visual dentro de una conversación. Testimonios expresan que interrumpe su concentración, se les hace muy difícil mantenerla.

¹⁸Attwood,T.Op. Cit.,p. 54



Emociones

Tienen dificultad para expresar sus sentimientos, su rostro es poco expresivo, sin variedad y profundidad de las expresiones faciales posibles, sucede lo mismo con su lenguaje corporal. Muestran confusión para interpretar los sentimientos y señales corporales o faciales de los demás. Algunos niños expresan y definen sentimientos sencillos pero los más complejos les causan dificultad como vergüenza y orgullo.¹⁹

2.2 Lenguaje

Se aprecia que el 50% de los niños afectados presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje. Hablan con fluidez a la edad de 5 años, pero su conversación no es natural.

También hay una tendencia a interrumpir las conversaciones, emitiendo contenidos irrelevantes. La autora Carol Gray (1994), considera que estos niños asumen que la otra persona está pensando exactamente lo mismo que ellos.²⁰

2.3 Intereses y rutinas

La tendencia a la fascinación por un tema particular influye en el tiempo y discurso del niño con SA. También se da el imponerse rutinas que deben completar. Estos aspectos no se han establecido como pautas para el diagnóstico, pero si influyen significativamente en su vida.

¹⁹Attwood T. Op. Cit. p.65

²⁰Ib. p. 79-81



Intereses especiales

Son temas particularmente solitarios, que predominan en el tiempo y discurso del niño, se distingue el acúmulo de objetos o información sobre estos., considera que esto sucede por los siguientes motivos:

1. *Facilitar la conversación:* responder con comodidad y seguridad, en un contexto social donde se espera fluidez.
2. *Exhibir inteligencia:* les gusta demostrar su inteligencia utilizando terminología exclusiva sobre un tema, para indicar que tienen un conocimiento superior.
3. *Proporcionar orden y coherencia:* necesitan mantener consistencia en su vida, revisan su información y la organizan evitando enfrentarse a actividades no programadas.
4. *Forma de relajarse:* les brinda seguridad y estabilidad emocional realizar sus actividades programadas en soledad, antes que con un contacto social que les produce ansiedad.
5. *Actividad placentera:* adultos con SA refieren cómo desde niños sus intereses les causan enorme satisfacción, inclusive saltar de emoción cuando disfrutaban de ellos.

Las rutinas

Son acciones que ejecutan y tienen que realizarse estrictamente, y como ellos lo consideran adecuado. Son rituales que les dan equilibrio psicológico y emocional, pues necesitan tener certeza de lo que va a suceder. La novedad o los cambios, les resultan intolerantes. Las rutinas pueden estar muy arraigadas en la cotidianidad del niño, que puede ser muy autoritario con su entorno para que no cambie.²¹

²¹Attwood T. Op. Cit. p. 116



2.4. Torpeza motriz

Estudios realizados por Ehlers y Guillberg 1993; Ghaziuddin y otros 1994; Szatmari y otros 1990; Tantam, 1991, sugieren que entre el 50 al 90%, de los niños con SA, tiene dificultad en la coordinación en sus movimientos, algunos aprenden tardíamente a caminar. Pueden desarrollar tics faciales como: espasmos involuntarios de los músculos de la cara, parpadeo rápido o muecas ocasionales.²²

Existen pruebas estandarizadas que han permitido investigar profundamente la coordinación motriz en los niños con SA, identifican las habilidades que se ven afectadas, y que se benefician con apoyo de fisioterapia. Además han permitido determinar la naturaleza y grado de la dificultad de movimiento. Dichas habilidades son las siguientes:

La locomoción

No muestran armonía en su motricidad, cuando caminan o corren sus movimientos son torpes. Hallett 1993 expresa que hay una falta de coordinación de las extremidades superiores con las inferiores.

Equilibrio

Dificultad para mantenerlo en actividades que lo requieran, ya sea en el patio o gimnasio escolar. Según investigaciones son habilidades que se pueden optimizar, practicando actividades específicas.²³

²²Attwood T. Op. Cit. p. 117-118

²³ Ib. p. 120



Destreza manual

Dificultad para usar ambas manos, y hacer movimientos habituales como: vestirse, atarse las agujetas, escribir, uso de cubiertos, etc. Lo mismo sucede con su coordinación de piernas y pies. En opinión de Gardin (1984), aunque mejoran con apoyo, se mantendrá una dificultad para coordinar muchos de estos movimientos a la vez.²⁴

La caligrafía

No es legible, aun con apoyo se les dificulta escribir, esto les causa vergüenza y será preferible optar por otros medios para evaluar sus conocimientos, no tendrán dificultad al utilizar la computadora para realizar trabajos escritos.

Movimientos rápidos

Se ha observado descuido al realizar actividades escolares, con prisa, e impulsividad, dándose fallas en el resultado de las mismas. Necesitan supervisión para retomar un ritmo adecuado.

Ritmo

Temple Grandin 1988, es una mujer con SA que refiere como desde que era niña le resulta extremadamente difícil sincronizar sus movimientos rítmicos con los de otras personas o con el acompañamiento musical, aunque bien puede seguir un ritmo tiene dificultad en mantenerlo.

²⁴Attwood T. Op. Cit. p. 121



Imitación de movimientos

Dificultad para sincronizar sus movimientos con los de otra persona, cuando un niño con SA lo intenta, se ven posturas muy artificiales o forzadas.

2.5. Desordenes del movimiento

Los signos motores, como movimientos repetitivos e involuntarios, los tics más comunes son: movimiento rápido de parpados, tics faciales, sacudidas de brazo o pierna y encogimiento de los hombros y la cabeza. Otros más complejos como saltos o temblores que pueden malinterpretarse como hábitos nerviosos.

Emiten sonidos incontrolables, e impredecibles como carraspeos, gruñidos, resoplidos, o sonidos de animales (ladrar, chillar, aullar). Repiten constantemente las propias palabras.

Los signos conductuales

Son comportamientos obsesivos o compulsivos, por ejemplo, hacer obscenidades en un contexto social inadecuado.

Memoria

Tienen una memoria fotográfica, lo describen como recuerdos visuales más que en gente o temas, con información detallada que la mayoría de las personas olvida. Pueden recordar exactamente páginas completas de libros. Tienen una prodigiosa memoria a largo plazo que les permite almacenar hechos triviales e información sobre sus intereses especiales.²⁵

²⁵Attwood T. Op. Cit. p. 142



Flexibilidad de pensamiento

No consideran las opciones, solo piensan en una manera de hacer y resolver las situaciones. Tienen un pensamiento rígido, no se adaptan al cambio, ni aprenden de los errores. Solo piden ayuda después de haber fracasado y nadie puede evitar que lo intenten de esa manera. No generalizan el aprendizaje, no reconocen que lo aprendido se puede aplicar a muchas otras situaciones.

Imaginación

Una característica de los niños con SA, está relacionada a que utilizan su imaginación para crear historias fantásticas, donde pueden interactuar con los personajes que crean, utilizan la evasión mediante la imaginación que en condiciones de estrés puede dar a pensar que perdieron su contacto con la realidad. Tienen un juego imaginativo solitario, y si dan cabida a otros niños deberán tener el control absoluto y exigirán que sus guiones se respeten. Puede suceder que dicho juego sea una copia exacta de un guion visto y memorizado por el niño. Es frecuente encontrar que les guste jugar a ser un objeto, más que a un personaje favorito.²⁶

Pensamiento visual

Attwood considera que las personas con SA, tienen un estilo de pensamiento predominantemente visual. Adultos con SA refieren que aprendieron historia o ciencia visualizando los hechos como escenas reales. Grandin (1988).Expresa: “Como uno de los científicos más importantes de la historia, Albert Einstein, tenía un pensamiento visual, su teoría de la relatividad está basada en el desarrollo de imágenes visuales, su personalidad y su historia tienen elementos indicativos del SA”.

²⁶ Attwood T. Op. Cit. p. 143



Attwood ha encontrado personajes destacados en la historia, con rasgos asociados al SA, como el filósofo Ludwig Wittgenstein, o Vincent Van Gogh, ha conocido profesores universitarios y hasta un premio Nobel con SA, que demuestran que: “El pensamiento es diferente, potencialmente original, pero no defectuoso, como se ha malinterpretado muchas veces”.

27

Teoría de la mente

Se entiende como la habilidad que tienen las personas para conceptualizar y apreciar los pensamientos y sentimientos de otras personas. Se presume que a los 4 años, los niños comúnmente desarrollan esta habilidad. En el caso de las personas con SA, no lo tienen claro o no encuentran la coherencia o relevancia de comprender lo que piensa o siente la otra persona.²⁸

2.6 Sensibilidad sensorial

Rimland, indica que el 40% de niños con SA, presenta una diferencia sensorial. Esto puede presentarse ante formas de contacto, ciertos sonidos o ruidos y no presentarla ante algunos niveles de dolor o temperaturas. Puede estar agudizado uno o más sentidos y puede disminuir con el crecimiento.²⁹

Sensibilidad al sonido

Los describen con una sensación de malestar intenso, susto, dolor y les causa mal humor. Son tres los tipos de sonido percibidos intensamente: los repentinos e inesperados como ladridos, timbres, los ruidos continuos de tonos altos, como pequeños motores eléctricos; y los sonidos complejos, confusos o múltiples como: centros comerciales.

²⁷ Attwood T. Op. Cit. p. 144-145

²⁸ Ib. p. 131

²⁹ Ib. p. 147



Sensibilidad táctil

Hay una sensibilidad agudizada de ciertas partes del cuerpo, perciben dolor ante su contacto, entre estas están: el cuero cabelludo, los antebrazos y las palmas de las manos.

Hay rechazo a tocar ciertas texturas, pinturas o plastilina, así como a cierto tipo de ropa.

Sensibilidad al sabor y a la textura de la comida

Este aspecto se ha visto más reflejado en la primera infancia y edad preescolar, y no en toda la personas con SA, disminuye con la edad. Es un rechazo a texturas en comidas o mezclas, prefieren comer cada alimento individualmente.³⁰

Sensibilidad visual

Ciertos tipos de experiencias visuales las perciben agudamente, los colores, la iluminación y el espacio. Reconocidos artistas plásticos con SA, muestran en sus obras su intensa percepción de los colores. Otros individuos refieren temor de su sensibilidad visual, porque a veces no tienen una percepción correcta”.³¹

Sensibilidad al olor

Algunas personas con SA, describen lo desagradable que les resultan ciertos olores, sin que estos sean percibidos de igual manera por otras personas. Pueden ser perfumes o productos de limpieza entre otros, son percibidos muy fuertes e intolerables.

³⁰Attwood T. Op. Cit. p. 154

³¹Ib. p. 156



Sensibilidad al dolor y a la temperatura

Son indiferentes ante el umbral del dolor y temperatura tolerable, el peligro radica en que tienden a desarrollar enfermedades sin mostrar síntomas, progresando a niveles avanzados de enfermedad. Necesitan que se les enseñe a explicar las sensaciones dolorosas aunque sean mínimas y estar muy pendientes a señales de incomodidad.³²

3. DIAGNÓSTICO

En cuanto al diagnóstico la mayoría de los niños tienen un aspecto normal. Aun no se han desarrollado pruebas que se puedan utilizar para efectuar dicho diagnóstico: Entre ellos se encuentran análisis de sangre, rayos X, exploración minuciosa del cerebro, electroencefalogramas y otras pruebas físicas.

Tomando en cuenta que los trastornos del espectro autista se pueden presentar junto a cualquier nivel de inteligencia general, desde una discapacidad profunda hasta un nivel bastante superior a la media.

Se puede dar a la vez de cualquier otra discapacidad física o trastorno del desarrollo. Con la edad puede producir cambios en el patrón de conducta y la educación afecta dicho patrón.

Las pruebas psicológicas, incluidos los test de la "Teoría de la mente" se efectúan para identificar los patrones de conducta, en los últimos años las investigaciones respecto a la teoría de la mente se centran en identificar los déficit neurológicos (lesiones bilaterales) la

³²Attwood T. Op. Cit. p. 157



calidad de interacciones sociales se lleva a cabo: Estudio respecto a la expresión de las emociones.³³

Uno de los pioneros en el estudio del reconocimiento de emociones ha sido Harris (psicólogo) quien indica que los niños “normales” con edades entre 3 y 4 ya conocen ciertos estados emocionales. Sin embargo para Barrios (psicólogo) la génesis y expresión de las emociones indican:

- Al primer mes de vida, los niños expresan dos emociones básicas: agrado y desagrado.

Entre tres y cuatro meses se aprecia una proliferación de la expresión de las emociones: miedo, ira, tristeza, sorpresa, placer y rabia.

- A los dos años aparecían las emociones de orgullo, vergüenza, celos, culpa y desconfianza.

- A los cinco años el niño tiene la misma configuración emocional que un adulto.

- Entre tres y cuatro meses son capaces de distinguir las emociones de los adultos, indican que se centra en la expresión de la cara, fundamentalmente de la madre, y dentro de la cara al parecer el mejor indicador facial sería la boca.

- A partir de los seis meses son capaces de distinguir el tono de voz.

- La expresión facial de la madre ayuda a regular la conducta en niños de nueve y doce meses.

En la actualidad los criterios para el diagnóstico se localizan en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en el apartado F84.5, los criterios son los siguientes:

³³ Martínez Bello J. *Revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Asperger y el Espectro Autista*. Rev. Centre Londres 94. Psiquiatría-Páidospsiquiatría. España [Internet] 2005.[Citado el 20 de Septiembre de 2014] Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/revision_bibliografica_sobre_el_sindrome_de_asperger_y_el_espectro_autista.pdf



A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestado al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto visual, expresión facial, postura corporal y gestos reguladores de la interacción social.

2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel del desarrollo del sujeto.

3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, interés y objetivos con otra persona.

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos por dos de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés, estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, o sea por su objetivo.

2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

3. Acciones estereotipados y repetitivos.

4. Preocupación persistente por parte de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo por parte de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo.³⁴

³⁴Martínez Bello J. Op. Cit.



E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamientos adaptativo y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.³⁵

3.1 Auxiliares de diagnóstico

A continuación se indican tres instrumentos de detección (tests) utilizados actualmente para detectar niños que puedan presentar SA. Estos cuestionarios pueden ser utilizados por profesionales no especializados en el diagnóstico de trastornos del desarrollo. Los niños así detectados se remitirán a una exploración más profunda y completa.

- Entrevista para el Diagnóstico del Síndrome de Asperger E.D.S.A:

- Cuestionario de 20 preguntas.
- Dirigido a recoger información de niños de más de 6 años.
- Se basa en los criterios de Gillberg.

- La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger E.D.S.A.

- Diseñado para identificar las habilidades sociales y emocionales, la comunicación, conocimientos, los intereses específicos, las habilidades motoras y otras características que pueden ser indicativas del Síndrome de Asperger en niños durante sus primeros años escolares.

- Cuestionario de 24 preguntas para aplicar a padres o profesores que se puntúan de 0 a 6 (el 0 representa el nivel ordinario que se espera de un niño de esta edad), más un cuestionario adicional de 10 preguntas de sí o no sobre características conductuales.

³⁵Martínez Bello J. Op. Cit.



-Valoración: Si se responde sí a la mayoría de las preguntas de la escala y la mayoría de las puntuaciones están entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal), se debe remitir al niño a una evaluación diagnóstica.

- El Test Infantil del Síndrome de Asperger T.I.S.A. (Scott, Baron-Cohen, Bolton, Brayne, 2002).

- Diseñado para evaluar las áreas de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conducta repetitiva.

- Cuestionario de 37 preguntas (más otras dos, en su caso) para aplicar a padres o profesores.

- Dirigido a recoger información sobre niños de 4 a 11 años.

- Se basa en los criterios DSM-IV, CIE-10 y ASSD

- Valoración:

- Cada pregunta se valora como 0 ó 1.

- De las 37 preguntas, sólo se tienen en cuenta 31. Por lo tanto, la máxima puntuación es 31.

- Las otras 6 preguntas tienen una función de control respecto al desarrollo general del niño. Son los numerados como 3, 4, 12, 22, 26 y 33.

- Si la puntuación total del cuestionario es de 15 o superior, es muy posible que el niño presente SA, por lo que se debe remitir a una evaluación diagnóstica.³⁶

3.2. Técnicas diagnósticas

Se considera que en la actualidad, solamente se detectan y diagnostican el 50% de los casos de niños con SA, el diagnóstico puede

³⁶Martínez Bello J. Op. Cit.



establecerse con seguridad en niños mayores de cinco años. Para los de edad pre-escolar, no se logra la fiabilidad suficiente.³⁷

La edad media de diagnóstico en el SA, es de ocho a once años según Eisenmajer (1996), y Howlin y Asgharian (1999). Según la opinión de Asperger suele presentarse después de los tres años, pero Attwood considera que puede identificarse cuando el niño es un bebé o en otros estadios del desarrollo, inclusive en la edad adulta (este último generalmente en las mujeres). Se encuentra que muchas de las características se hacen evidentes en fases del desarrollo donde las habilidades de contacto social comienzan a desempeñar un papel central en la vida de un individuo.³⁸

Los criterios de Christopher Guillberg, basados en las investigaciones de Suecia y Londres son los más parecidos a las descripciones de Asperger, por ello son los criterios preferidos en la práctica clínica para llegar a un diagnóstico. Si se cumple el criterio de deterioro social junto con, al menos, cuatro de los otros cinco criterios que son: intereses restringidos y absorbentes; necesidad compulsiva de introducir rutinas e intereses; problemas peculiares del habla y del lenguaje; dificultades en la comunicación no verbal y torpeza motora.³⁹

En el plano formal de la evaluación, es necesario que un experto realice la valoración de: el razonamiento social, la comunicación de las emociones, las habilidades del lenguaje, los intereses y destrezas relativas al movimiento y la coordinación, examen de aspectos relacionados con las aptitudes de percepción sensorial y de cuidado personal. Deberán tomarse en cuenta informes y evaluaciones previas que serán valoradas y confirmadas en la evaluación diagnóstica. Se debe

³⁷ Attwood, T. Op.Cit., p. 76

³⁸ Ib. 23-24

³⁹ Ib. 61



hacer una revisión de los antecedentes personales y familiares de desarrollo, e indagar sobre miembros en la familia que tengan un perfil similar de aptitudes.⁴⁰

Giné 1997, expresa que un enfoque multidisciplinario debería garantizar la participación de todos los agentes involucrados, teniendo en cuenta la participación de equipos de profesionales de la salud que intervengan en la educación del sujeto. Las observaciones e informaciones deben compartirse entre este equipo y matizarse en todos los contextos.

Las escalas de detección del autismo no fueron diseñadas para niños con SA (Yirmmiya, Sigman y Freeman 1993), por lo que se desarrollaron dos escalas de medida para identificar niños con este síndrome. “La primera fue desarrollada en Suecia (Ehlers y Guillberg, 1993), y la segunda es la Escala australiana del Síndrome de Asperger (Australian Scale for Asperger’s Sindrom; A.S.A.S), (Garnett y Attwood, 1995). Ambas se basan en el criterio diagnóstico formal, en la investigación de las publicaciones sobre el tema y una amplia experiencia clínica”. En la actualidad se dispone de ocho cuestionarios de detección diagnóstica que pueden utilizarse en niños y seis que pueden utilizarse en adultos.⁴¹

Refiere que la valoración diagnóstica completa del SA varía, en función de la profundidad de las pruebas de aptitudes específicas aplicadas. Se requiere un protocolo (creado por médicos individualmente), donde se utiliza un guion o secuencia de actividades y tests que determinan si el patrón de aptitudes en un ámbito concreto es el esperado, o indica un retraso del desarrollo o una desviación. Se puede consultar una lista de control que incluye las características del síndrome, comprende los criterios diagnósticos y características

⁴⁰ Attwood, T. Op.Cit., p. 65

⁴¹ Ib. p.87



publicadas. Además deben examinarse las áreas de aptitudes, que pueden atribuirse a las características del SA.⁴²

La Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO), es una guía para que médicos obtengan sistemáticamente información detallada sobre los antecedentes del desarrollo y el estado actual del paciente, es necesaria para el diagnóstico del SA y trastornos del desarrollo relacionados con él, utilizado con niños y adultos de todas las edades, solo está disponible para profesionales expertos en su uso.⁴³

3.3. Evaluación de diagnóstico

El proceso de evaluación diagnóstico se desarrolla en varias fases:

Primera fase: Entrevista de diagnóstico.

-Elaborar la historia detallada del desarrollo del niño.

-Valoración del desarrollo del niño en las áreas de la interacción social, la lengua y la comunicación, juego de patrones de conducta del niño desde una perspectiva evolutiva.

Segunda fase: Evaluación psicológica.

-Obtener un índice de la capacidad intelectual.

-Obtener un índice de habilidades del lenguaje expresivo y receptivo.

-Obtener información acerca de las habilidades de comunicación.

-Obtener información sobre el juego.

Tercera fase: observación estructurada en la clínica y el ambiente natural de la escuela u hogar.

⁴²Atwood, T. Op.Cit., p. 66-67

⁴³Wing. L. El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia. Editorial Paídos. Barcelona, 1996. p.85-87



-Obtener evidencia acerca de las anomalías conductuales del niño en su ambiente natural.

Cuarta fase: administración de pruebas adicionales:

- Tests de Teoría de la Mente.
- Tests de la función ejecutiva.
- Tests de la competencia motora.

3.4. Diagnóstico diferencial

Delimitar claramente el trastorno ayuda para que el paciente reciba el tratamiento adecuado y permitirá un pronóstico positivo. Se deben emplear las siguientes disciplinas: audiología, pediatría, psiquiatría, psicología, educación especial, estudio del habla y lenguaje, trabajo social, y neurología solo si el pediatra considera necesaria la evaluación.

44

Bajo el término TEA (Trastorno espectro autista), o TGD (Trastornos generalizados del desarrollo”, se incluyen siguiendo la clasificación del DSM-IV (APA 1995), las siguientes categorías: Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, el Trastorno Desintegrativo de la Infancia y los TGD No Especificados, los mismos que se indican brevemente a continuación para diferenciarlas. ⁴⁵

Autismo

Es un síndrome distinto al SA, que se manifiesta en la infancia, algunas veces desde el nacimiento y con certeza se evidenciará durante los 3 años de vida, a diferencia del SA, donde no se identifica antes del tercer año. Se caracteriza por incapacidad para relacionarse con otras

⁴⁴Alcantud, M. F. Op.Cit. p.28

⁴⁵ Ib. p.19

personas, retraso y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje. También se ve una insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, realizando actividades y sesiones de juego repetitivas y estereotipadas. Aparente potencial intelectual adecuado, aspecto físico normal. También se pueden encontrar problemas en la atención y autolesiones.⁴⁶



Fig. 4. Niño de 8 años con Autismo.⁴⁷

Síndrome de Rett

Aparece en bebés cuyo desarrollo natal y perinatal es normal hasta los seis meses, tras un periodo de desarrollo normal aparece una desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de la capacidad funcional de las manos y un retraso psicomotor severo. Es más habitual en niñas, pues está relacionado con fallas en un gen concreto, ubicado en el cromosoma X. Se ha asociado con retraso mental profundo o severo, importantes dificultades motoras que pueden incluir escoliosis (curvatura de la columna) o imposibilidad para caminar,

⁴⁶ Alcantud, M. F. Op. Cit. P.20

⁴⁷ <http://cuidadoinfantil.net/autismo-infantilsintomas.htm>[Citado el 08/09/14]

dificultades con la respiración y posible asociación con periodos epilépticos. El curso de este trastorno es muy característico y su pronóstico muy pobre.⁴⁸



Fig. 5. Niño de 5 años con Síndrome de Rett.⁴⁹

Trastorno Desintegrativo de la Infancia

Se manifiesta tras un periodo de desarrollo normal durante los dos primeros años, mismo que se interrumpe de forma gradual o de manera brusca dando lugar a un deterioro severo o pérdida de las habilidades normalmente adquiridas. Esto afecta a la inteligencia general e incluye pérdida de hábitos de autonomía (Volkmar, Klin, Marans y Cohen, 1997). Con frecuencia se asocia con dificultades neurológicas: anomalías en EEG y presencia de episodios epilépticos. No debe confundirse con la afasia adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner), donde no son habituales los severos déficits sociales.⁵⁰

⁴⁸ Alcantud, M. F. Op. Cit. p.21

⁴⁹ <http://www.creces.cl/images/articulos/0508.12-1.jpg>[Citado el 08/09/2014]

⁵⁰ Alcantud, M. F. Op.Cit. 21



Fig. 6. Niño de 5 años con Trastorno Desintegrativo de la Infancia⁵¹

O autismo atípico, puede manifestar solo algunos aspectos, sin cumplir estrictamente todos los criterios de TGD. Suele tener mejor pronóstico que el autismo, manteniéndose los problemas de interacción social, comunicación y conducta, con problemas de ansiedad relacionados.⁵²



Fig. 7. Niño de 9 años con Autismo Atípico.⁵³

⁵¹ http://fundacionintegrar.blogspot.mx/2010_09_01_archive.html. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado [Citado el 08/09/2014].

⁵² Alcantud, M. F. Op.Cit. p.21

⁵³ <http://especiales.primerahora.com/autismo/trastornogeneralizado.html> [Citado el 08/09/2014].



4. TRATAMIENTO

4.1. Opciones de tratamiento

No existe ningún tratamiento único que sea el mejor para todos los niños con el SA. Los programas enseñan habilidades basándose en una serie de pasos simples y empleando actividades altamente estructuradas. Las tareas o puntos importantes se repiten con el tiempo para ayudar a reforzar ciertos comportamientos.

Los tipos de programas pueden abarcar:

- Psicoterapia para ayudar a los niños a manejar sus emociones, comportamientos repetitivos y obsesiones.

- Capacitación para los padres, con el fin de enseñarles técnicas que pueden usarse en casa.

- Fisioterapia y terapia ocupacional para ayudar con las destrezas motoras y los problemas sensoriales.

- Entrenamiento en contactos sociales, que con frecuencia se enseña en un grupo.

- Terapia del lenguaje para ayudar con la habilidad de la conversación cotidiana.

- Los medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los antipsicóticos y los estimulantes se pueden usar para tratar problemas como ansiedad, depresión y agresión.⁵⁴

⁵⁴Lafuente González M., Font Vega H. Op.Cit.



4.2. Medicación en el niño con Síndrome de Asperger

Es de suma importancia ser muy cautelosos a la hora de medicar a un niño con SA. Las infecciones, principalmente de oído y amígdalas son recurrentes por lo que el uso de antibióticos es frecuente, provocando cambios en la flora bacteriana y haciendo que microorganismos como la *Cándida Albicans* causen infecciones.

Cuando sea realmente indispensable utilizar antibioticoterapia, el niño debe ser medicado simultáneamente con modificadores de la flora intestinal, por un período de dos meses aunque la antibioticoterapia sea por una semana o diez días, para que realmente se eviten los efectos adversos.

En otros pacientes, en vez de indicar medicamentos, se indica el consumo de yogurt, pero debido a la intolerancia a la caseína, en estos pacientes, está contraindicado. En el mismo orden de ideas, la medicación con analgésicos debe realizarse con precaución y solo en casos en que se ameriten realmente ya que como lo plantea Waring (1994), un alto porcentaje de estos pacientes tienen deficiencias en el Sistema Fenol Sulfuro Transferasa, lo cual hace que no puedan eliminar toxinas naturales de los alimentos ni las de su propio cuerpo y lo más importante de este punto es que esta situación se agrava ante la presencia de compuestos fenólicos como el Acetaminofen y el Ibuprofeno.

Es por eso que actualmente se están utilizando mayormente, analgésicos y anti-inflamatorios como el Diclofenaco Sódico y Potásico y el Nimesulide.⁵⁵

⁵⁵Martínez Bello J. Op.Cit.



5. SÍNDROME DE ASPERGER EN ODONTOLOGÍA

Las Naciones Unidas y la OMS plantean que el 10% de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y niveles de gravedad. Dentro de ellos, los pacientes con trastornos psiquiátricos y neuro-psiquiátricos representan del 3% al 4%, y de estos tres cuartas partes no recibe atención odontológica (Morales, 2006).

Estos pacientes independientemente de su coeficiente intelectual o grado de dependencia, requieren cuidados determinados, así como técnicas conductuales específicas, para poder realizar el tratamiento dental.

Debido al complejo cuadro que pueden presentar, es necesario hacer un abordaje integral e interdisciplinario donde sean tomadas en cuenta sus características biológicas, psicológicas y sociales, aunadas a un examen exhaustivo del sistema estomatognático a fin de brindar una adecuada atención en la consulta odontológica.

La forma ideal de asistencia odontológica a pacientes con necesidades especiales está estratificada en 3 niveles (Silvestre y Plaza, 2007):

Nivel 1:

- Asistencia en atención primaria.
- Captación del paciente con discapacidad.
- Educación en salud bucodental a los responsables del paciente.
- Evaluación del estado bucodental.
- Evaluación de la conducta.⁵⁶

⁵⁶Lafuente González M., Font Vega H. Op.Cit.



-Establecimiento de un plan de tratamiento odontológico provisional.

- Tratamientos odontológicos sencillos.

Nivel 2:

- Asistencia especializada ambulatoria.
- Reevaluación del paciente.
- Tratamientos dentales complejos que no requieran anestesia general.

Nivel 3:

- Asistencia odontológica hospitalaria.
- Reevaluación del paciente.
- Tratamientos dentales complejos que requieran anestesia general.
- Tratamientos dentales en pacientes de alto riesgo médico.

El punto más importante para el éxito de un tratamiento en un paciente con necesidades especiales es el acondicionamiento a la consulta, ya que mediante un adecuado abordaje conductual, el manejo de este se facilitará notablemente.

Para prevenir y evitar la aparición de cualquier patología bucodental, así como para su rehabilitación, se hace necesario un plan de salud bucodental completo e integrado en todos sus niveles. Es indispensable la acción de la atención primaria odontológica, así como la atención especializada, tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario, si fuera necesario.⁵⁷

⁵⁷Lafuente González M., Font Vega H. Op.Cit.

Es muy importante la atención odontológica temprana, con el objetivo de cambiar problemas de conducta o utilizar técnicas para familiarizar al paciente con la higiene bucal y proveer entrenamientos y técnicas a los padres.

En pacientes con discapacidades del desarrollo, lo básico es trabajar la correcta técnica de cepillado y, de esta forma, prevenir enfermedades bucales futuras, ya que estas personas pueden no ser autosuficientes, y algunas veces no entienden la necesidad del cepillado y dependen de proveedores de cuidado para cepillar sus dientes todos los días.⁵⁸



Fig.8. Posición a adoptar por padres o educadores para realizar el cepillado dental.⁵⁹

Durante la consulta, el paciente puede repetir la misma cosa una y otra vez, y el odontólogo puede encontrar que este comportamiento aumenta a medida que la tensión se incrementa. Es más provechoso si se evita caer en este juego contestando a la misma cosa repetidamente o levantando su voz o indicándole al paciente que está reiterando la misma

⁵⁸Lafuente González M., Font Vega H. Op.Cit.

⁵⁹http://www.bucodental.com/Higiene_bucodental_para_ni%C3%B1os.html[Citado el 02/10/2014]



pregunta. En lugar de hacer esto, es mejor intentar redirigir la atención del niño hacia otra cosa.

Las personas con SA suelen tener mucha dificultad con las transiciones. Tener una representación gráfica o un cronograma de actividades suele ser provechoso. Se debe proporcionar tanta información previa a la transición como sea posible si va a haber un cambio o una modificación en el horario, y proporcionar una o dos advertencias previas a un cambio de actividad.

La persona con SA tiene dificultad para entender una sucesión de órdenes o también muchas palabras de forma simultánea. Resulta muy útil descomponer las indicaciones en pasos más simples. El uso de claves e indicaciones visuales resulta de gran ayuda, también hablar lentamente y con frases más cortas.

Las instrucciones se entienden más fácilmente si se repiten con claridad y de forma sencilla.

Este tipo de paciente puede actuar de una manera muy torpe; también puede reaccionar sobreestimulado o muy fuertemente a ciertos gustos, sabores y ruidos fuertes, texturas, olores y luces, debido a una hipersensibilidad a estas situaciones.

Las señales con las manos pueden ser provechosas, especialmente para reforzar ciertos mensajes, tales como “Deja de hablar”, “Espera tu turno” o “Habla más lenta o suavemente”.⁶⁰

Ocasionalmente, parecerá como si el paciente no está escuchando a pesar de que sí lo está haciendo. No se debe asumir esto, porque el hecho de que no está mirando fijamente al dentista no significa que no lo

⁶⁰Lafuente González M., Font Vega H. Op.Cit.



está oyendo. A diferencia de la mayoría de las personas, a veces forzar el contacto visual rompe su concentración. Él puede oír y entender realmente mejor, si no esforzado a mirar directamente a sus ojos.⁶¹

5.1. Alteraciones orales

El SA no se caracteriza por alteraciones específicas a nivel bucodental. La situación oral va a depender, en gran medida, de la higiene diaria dental así como de una adecuada dieta no cariogénica. Hay autores que indican que los niños con SA tienen una mayor afinidad por los dulces. Y que tratamientos con metanfetaminas, habitualmente usados en estos pacientes y sobre todo su abuso, podrían relacionarse con mayores índices de caries, aunque en algunos trabajos se ha encontrado un descenso de los mismos.

La literatura no reporta un rasgo único en la dentición y las estructuras periodontales de los niños con SA. Sin embargo, debido a las complicaciones sistémicas que estos pacientes presentan, el sistema estomatognático muchas veces se ve afectado.

En diversas ocasiones el clínico desconoce la repercusión de los problemas médicos sobre la cavidad bucal, así como la repercusión de su trabajo en otros órganos y sistemas. Debido a la importancia del tema y la escasez de conocimientos en el área por parte del gremio, se describen a continuación las principales características bucofaciales del niño con SA, así como las consideraciones que deben tomarse en cuenta en la consulta odontológica.⁶²

⁶¹ Lafuente González M., Font Vega H. Op. Cit.

⁶² Martín-SanJuan C. *Características Orales y Otras comorbilidades en el paciente con Trastorno del Espectro Autista*. Gaceta Dental 25 años. Madrid [Internet] 2014. [Citado el 25/09/2014]. Disponible en : <http://www.gacetadental.com/2014/01/caracteristicas-orales-y-otras-comorbilidades-en-el-paciente-con-trastorno-del-espectro-autista-46821/>



Caries

Algunos autores plantean que la incidencia de caries no presenta diferencias respecto a la población normal. Sin embargo, autores como Koper (1977), González y Naranjo (1998) afirman que hay un aumento considerable en la incidencia de caries por la dieta cariogénica, muchas veces asociada a reforzadores, así como a la dificultad para la realización de la higiene oral, por la escasa coordinación motora y el desagrado por el contacto físico. Así mismo el pobre control de la lengua disminuye el desplazamiento de la comida alrededor de los dientes y encías produciéndose la acumulación de alimentos y agudizando el problema.

Lesiones traumáticas

Los traumatismos dentales representan una patología importante en los pacientes con SA lo cual se debe principalmente a la hiperactividad, un síntoma muy común, especialmente en los niños con SA de corta edad y en ocasiones se puede presentar la autodestrucción.⁶³

La autoagresión a nivel mandibular y mentoniano; así como la alta incidencia de bruxismo, muchas veces asociado a conductas estereotipadas, que se presenta según Pirela (1995) en 21.74 % de los pacientes con SA, pueden afectar la articulación temporomandibular y la musculatura facial.

Oclusión

La masticación alternada y bilateral y una dieta seca y fibrosa es necesaria para un crecimiento y desarrollo equilibrado de los maxilares. La masticación es un fenómeno fisiológico complejo y es realizada por una serie de funciones altamente coordinadas, envolviendo varias partes del sistema estomatognático.⁶⁴

⁶³⁶³ **Martín-SanJuan C.** Op. Cit.

⁶⁴⁶⁴ **Martín-SanJuanC.** Op. Cit.



Esta función tan elemental muchas veces se ve alterada en los niños con SA ya que un alto porcentaje de ellos se niegan a masticar. La peculiaridad en la dieta, generalmente blanda de estos pacientes así como la presencia de hábitos orales perjudiciales como la succión, asociada a conductas estereotipadas, pueden provocar maloclusiones dentales, presentes en el 47.87% de la población venezolana según Méndez Castellanos y colaboradores (1996), cifras de las que no escapan los pacientes con SA quienes por las condiciones ya expuestas tienen una mayor propensión a padecerlas. Según Pirela (1995), un alto porcentaje de los pacientes analizados en su estudio, presentaron una relación molar clase III de Angle.

El niño con SA utiliza la vista de manera periférica y casi nunca la fija en sus interlocutores. Por ello el manejo de la aparatología odontológica deberá ser cuidadoso, por lo estímulos auditivos (turbinas, contraángulos) y visuales como puede ser la luz del equipo, ya que suelen presentar especial dificultad frente a ellos. A la hora de tratarlos se deberán intentar reproducir unas rutinas estrictas e invariables. Si se cambia la uniformidad del entorno, puede dar muestra de rabia, ansiedad y otras manifestaciones. Es buena costumbre explorarlos con su cepillo de dientes en lugar de los espejos y las sondas que les provocaran gran ansiedad. Asimismo es difícil saber el grado de insensibilidad que les causa la anestesia local, lo que dificulta un tratamiento convencional, para una gran cantidad de estos niños la única alternativa de tratamiento dental será realizarlo con anestesia general o sedación, en función del grado de cooperación.

A nivel bucodental hay que buscar signos de erosiones dentales debidas a la regurgitación de la comida y del contenido gástrico por reflujo gastroesofágico, bruxismo que puede aparecer en el 20-25 % y caries. Los padres pueden observar que el niño deja de comer, ya que su umbral



del dolor es alto, y determinar la presencia de patología dental puede ser muy difícil.⁶⁵

5.2 Tratamiento Odontológico

Los niños con SA necesitan más que nadie tratamiento odontológico preventivo y curativo como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto significa en muchos casos un riesgo para la salud y hasta para la vida, creando un impedimento mayor de lo que sería en un niño normal. Casi todos los niños especiales pueden ser tratados en el consultorio odontológico, aún cuando requieren algunas consideraciones médicas específicas, (Cátedra de Odontología Pediátrica, UCV, 1996), dejando los procedimientos de sedación y anestesia general solamente para casos de emergencia, y no con la finalidad de facilitar el tratamiento al odontólogo, ya que los riesgos para el paciente aumentan en gran medida.



Fig. 9. Consulta odontológica⁶⁶

⁶⁵ **Martín-SanJuanC.** Op. Cit.

⁶⁶ <http://recomendaciones-para-los-padres-sobre.html> [Citado el 27/09/2014]



6. COMPORTAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE ASPERGER EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

6.1. Comportamiento del paciente

Falta de comprensión

Algunos niños no entienden el propósito de ir a ver a una persona con una bata blanca, que les mira la boca y utiliza instrumentos extraños, mientras tienen que estar recostados en un sillón con una gran luz en la cara. Seguramente no entenderán la importancia que tiene la higiene dental y las consecuencias que acarrearía el no ir con regularidad a estas visitas.⁶⁷

Sensibilidad

Probablemente esta sea una de las principales áreas que desencadenen la gran ansiedad que las personas con SA pueden sufrir. Las áreas obvias son el tacto (contacto físico) y el oído (ruidos). La boca es un lugar extremadamente sensible y para una persona con SA el hecho de que alguien introduzca instrumentos fríos dentro de su boca resulta bastante doloroso. Además, los ruidos que producen las brocas y los instrumentos de limpieza, también serán problemáticos. Muchas veces el sabor del enjuague bucal o la pasta utilizada puede resultar desagradable.

⁶⁷ Álvarez R. Ir al Dentista: *Una guía para personas con Autismo y Síndrome de Asperger*. [Internet]. Ed. NAS AutismHelpline. 2005. p. 4[Citado el 27/09/2014] Disponible en: www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/.../Ir_al_dentista.pdf



También es importante averiguar si hay algún factor relacionado con el Odontólogo que ponga nervioso al niño, por ejemplo su perfume, el bigote, el color de su ropa, etc.

Invasión del espacio personal

Los Odontólogos son uno de los pocos profesionales que invaden el espacio personal de todos sus pacientes. A la mayoría de las personas les resulta muy incómodo, pero entienden porque el Odontólogo debe ponerse tan cerca para examinarle los dientes. Las personas con SA encontrarán esta proximidad cercana altamente estresante.⁶⁸

6.2. Estrategias en consultorio

El uso de las siguientes estrategias dependerá del nivel de comprensión y de las necesidades individuales, por lo que deben adaptarse de acuerdo a las mismas.⁶⁹

Como consecuencia de experiencias negativas pasadas, es comprensible que los padres no le digan al niño con SA que va a ir al Odontólogo hasta el último minuto o el mismo día en que tienen la cita. Incluso a pesar de que inicialmente pueda causar un cambio en el patrón de comportamiento, lo mejor será informarle cuanto antes, como se hace para la mayoría de las situaciones.

Esto puede resultar difícil si su comprensión del concepto del tiempo es limitado. El uso de apoyos visuales, como un calendario, puede ayudarlo a comprender cuando ocurre un evento determinado.

⁶⁸ Álvarez R.Op. Cit. P. 4

⁶⁹ Ib.



SÍNDROME DE ASPERGER.



Si es la primera visita odontológica, será aconsejable llevar a la persona con SA a conocer al Odontólogo y al personal de la consulta antes de empezar con el tratamiento. También se le puede enseñar los aparatos que el Odontólogo va a utilizar y para qué sirven.

También es importante preparar al Odontólogo y sus colaboradores con la mayor información posible, de forma que puedan adaptar sus procedimientos y sean conscientes de las necesidades de la persona.

Hay que tratar de asegurarse de que la cita será la primera del día o también puede utilizarse el tiempo de dos citas, de ese modo reduciremos las posibilidades de que el Odontólogo se retrase y le proporcionara tiempo suficiente para no ir con prisas.

Puede resultar útil hacer una secuencia con dibujos o fotografías que muestren los pasos de la visita al Odontólogo. Esto permitirá mostrar a la persona los diferentes pasos para que sepa que es lo próximo que ocurrirá y cuando va a terminar. Puede incluir al final de la secuencia el dibujo de una recompensa para que haya algo que le motive.⁷⁰

⁷⁰ Álvarez R. Op. Cit. p. 6-7



Conclusiones

El Síndrome de Asperger está catalogado como uno de los trastornos generalizados del desarrollo, el cual presenta psicopatologías caracterizadas por retrasos y alteraciones en el desarrollo de habilidades sociales, la comunicación, la conducta y el comportamiento en general.

Aparece a una edad temprana, por lo que es necesario ir mas allá de la conducta y captar su modo de ver y sentir del mundo. Por ello es imprescindible la formación específica de los profesionales implicados en la educación e intervención de las personas con Síndrome de Asperger.

El Odontólogo debe tener el conocimiento para atender y controlar a estos pacientes, realizando un tratamiento basado en el enfoque de la prevención, considerando que las consultas deben ser breves y agradables.

Por último, es necesario fomentar la intervención de los padres en la higiene bucal de sus hijos, tener conciencia y compromiso tomando en cuenta que la meta es que el niño realice su propia limpieza dental, mejorando así su autonomía y calidad de vida.



Bibliografía

1. Alcantud, M. F. *Intervención Psicoeducativa en Niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Editorial Pirámide. Madrid. 2003.
2. Álvarez R. *Ir al Dentista: Una guía para personas con Autismo y Síndrome de Asperger*. [Internet]. Ed. NAS AutismHelpline. 2005. [Citado el 27/09/2014] Disponible en:
www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/.../Ir_al_dentista.pdf
3. Attwood, T. *El Síndrome de Asperger: Una guía para la familia*. Ediciones Paídos Ibérica. España. 2007.
4. Canda, M. F. *Diccionario de pedagogía y psicología*. Editorial Cultural SA. España. 2007.
5. Iacaboni, M. *Las neuronas espejo*. Katz Editores. Buenos Aires. 2009.
6. Lafuente González M., Font Vega H., *Síndrome de Asperger en Odontología*. Revista de la Facultad de Odontología, ULACIT. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/45_2.lafuentegonzalezm.etal.pdf
7. Martín-SanJuan C. *Características Orales y Otras comorbilidades en el paciente con Trastorno del Espectro Autista*. Gaceta Dental 25 años. Madrid [Internet] 2014. Disponible en : <http://www.gacetadental.com/2014/01/caracteristicas-orales-y-otras-comorbilidades-en-el-paciente-con-trastorno-del-espectro-autista-46821/>
8. Martínez Bello J. *Revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Asperger y el Espectro Autista*. Rev. Centre Londres 94. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. España [Internet] 2005. Disponible en:



http://www.centrelondres94.com/files/revision_bibliografica_sobre_el_sindrome_de_asperger_y_el_espectro_autista.pdf

9. Zúñiga Montero M. *El Síndrome de Asperger y su clasificación*. Red de Revistas Científicas de América Latina el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Educación. Vol. 33 Núm. 1. [Internet] 2009. Disponible en: <file:///E:/EL%20S%C3%8DNDROME%20DE%20ASPERGER%20Y%20SU%20CLASIFICACI%C3%93N.htm>
10. Wing. L. *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Editorial Paídos. Barcelona, 1996.
11. <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2012/09/12/hans-asperger-y-el-sindrome-de-asperger/>[Citado el 10/09/2014]
12. <http://www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/apartado01/introduccion.html>. [Citado el 11/09/2014]
13. <http://g2.cdn.mersap.com/discapacidad/files/2012/09/asperger-corbis.jpg> [Citado el 11/09/2014]
14. <http://cuidadoinfantil.net/autismo-infantilsintomas.html>[Citado el 08/09/14]
15. http://fundacionintegrar.blogspot.mx/2010_09_01_archive.html. *Tras torno generalizado del desarrollo no especificado*[Citado el 08/09/2014].
16. <http://especiales.primerahora.com/autismo/trastornogeneralizado.html>[Citado el 08/09/2014].
17. http://www.bucodental.com/Higiene_bucodental_para_ni%C3%B1os.htm[Citado el 02/10/2014]
18. [http:// recomendaciones-para-los-padres-sobre.html](http://recomendaciones-para-los-padres-sobre.html) [Citado el 27/09/2014]