

Manejo ortodóncico en pacientes con trastorno del espectro autista: estudio piloto cualitativo desde la perspectiva profesional

Elizabeth Paucar Toribio¹ , Macarena Garrido Díaz² , Montserrat Casals Soderlund³ .

Resumen: Introducción. El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la interacción social, patrones repetitivos y sensibilidades sensoriales que limitan el acceso a tratamientos odontológicos convencionales. La hipersensibilidad táctil, auditiva y visual, junto con hábitos orales asociados, complican el manejo ortodóncico de esta población. **Objetivos.** Describir las estrategias clínicas y consideraciones empleadas por especialistas en ortodoncia y odontopediatría para el manejo de pacientes con TEA, desde su propia perspectiva profesional. **Material y Métodos.** Estudio cualitativo realizado en Chile entre enero y marzo de 2025, basado en entrevistas semiestructuradas a nueve profesionales, cinco odontopediatras y cuatro ortodoncistas, con experiencia en TEA. Se empleó muestreo intencionado y análisis de contenido hasta alcanzar saturación de categorías. **Resultados.** Se identificaron seis categorías: antes del tratamiento; durante la evaluación clínica; durante el tratamiento; relación con cuidadores; consideraciones especiales; y recomendaciones. **Conclusiones.** El éxito ortodóncico en pacientes con TEA depende de un abordaje individualizado que considere sus características sensoriales, conductuales y emocionales. Aunque existen estrategias efectivas, la falta de protocolos estandarizados resalta la necesidad de mayor investigación y el desarrollo de guías clínicas especializadas.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Ortodoncia, Atención Odontológica para Personas con Discapacidad.

Manejo ortodôntico em pacientes com transtorno do espectro autista: estudo piloto qualitativo sob a perspectiva profissional

Resumo: Introdução. O transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se por dificuldades na interação social, padrões repetitivos e sensibilidades sensoriais que limitam o acesso a tratamentos odontológicos convencionais. A hipersensibilidade tátil, auditiva e visual, juntamente com hábitos orais associados, complica o manejo ortodôntico dessa população. **Objetivos.** Descrever as estratégias clínicas e considerações empregadas por especialistas em ortodontia e odontopediatria no manejo de pacientes com TEA, sob sua perspectiva profissional. **Material e Métodos.** Estudo qualitativo realizado no Chile entre janeiro e março de 2025, baseado em entrevistas semiestructuradas com nove profissionais – cinco odontopediatras e quatro ortodontistas – com experiência em TEA. Utilizou-se amostragem intencional e análise de conteúdo até saturação de categorias. **Resultados.** Identificaram-se seis categorias: antes do tratamento; durante a avaliação clínica; durante o tratamento; relação com cuidadores; considerações especiais; e recomendações. **Conclusões.** O sucesso ortodôntico em pacientes com TEA depende de uma abordagem individualizada que considere suas características sensoriais, comportamentais e emocionais. Embora existam estratégias eficazes, a falta de protocolos padronizados ressalta a necessidade de mais pesquisas e desenvolvimento de diretrizes clínicas especializadas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Ortodontia, Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiência.

¹Universidad San Sebastián, Santiago de Chile, Chile.

²Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

³Universidad de los Andes, Santiago de Chile, Chile.

Orthodontic management in patients with autism spectrum disorder: a qualitative pilot study from the professional perspective

Abstract: Introduction. Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulties in social interaction, repetitive patterns, and sensory sensitivities that limit access to conventional dental treatments. Tactile, auditory, and visual hypersensitivity, combined with associated oral habits, complicates orthodontic management in this population. **Objectives.** To describe the clinical strategies and considerations employed by orthodontic and pediatric dentistry specialists for managing patients with ASD, from their professional perspective. **Materials and Methods.** A qualitative study conducted in Chile between January and March 2025, based on semi-structured interviews with nine professionals—five pediatric dentists and four orthodontists—with experience in ASD. Purposive sampling and content analysis were used until category saturation was reached. **Results.** Six categories were identified: pre-treatment; during clinical evaluation; during treatment; relationship with caregivers; special considerations; and recommendations. **Conclusions.** Successful orthodontic treatment in patients with ASD depends on an individualized approach that considers their sensory, behavioral, and emotional characteristics. Although effective strategies exist, the lack of standardized protocols highlights the need for further research and the development of specialized clinical guidelines.

Keywords: Autistic Disorder, Orthodontics, Dental Care for Disabled.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA), según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-V), es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por una alteración persistente en la reciprocidad social, la interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades¹.

Las características conductuales asociadas al TEA incluyen dificultades en la interacción social, escaso contacto visual, aversión al contacto físico, comportamientos repetitivos y alteraciones en la comunicación verbal y no verbal^{2,11}. Estas particularidades pueden generar barreras significativas para el desarrollo de hábitos de higiene bucal, como el cepillado dental, y para el acceso y permanencia en tratamientos odontológicos^{3,4}.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con TEA pueden presentar alteraciones del sistema estomatognático, como bruxismo, respiración bucal, succión digital y hábitos orales perjudiciales, además de una prevalencia significativamente mayor de maloclusión^{5,6,12}. La hipersensibilidad sensorial frecuente en esta población frente a estímulos táctiles, auditivos, olfativos y visuales constituye un obstáculo adicional para una atención odontológica convencional^{7,8,11}.

La literatura señala que el acceso a la atención dental en pacientes con TEA es limitado, lo que genera una carga psicológica, social y económica tanto para los pacientes como para sus familias, y favorece la progresión de las maloclusiones, haciéndolas más complejas de tratar¹². A nivel global, se estima que 1 de cada 100 niños recibe un diagnóstico de TEA¹², lo que refuerza la necesidad urgente de contar con

profesionales capacitados y estrategias de abordaje clínico adaptadas^{9,10}.

En este contexto, lograr una atención ortodóncica exitosa requiere comprender los patrones de comportamiento del paciente con TEA¹¹. Sin embargo, la evidencia científica respecto a estrategias específicas en el ámbito de la ortodoncia es aún escasa.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir, desde la perspectiva de profesionales especialistas, las estrategias clínicas y consideraciones empleadas en el manejo ortodóncico de pacientes con TEA. Los hallazgos buscan aportar para el futuro desarrollo de protocolos clínicos y promover una formación continua de los profesionales.

Objetivo

Explorar las estrategias clínicas y consideraciones aplicadas en el manejo ortodóncico de pacientes con trastorno del espectro autista, desde la perspectiva de profesionales con experiencia en esta población.

Materiales y Métodos

El presente estudio se realizó en Santiago de Chile, entre enero y marzo de 2025, utilizando un enfoque cualitativo basado en entrevistas con preguntas abiertas. El objetivo fue explorar las experiencias y estrategias clínicas empleadas por profesionales en el manejo ortodóncico de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Participaron 9 cirujanos dentistas, seleccionados por muestreo intencionado, todos especialistas en Odontopediatría o en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar, con experiencia clínica en el tratamiento de pacientes con TEA. La participación fue voluntaria, previa firma de consentimiento informado. La muestra estuvo compuesta por 5 odontopediatras y 4 ortodoncistas.

Las entrevistas se realizaron de forma individual y en formato presencial donde un investigador realizaba la entrevista y el otro transcribía, en un ambiente tranquilo y en horarios previamente acordados con cada profesional. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Las respuestas fueron grabadas en audio y transcritas de manera íntegra para su posterior análisis. En caso de surgir nuevas preguntas durante el proceso de transcripción y análisis, se contempló la posibilidad de contactar nuevamente a los entrevistados para aclaraciones necesarias.

El análisis de los datos se efectuó mediante análisis de contenido, identificando categorías emergentes a partir del discurso de los participantes. Este análisis fue realizado de forma independiente por dos investigadores, lo que permitió contrastar e integrar las categorías identificadas. La recolección de datos se llevó a cabo hasta alcanzar la saturación.

Resultados

Los hallazgos se presentan organizados en categorías temáticas, lo que permitió identificar patrones comunes y contrastes relevantes en las experiencias y estrategias clínicas reportadas por los profesionales entrevistados.

Análisis de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 9 profesionales, 5 de ellos odontopediatras y 4 ortodoncistas, con experiencia clínica en el tratamiento de ortodoncia en pacientes con TEA. La información demográfica de la muestra es la siguiente:

Género: 9 Mujeres.

Edad: 29-39 años: 2 participantes; 40-49 años: 3 participantes; 50-59 años: 4 participantes.

Años de experiencia: 8-10 años de experiencia: 2 participantes; 16-21 años de experiencia: 2 participantes; 27 años de experiencia: 1 participante.

Duración de las entrevistas

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 20 minutos cada una, y se realizaron de forma individual y de manera presencial, con un investigador a cargo de la entrevista y otro transcribiendo las respuestas.

Educación

Las respuestas obtenidas muestran una amplia diversidad de trayectorias entre los profesionales entrevistados. La mayoría de los participantes, seis de ellos, indicaron haber recibido instrucción formal relacionada con el espectro autista, ya sea a través de cursos, diplomados, instancias clínicas durante el posgrado o congresos. Sin embargo, también se evidenció que varios profesionales declararon contar

únicamente con conocimientos generales adquiridos durante el pregrado, formación autodidacta o experiencia basada en la práctica diaria. Un caso particular fue el de un profesional que manifestó haber construido su manejo clínico a partir de su experiencia personal como madre de una persona con TEA, lo que contribuyó de forma significativa a su competencia en la atención de estos pacientes (Tabla 1).

Tabla 1: Formación recibida por los profesionales para el manejo de pacientes con TEA.

¿Ha recibido formación específica para el manejo de pacientes con TEA? ¿Cuáles?
Ha recibido formación formal específica (cursos, diplomados, clínica en posgrado, congresos) (R2, R3, R5, R6, R7, R8)
Solo conocimientos de pregrado, autodidacta o sin formación especializada posterior (R1, R2, R4, R6, R7, R9)
Formación desde la experiencia como cuidador familiar directo (R6)

Antes del Tratamiento

Los profesionales reportan que la clave para atender a pacientes con TEA reside en la planificación previa a cualquier intervención. El objetivo es que el odontólogo no sea percibido como un extraño, sino como un profesional que ya comprende el contexto y las necesidades del niño. Para lograr esto, se utilizan las siguientes estrategias (Tabla 2):

- Conocimiento del paciente y anticipación: El proceso comienza

Tabla 2: Antes del Tratamiento

¿Qué instrucciones previas recomienda para los pacientes con TEA y sus cuidadores antes de la cita?	¿Cómo organiza el horario de las citas para pacientes con TEA para asegurar un manejo eficiente sin afectar el flujo de la clínica?	¿Cuánto tiempo, en promedio, toma el proceso de adaptación del paciente antes de colocar aparatología?
Entrevista o coordinación previa con cuidadores para conocer antecedentes, rutinas y planificación de la atención (R2)	Agendar a primera hora de la mañana o última hora del día, reduciendo estímulos externos como ruidos o tránsito de pacientes (R2, R3, R7, R9)	Adaptación prolongada: requiere entre 3 y 5 sesiones o más (R3, R7)
Uso de anticipación verbal o visual para explicar lo que ocurrirá y cómo se sentirá el paciente (R3)	Extender la duración de las citas, utilizando bloques de 45 a 60 minutos o doble horario (R2, R3, R7)	Adaptación variable: depende del paciente y del grado de TEA (R4, R5, R6, R7, R9)
Desensibilización oral o preparación sensorial con apoyo de terapeutas ocupacionales (R7)	Evitar esperas prolongadas o contacto con otros pacientes, permitiendo atención inmediata y evitando sobrecupos (R2)	Adaptación rápida o en una sola sesión (R5, R6)
Visitas previas o citas sin tratamiento clínico para reconocimiento del entorno (R6, R8)	Ajustar el horario según el nivel de funcionamiento del paciente o preferencias familiares (R2, R4)	En algunos casos no se logra la adaptación y se desiste del tratamiento (R5)
Permitir que el paciente manipule o lleve a casa aparatos antes de su uso clínico (R5)	No realizar ajustes en el horario; se mantiene el flujo clínico habitual (R1)	
Adaptar el entorno completo, incluyendo sala de espera y elementos visuales (R8)		
Permitir objetos de apego, música o estímulos reguladores durante la consulta (R9)		
Evitar que los cuidadores interrumpen la comunicación directa con el paciente (R6)		
Adaptar indicaciones según el grado de severidad del TEA (R4)		

conversando con los cuidadores para entender qué elementos generan molestia en el niño y cuáles son sus rutinas. Con esta información, se utiliza la anticipación explicando con palabras o apoyos visuales las sensaciones que experimentará y se organizan visitas previas para que el paciente explore el box a su propio ritmo, sin la presión de ser atendido de inmediato.

- Ambiente y manejo del estrés: Para favorecer la calma del paciente, se permite el uso de música o el acompañamiento de objetos de apego que le brinden seguridad. Además, se organiza la agenda de manera que existan márgenes de al menos 10 minutos entre citas; de esta forma se evita que el paciente coincida con otras personas en la sala de espera, lo que reduce significativamente la tensión social.

- Flexibilidad en los tiempos y procesos de adaptación: La duración de las consultas no es rígida. Algunos pacientes logran adaptarse con rapidez, mientras que otros requieren un proceso que puede extenderse durante meses. Por ejemplo, antes de instalar cualquier aparatología, se realizan sesiones de desensibilización que pueden tomar desde una hasta cuatro citas. Si tras estos intentos no se logra una adaptación funcional, los profesionales optan por suspender el tratamiento para evitar una experiencia negativa en el paciente.
- Criterios para la elección de aparatología: Al momento de decidir el tratamiento, se suelen preferir aparatos removibles en lugar de

ortodoncia fija, especialmente en casos de TEA severo. Esta preferencia responde a que procedimientos como el cementado de brackets requieren que el paciente permanezca con la boca abierta cerca de una hora, un tiempo clínico que resulta muy difícil de tolerar para ellos.

Durante la evaluación clínica

En esta etapa, los profesionales reportan que el enfoque principal es facilitar la cooperación del paciente a través de una comunicación constante y adaptaciones del entorno clínico. El objetivo es reducir la incertidumbre y manejar los estímulos sensoriales que puedan generar rechazo, utilizando las siguientes estrategias (Tabla 3):

Tabla 3: Durante la evaluación clínica

¿Cómo maneja el comportamiento durante la evaluación clínica?	¿Cómo maneja las dificultades sensoriales? ¿Cómo adapta los procedimientos para la toma de registros en pacientes con TEA?	¿Cómo adapta su enfoque clínico cuando trata a un paciente con TEA leve versus un TEA severo?
Uso de anticipación y explicación estructurada de la sesión (R3, R4, R5, R7)	Anticipación detallada mediante explicaciones previas, demostraciones o videos (R1)	Modificación de objetivos terapéuticos en casos severos: se prioriza la funcionalidad antes que la corrección ortodóncica completa, y se opta por procedimientos como extracciones seriadas si el uso de aparatología no es viable (R3, R5, R9)
Evaluación inicial de la funcionalidad comunicativa del paciente, seguimiento de órdenes, contacto visual, interacción (R4, R6, R9)	Uso de objetos sensoriales como juguetes táctiles, pop-its o superficies rugosas para regulación (R2, R3)	Uso limitado o evitación de aparatología fija en pacientes con baja colaboración, optando por aparatos removibles o evitando aparatología cuando se prevé rechazo (R5, R6, R9)
Aplicación de estrategias sensoriales adaptadas, presión táctil, música, juguetes, espejo, manejo del ruido (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9)	Adaptación de materiales según tolerancia (preferencia por silicona, evitar alginato, uso de escáner) (R3, R5, R8, R9)	Derivación a odontopediatría u otros profesionales cuando no se logra establecer una cooperación mínima necesaria para realizar tratamiento ortodóncico (R4, R6, R7)
Lectura del perfil sensorial individual antes o durante la consulta, preferencias, miedos, estímulos desencadenantes (R2, R3, R7, R9)	Manejo del entorno sensorial: control de olores, ruidos, música, iluminación y estímulos visuales no indispensables (R2, R7)	Adaptación del plan según apoyo familiar y grado de compromiso de los cuidadores, incluyendo el refuerzo domiciliario y la claridad en los objetivos del tratamiento (R5, R6)
Trabajo con equipo clínico estable (profesional + asistente constante) (R1, R6, R9)	Incorporación de familiares para apoyo físico o contención durante el procedimiento (R2)	Pacientes con TEA leve pueden recibir tratamientos ortodóncicos convencionales, con ajustes mínimos en técnica, ritmo o duración de sesiones (R3, R6, R7, R8)

- Comunicación y anticipación en el sillón: Durante el examen, se mantiene la práctica de explicar detalladamente cada paso antes de ejecutarlo. Una técnica común es el uso del espejo dental, que permite que el paciente vea físicamente lo que va a suceder en su boca, reduciendo el temor a lo desconocido.
- Adaptaciones sensoriales y del entorno: Para favorecer la calma, se permite que el paciente sostenga objetos o juguetes reguladores durante la atención. En cuanto al manejo de estímulos en el box, se busca evitar el uso de eyectores y se ajusta el volumen de la música según la tolerancia de cada niño. Al identificar previamente qué estímulos específicos afectan al paciente, el espacio se organiza para eliminar cualquier desencadenante sensorial que pueda incomodarlo.
- Toma de modelos de registro: Para obtener los modelos de trabajo, los profesionales seleccionan materiales y técnicas que el paciente tolere mejor. Se reporta el uso de silicona en lugar de alginato, ya que la silicona permite un mayor control durante el procedimiento. Asimismo, se destaca el uso del escáner intraoral como una alternativa mucho menos invasiva que reduce la incomodidad física al tomar los registros.
- Criterios de derivación y prioridades de tratamiento: Cuando el paciente no logra tolerar los procedimientos a pesar de las adaptaciones, la conducta a seguir es la derivación a centros

especializados que cuenten con entornos adecuados para su atención. Por otro lado, los objetivos clínicos se ajustan según el nivel de TEA: en casos severos, la prioridad absoluta es la funcionalidad, priorizando acciones urgentes como exodoncias; mientras que, en casos leves, es posible realizar tratamientos de ortodoncia convencional con solo ligeros ajustes.

Durante el tratamiento

Los profesionales reportan que la clave para avanzar en el tratamiento es la adaptabilidad progresiva, ajustando el ritmo y los materiales según la respuesta que el paciente manifiesta en cada sesión. Para asegurar la continuidad del proceso, se aplican las siguientes estrategias (Tabla 4):

- Gestión de la carga sensorial y del entorno: Los profesionales personalizan el espacio clínico eliminando estímulos que resultan molestos. Esto incluye reducir los ruidos de la clínica para pacientes con sensibilidad auditiva, o ajustar la intensidad de la luz y el uso de gafas protectoras para aquellos con aversión lumínica. Además, se fomenta el uso de elementos familiares, como juguetes reguladores o el uso del espejo, para que el paciente mantenga la calma al observar el procedimiento.
- Técnicas de colaboración y refuerzo: Como método de preparación, se utiliza constantemente la anticipación visual y verbal, apoyándose en fotos o videos del procedimiento antes de

Tabla 4: Respuestas con respecto a durante el tratamiento

¿Cómo adapta sus procedimientos según las necesidades sensoriales, conductuales o cognitivas del paciente?	¿Qué estrategias para el manejo utiliza para ayudar a que el paciente con TEA esté tranquilo y coopere durante el tratamiento ortodóncico?	¿Cómo adapta la técnica de cepillado en pacientes con TEA para asegurar una higiene bucal adecuada?	¿Cuánto tiempo, en promedio, dura una sesión de tratamiento con un paciente con TEA?	¿Puede compartir un caso donde una estrategia específica haya sido clave para completar con éxito un tratamiento?
Adaptación progresiva basada en observación clínica directa durante las primeras sesiones (R1)	Uso de anticipación visual y verbal mediante imágenes, videos o demostraciones (R2, R5)	Desensibilización progresiva antes de introducir cepillado completo, comenzando por zonas de mayor tolerancia y avanzando hacia posterior; se utilizan dedales, esponjas y kits sensoriales (R3)	Sesiones cortas de entre 10 a 20 minutos como promedio, especialmente en casos con baja concentración o alta reactividad (R3, R5)	Uso de aparatos de adaptación progresiva antes de instalar aparatología fija, como el Myobrace o placas blandas (R2)
Reducción de estímulos sensoriales negativos y uso de apoyos específicos como el espejo, lentes oscuros, aislantes auditivos, juguetes táctiles o control del ruido (R1, R6, R8)	Modelado y técnica decir-mostrar-hacer aplicada antes del procedimiento (R3, R7)	Participación activa del apoderado en la técnica y en la ejecución domiciliaria, enseñando directamente a los cuidadores cómo guiar el cepillado o reforzarlo en casa (R4, R5, R7, R8)	Sesiones intermedias de entre 30 a 40 minutos, ajustadas a la cooperación del paciente (R4, R6, R7)	Aplicación de estrategias sensoriales específicas, como música, manta con peso o texturas táctiles personalizadas (R3, R5)
Modelado y anticipación con demostraciones táctiles previas al procedimiento (R3)	Presencia del apoderado y uso de objetos de apego o elementos familiares (R1, R8)	Selección individualizada del tipo de cepillo según tolerancia sensorial, utilizando cepillos eléctricos, manuales o de textura suave dependiendo de la sensibilidad del paciente (R5, R7, R8)	Sesiones extensas de hasta una hora, en pacientes con mayor estabilidad conductual (R8)	Reducción del tiempo clínico efectivo y uso de aparatos removibles como estrategia de manejo, combinando sesiones breves y adaptación lenta (R6)
Modificación del ritmo terapéutico, prolongando el tratamiento, utilizando citas más extensas o espaciando ajustes clínicos (R5)	Distracción sensorial mediante pantallas, audífonos o juguetes táctiles (R1, R3, R7)	Uso de estrategias visuales o kinestésicas como espejo, fantoma o imitación, permitiendo que el niño observe o practique el cepillado en un modelo o en el cuidador (R3, R6, R7)	División del tratamiento en múltiples sesiones, fragmentando procedimientos para facilitar la tolerancia (R3)	Uso de modelos visuales y macromodelos para explicar procedimientos clínicos, favoreciendo la comprensión del tratamiento (R7)
Decisión de tratamiento ajustada al nivel cognitivo y funcional del paciente, evitando procedimientos invasivos en casos de baja cooperación (R6, R9)	Control del entorno clínico: reducción de estímulos auditivos, visuales y tono de voz (R1, R6)	Condicionar el inicio del tratamiento ortodóncico a una higiene adecuada, exigiendo mejoras en la higiene como paso previo al uso de aparatología (R5)		Éxito basado en paciencia, calma y conexión empática con el paciente, mediante acompañamiento afectivo y lenguaje claro (R1)
	Refuerzo positivo explícito orientado a metas clínicas visibles (R5)			
	Comunicación directa y manipulación previa de instrumentos clínicos (R4)			

cada paso. Asimismo, se implementa el refuerzo positivo, ya sea a través de felicitaciones verbales o pequeños premios, para incentivar y reconocer la colaboración del paciente durante la atención.

- Herramientas clínicas y hábitos de higiene: En las fases iniciales de adaptación, se reporta una preferencia por el uso de aparatos miofuncionales, debido a que son más suaves y permiten una transición progresiva hacia tratamientos más complejos. Respecto a la higiene bucal, se opta por cepillos de cerdas suaves y técnicas adaptadas a la tolerancia de cada niño, enfatizando que la participación de los cuidadores en la supervisión del cepillado es esencial para el éxito del tratamiento.
- Manejo del tiempo y éxito terapéutico: La duración de las sesiones se decide bajo un criterio de seguridad conductual. Los profesionales mencionan que, si el niño está inquieto, prefieren no extender la sesión más allá de los 20 minutos; sin embargo, si el paciente se encuentra tranquilo, la atención puede prolongarse entre 30 y 40 minutos. Se concluye que el uso de sesiones cortas, junto con música tranquila, peluches y la elección de aparatos removibles, son los factores que permiten completar con éxito los objetivos propuestos.

Relación con los apoderados

Los profesionales coinciden en que la participación y el compromiso del

cuidador son determinantes para el éxito de la intervención. Se destaca que el proceso es mucho más fluido cuando el apoderado está bien informado sobre la condición de su hijo, ya que esto le permite anticipar qué estímulos o situaciones el niño podrá tolerar durante la consulta. Bajo este modelo de trabajo conjunto, se aplican las siguientes estrategias (Tabla 5):

Tabla 5: Respuestas en relación con los apoderados

¿Qué estrategias utiliza para involucrar a los cuidadores en la preparación y manejo del tratamiento?	¿Cómo maneja las expectativas de los familiares respecto al tiempo y resultados del tratamiento?
Anticipación verbal y explicación directa al cuidador sobre lo que se hará en cada sesión (R1, R7)	Ajuste de expectativas según diagnóstico y grado de funcionalidad del paciente (R1)
Presencia activa del cuidador durante la sesión como apoyo emocional o físico (R1)	Sinceridad desde la primera consulta y planificación clara del tratamiento (R2, R7)
Uso de evidencias clínicas y demostraciones visuales para aumentar el involucramiento (R3, R5)	Reconocimiento de que el ritmo terapéutico lo determina el paciente (R3)
Entrega de recursos terapéuticos para trabajo en casa y sugerencia de incorporarlos como juego (R3)	Comunicación directa frente a expectativas poco realistas (R4)
Enseñanza compartida o invertida para facilitar comprensión mutua entre paciente y cuidador (R8)	Promoción de la autonomía del paciente en decisiones clínicas (R5)
Refuerzo positivo al cuidador y comunicación sin culpabilización (R5)	Explicación concreta de objetivos, tiempos estimados, riesgos y posibles demoras (R7)
Responsabilidad compartida explícita en el seguimiento clínico del tratamiento (R6, R9)	Presentación progresiva del tratamiento según el estado emocional del paciente (R8)
Canales formales de comunicación e instrucciones por escrito (R7)	Estrategia de sobredimensionar el tiempo al inicio para evitar frustración posterior (R9)

- **Comunicación e instrucción familiar:** Para asegurar que la familia esté preparada, se utilizan estrategias de anticipación verbal donde se explica detalladamente lo que ocurrirá en cada sesión. Además, se entregan instrucciones por escrito y se facilita un canal de contacto directo para que los cuidadores puedan resolver dudas de forma oportuna.
- **Participación:** La presencia del cuidador se utiliza como un soporte emocional y físico clave. Los profesionales fomentan que los padres participen activamente, ya sea acompañando al niño o utilizando espejos y demostraciones clínicas para observar el procedimiento. Esta transparencia les permite entender mejor el tratamiento y el comportamiento de su hijo en el entorno odontológico.
- **Corresponsabilidad:** Se promueve un modelo de esfuerzo compartido donde el tratamiento se extiende más allá de la clínica. Una estrategia mencionada es la entrega de placas terapéuticas para que los padres las utilicen en casa como parte de dinámicas de juego, facilitando la familiarización del niño con los aparatos en un ambiente seguro.
- **Manejo de expectativas y autonomía del paciente:** La relación con la familia se basa en la sinceridad desde el primer encuentro, estableciendo expectativas reales sobre los resultados y tiempos del tratamiento. Finalmente, los profesionales enfatizan que, además de la opinión de los padres, es esencial considerar el deseo y la voluntad

del paciente antes de avanzar con cualquier intervención, especialmente cuando el niño ya manifiesta claridad sobre sus preferencias.

Consideraciones

Los profesionales reportan una serie de consideraciones técnicas basadas en la respuesta conductual del paciente con TEA, destacando que el éxito terapéutico trasciende el resultado técnico y se mide por la adherencia lograda. Las principales observaciones se detallan a continuación (Tabla 6):

- **Sedación:** Existe un consenso sobre las experiencias desfavorables con el uso de óxido nitroso. Los profesionales indican que este gas puede generar pérdida de control corporal en el paciente, provocando angustia o incluso un efecto paradójico de hiperactividad. Debido a estos resultados, se prefiere optar por la sedación profunda o la anestesia general para procedimientos invasivos, especialmente cuando existe un alto riesgo o una sensibilidad sensorial elevada que impide el manejo convencional.
- **Criterios de Éxito y Adherencia:** El éxito del tratamiento no se evalúa exclusivamente por el cumplimiento de los objetivos clínicos finales. Los profesionales destacan que un proceso es exitoso cuando se logra la cooperación activa de los padres y el paciente muestra una adherencia positiva al tratamiento, permitiendo avances constantes, aunque no se

Tabla 6: Respuestas relacionadas a Consideraciones

¿En qué situaciones considera que la sedación consciente es necesaria y cómo evalúa su impacto en el tratamiento?	¿Qué criterios usa para evaluar el éxito del tratamiento ortodóncico en pacientes con TEA, más allá de los resultados técnicos?	¿En paciente con dentición definitiva prefiere la utilización por ejemplo de alineadores vs brackets?	¿Prefiere utilizar aparatología removible antes de comenzar con aparatología fija?	¿Puede compartir un caso donde una estrategia específica haya sido clave para completar con éxito un tratamiento?
Sedación solo indicada en procedimientos quirúrgicos o exodoncias con baja tolerancia (R1, R6, R9)	Ganancia en confianza, autonomía y comunicación del paciente. (R1).	Alineadores como opción favorable en pacientes estructurados y responsables. (R6).	Uso de aparatología removible como fase de adaptación previa al tratamiento fijo. (R3, R6, R7, R8).	Uso de aparatos blandos (Myobrace) o de adaptación progresiva antes del tratamiento definitivo. (R2, R5).
Sedación como estrategia inicial para reducir temor en primeras experiencias clínicas (R2)	Valoración de avances parciales o pequeños logros clínicos. (R3).	Brackets preferidos por menor dependencia del cumplimiento del paciente. (R7).	Preferencia por tratamiento miofuncional como alternativa. (R5).	Implementación de estrategias sensoriales específicas (música, manta, textura, ambiente). (R3, R5).
Malas experiencias clínicas con óxido nitroso en pacientes TEA. (R3, R4, R5)	Permanencia y tolerancia de los aparatos en boca. (R4).	Elección entre alineadores y brackets debe basarse en evaluación clínica individual. (R9).	Derivación al odontopediatra cuando el paciente no tolera procedimientos iniciales. (R1, R4).	Uso de recursos visuales o simbólicos como mediación.(R8).
Preferencia por sedación profunda o anestesia general en lugar de sedación consciente (R3, R4, R5)	Adherencia al tratamiento y asistencia continua como medida de éxito. (R5, R8).	Consideración del costo elevado como limitante de los alineadores. (R9)	Indicación de aparatología removible según edad o etapa dentaria. (R6).	Reducción del tiempo clínico y sesiones más cortas como estrategia de tolerancia. (R6).
La efectividad del óxido nitroso depende del perfil sensorial y del tipo de paciente (R6, R8)	Mejora de la salud general percibida. Cambios positivos en higiene oral, función respiratoria o comprensión de la salud por parte del paciente o su familia (R7).		Evita el uso de aparatología removible; opta por fija o alineadores directamente. (R9).	Éxito basado en vínculo empático, calma y contacto físico.(R1).

completan la totalidad de las metas técnicas inicialmente propuestas.

- **Uso de Alineadores y Brackets:** La elección del sistema ortodóncico depende del perfil conductual del paciente. Algunos profesionales consideran que los alineadores pueden ser adecuados para pacientes muy estructurados y conscientes de su proceso; sin embargo, otros prefieren el uso de brackets debido a que no dependen de la voluntad del usuario para permanecer en boca, evitando que el paciente se los retire.
- **Aparatología de Transición:** La mayoría de los entrevistados coincide en la utilidad de los aparatos removibles o miofuncionales como una fase de adaptación previa a la aparatología fija. Estos dispositivos permiten que el paciente inicie un proceso de acostumbramiento progresivo en su hogar, facilitando una transición menos estresante hacia intervenciones más complejas.

Recomendaciones y Experiencia

La sección final del estudio recoge

sugerencias pedagógicas y experiencias significativas de los profesionales, quienes enfatizan la necesidad de fortalecer la formación académica y las herramientas de apoyo visual para mejorar la calidad de la atención. Las principales recomendaciones se resumen a continuación (Tabla 7):

- **Formación:** Existe una demanda clara por mayor instrucción formal, como diplomados o cursos especializados que entreguen herramientas para el manejo de estos pacientes. Específicamente, se resalta la falta de formación orientada a la ortodoncia en pacientes con necesidades especiales.
- **Recursos:** El uso de apoyos visuales se identifica como una estrategia de alta efectividad. Se recomienda la creación de videos anticipativos personalizados y el uso de pictogramas, especialmente para pacientes no verbales, ya que permiten comunicar las etapas del tratamiento de forma clara. Asimismo, el uso del espejo clínico se describe como una herramienta fundamental para que el niño comprenda visualmente lo que ocurre durante el procedimiento.
- **Métodos de Adaptación Conductual:** Se destaca la efectividad del método "decir-mostrar-hacer", combinado con un lenguaje sencillo y directo, para asegurar la cooperación del paciente. Esta técnica permite que el niño procese la información antes de cada intervención clínica.

Tabla 7: Respuestas relacionadas a Recomendaciones y Experiencia

¿Qué recursos educativos recomendaría a otros profesionales para mejorar el manejo de pacientes con TEA?	¿Podría compartir alguna situación o caso particular que considere relevante o destacable en la atención de pacientes TEA?
Cursos formales, diplomados y capacitaciones específicas en TEA. (R1, R3, R6, R8, R9).	Casos exitosos logrados con paciencia, voluntad y adaptación progresiva. La mayoría de los tratamientos pudieron completarse satisfactoriamente, incluso en pacientes con TEA severo, gracias a la disposición clínica y constancia del profesional (R1, R2).
Uso de videos anticipativos y personalizados. (R2, R5).	Aplicación de estrategias estructuradas con anticipación y refuerzo positivo. Pacientes previamente rechazados lograron avanzar siguiendo secuencias claras, paso a paso, con premios y expectativas preestablecidas (R3, R7).
Uso de pictogramas, guías visuales y modelos educativos. (R2, R5, R8, R9).	Reconocimiento temprano del nivel de colaboración y ajuste del plan clínico. (R4).
Utilización del espejo clínico como herramienta didáctica. Permite explicar hallazgos y procedimientos en tiempo real con lenguaje accesible (R6).	Importancia de no forzar al paciente y reformular objetivos clínicos. La atención se suspende ante signos de frustración, reformulando el objetivo sin comprometer la relación terapéutica (R5).
Aplicación de técnicas como 'decir-mostrar-hacer' y lenguaje claro. (R6, R9).	Cuidado con el lenguaje y presentación del profesional como base del vínculo. Evitar tecnicismos, presentarse con nombre propio y mantener coherencia entre sesiones son claves para generar confianza (R6, R7).
Participación del cuidador como mediador terapéutico. (R2).	Rol fundamental del cuidador como guía o mediador clínico. En pacientes no verbales, los cuidadores actúan como traductores del comportamiento, facilitando el desarrollo de la sesión (R8).
	Casos donde la secuencia terapéutica creativa permitió avanzar con éxito. La adaptación progresiva mediante etapas como uso de topes antes de la aparatología definitiva permitió avanzar incluso en pacientes reticentes (R9).

- **Colaboración con el Entorno Familiar:** Se refuerza la idea de que los cuidadores son los aliados principales del odontólogo. Su conocimiento sobre los gustos y sensibilidades del niño es la mejor guía para que el profesional pueda ajustar su atención y personalizar el abordaje con éxito.

Discusión

Educación

Los resultados del estudio evidencian una notable variabilidad en la formación de los profesionales que atienden a personas con TEA, lo que refleja una falta de estandarización en la preparación académica para abordar esta condición. Este déficit ha sido identificado también en la literatura reciente, donde se reconoce que muchos profesionales desconocen las estrategias no farmacológicas disponibles para favorecer la cooperación, lo cual limita las alternativas clínicas en pacientes con escasa colaboración (Capurro et al.,14).

Si bien los participantes reportaron distintos niveles de preparación desde cursos formales hasta aprendizaje autodidacta y experiencia clínica todos manifestaron sentirse competentes para tratar a pacientes con TEA. Esta percepción se sustenta en una combinación de conocimientos académicos, práctica clínica y, en un caso, experiencia personal como cuidadora, lo cual evidencia que la vivencia individual también puede enriquecer el abordaje terapéutico.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de reconocer tanto el valor de la formación formal como el de la experiencia contextual en el diseño de programas educativos en ortodoncia y ortopedia dentomaxilar. Frente al aumento sostenido de diagnósticos de TEA, se vuelve fundamental incorporar contenidos específicos sobre neurodiversidad en el pregrado y promover instancias de capacitación continua.

Tanto este estudio como el de Yulany et al.¹⁵ coinciden en que el manejo efectivo de esta población requiere profesionales capacitados, protocolos personalizados y un enfoque multidisciplinario. Aunque las necesidades odontológicas pueden ser similares a las de otros niños, el enfoque debe ser adaptado y basado en la evidencia para garantizar una atención integral y respetuosa.

Antes del tratamiento:

Los hallazgos muestran un enfoque clínico sensible y adaptativo por parte de los profesionales, basado en la experiencia directa con pacientes con TEA. Uno de los elementos más relevantes para favorecer la cooperación y reducir la ansiedad es la preparación anticipada, junto con un manejo flexible del tiempo y una organización detallada del entorno clínico. Estas estrategias, descritas también por Yulany et al.¹⁵ y Meuffels et al.¹⁶, incluyen el control de estímulos sensoriales y la adecuación del box como medidas que favorecen el éxito de la consulta.

No se identificó un protocolo único, sino un conjunto de herramientas que

los profesionales combinan y ajustan según el perfil funcional del paciente y su contexto familiar. Este modelo flexible es coherente con la variabilidad del espectro autista y respalda la necesidad de enfoques individualizados centrados en el vínculo terapéutico.

La anticipación se posiciona como una herramienta clave para estructurar la primera visita y las posteriores, mediante entrevistas con cuidadores, cuestionarios sensoriales y el uso de recursos visuales y verbales como pictogramas, videos o explicaciones secuenciales. Estas estrategias permiten conocer rutinas, intereses y sensibilidades, optimizando el tiempo clínico y reduciendo interrupciones. Estudios como los de Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ y Meuffels et al.¹⁶ coinciden en que esta planificación previa es fundamental para disminuir la incertidumbre y generar confianza.

Además, se identificó la efectividad de prácticas como visitas de reconocimiento al box, uso de objetos de apego, música reguladora y manipulación previa del instrumental. Estas medidas forman parte de un enfoque sensorial progresivo, que busca ajustar las estrategias según la respuesta individual del paciente. Como plantean Di Giorgio et al.¹³, las sesiones breves, repetitivas y no invasivas pueden actuar como una etapa de entrada hacia tratamientos más complejos.

Finalmente, los profesionales adaptan la logística del tratamiento, priorizando horarios de baja afluencia, prolongación de citas si es necesario, y reducción del contacto con otros pacientes. Esta organización responde al objetivo de

minimizar la sobrecarga sensorial y emocional. Tal como señalan Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ y Yulany et al.¹⁵, el tiempo clínico debe ajustarse al ritmo del paciente, asegurando su estabilidad emocional y continuidad terapéutica a largo plazo.

Durante evaluación clínica:

Durante la evaluación clínica, los profesionales aplican diversas estrategias adaptadas al perfil sensorial y funcional de cada paciente, con el objetivo de facilitar la cooperación y reducir la ansiedad. La anticipación verbal detallada, junto con el uso del espejo y demostraciones visuales, permite explicar cada procedimiento de forma clara y predecible. Estas herramientas coinciden con lo reportado por Yulany et al.¹⁵ y Meuffels et al.¹⁶, quienes destacan que los apoyos visuales ayudan a los niños con TEA a entender qué ocurrirá, cómo, con quién y por cuánto tiempo.

También se emplean ajustes sensoriales como el uso de objetos reguladores, música personalizada, control del ruido y selección cuidadosa del instrumental, con el fin de reducir la sobrecarga sensorial. Esta necesidad de adecuación ambiental ha sido ampliamente documentada en la literatura, dada la alta sensibilidad de esta población a estímulos externos y su preferencia por entornos predecibles¹⁶.

En cuanto a la toma de registros, los profesionales tienden a modificar las técnicas convencionales según la tolerancia del paciente. Se prefiere el uso de silicona sobre alginato por su textura, y en muchos casos se recurre al escáner

intraoral como alternativa eficaz y no invasiva. En situaciones donde no se logra una mínima colaboración, se opta por derivar al paciente para una adaptación previa. Capurro et al.¹⁴ respaldan esta práctica al señalar el valor del escáner como herramienta que reduce respuestas negativas.

Por último, se observa una clara diferenciación en el abordaje según la severidad del TEA. En pacientes con TEA leve, es posible implementar tratamientos ortodóncicos convencionales con ajustes mínimos, siempre que exista un compromiso familiar sostenido. En cambio, en casos severos, se redefinen los objetivos terapéuticos priorizando la funcionalidad sobre los resultados estéticos, y se recurre a intervenciones de menor complejidad, como extracciones seriadas. Esta decisión clínica, como indican Di Giorgio et al.¹³ y Capurro et al.¹⁴, debe basarse en la capacidad real del paciente para mantener una colaboración constante a lo largo del tratamiento.

Durante el tratamiento clínico:

El abordaje clínico en pacientes con TEA se caracteriza por una constante adaptación basada en la observación directa, la anticipación sensorial y la flexibilidad técnica. Reducir estímulos molestos y crear un entorno clínico más accesible mediante recursos como música, peluches o apoyos visuales contribuye significativamente al confort emocional y a la cooperación del paciente.

La comunicación clara y empática es otro pilar fundamental. Tal como señala

Yulany et al.¹⁵, estrategias como el tono de voz suave, las instrucciones breves, el refuerzo positivo y el método "decir-mostrar-hacer" favorecen la colaboración y permiten ejecutar procedimientos clínicos con mayor éxito. Estos hallazgos coinciden con los resultados del presente estudio, donde se destaca la importancia del lenguaje directo y la estimulación positiva.

La cooperación se construye con tiempo, constancia y una relación clínica sostenida, que incluye activamente al cuidador y se adapta a las particularidades sensoriales del paciente. Casos exitosos demostraron que la clave no es la rapidez del tratamiento, sino la capacidad del equipo para ajustarse a cada sesión, incluso si eso implica citas breves o una larga fase de adaptación. Estudios como los de Di Giorgio et al.¹³, Capurro et al.¹⁴ y Meuffels et al.¹⁶ respaldan este enfoque, señalando que mantener al mismo profesional tratante puede marcar una diferencia en la continuidad y confianza del paciente.

En lugar de seguir protocolos rígidos, los profesionales optan por un manejo individualizado, que va desde la elección de aparatología menos invasiva hasta la modificación del ritmo y contenido de las sesiones, en función de la respuesta clínica. Este modelo representa un cambio frente a la práctica tradicional, priorizando la adaptación progresiva y el bienestar emocional como base de la efectividad terapéutica.

Finalmente, la variabilidad en la duración de las sesiones desde menos de 20

minutos hasta una hora evidencia que el tiempo clínico no debe medirse en términos de eficiencia, sino según la tolerancia y estabilidad del paciente. Como concluyen Di Giorgio et al.¹³ y Capurro et al.¹⁴, es el tratamiento quien debe adaptarse al paciente, y no al revés.

Relación con apoderados:

La relación con los apoderados no se limita a un rol informativo, sino que representa un componente clave del éxito terapéutico, ya que influye directamente en la adherencia y continuidad del tratamiento. La anticipación, el uso de recursos visuales, el lenguaje claro y la formación compartida son estrategias esenciales para establecer una alianza sólida entre el equipo clínico y la familia. El cuidador cumple un rol activo: no solo acompaña, sino que participa en la toma de decisiones, regula comportamientos y, en muchos casos, ejecuta parte del tratamiento en casa.

Este vínculo se fortalece mediante una comunicación empática y continua, como señalan Di Giorgio et al.¹³ y Capurro et al.¹⁴, quienes destacan que la implicación del cuidador es determinante para mantener rutinas de higiene, reforzar indicaciones y sostener el vínculo terapéutico, especialmente en pacientes con dificultades conductuales.

Por otro lado, los profesionales advierten que factores como expectativas irreales, sobreprotección o negación del diagnóstico pueden interferir en el progreso clínico. Por ello, es fundamental establecer desde el inicio

una comunicación sincera, planificar objetivos realistas y respetar el ritmo del paciente. La elección del tratamiento debe considerar el nivel de compromiso familiar a mediano y largo plazo, ya que la falta de apoyo sostenido se asocia a una menor adherencia y resultados más limitados.

Consideraciones:

La mayor parte de las entrevistadas señalaron presenta malas experiencias con el óxido nítrico, presentando reacciones paradójicas y dificultades de control clínico atribuibles a hipersensibilidad sensorial. Este hallazgo cuestiona su efectividad en esta población y respalda el uso de alternativas como la sedación profunda o anestesia general, reservadas exclusivamente para procedimientos de mayor complejidad, tal como señalan también Yulany et al.¹⁵, quienes proponen estas técnicas solo como último recurso tras el fallo de estrategias no invasivas.

Más allá del resultado técnico, los profesionales valoran el éxito terapéutico en función de la adherencia al tratamiento, la calidad del vínculo comunicacional y la adaptación gradual a la aparatología. Este enfoque coincide con lo planteado por Di Giorgio et al.¹³, quienes observaron mejores niveles de colaboración cuando el tratamiento se basó en una relación clínica sostenida, aun si el logro final no fue completo desde lo ortodóncico

En cuanto al tipo de aparatología, se observa consenso en iniciar con dispositivos removibles o miofuncionales como etapa de adaptación, especialmente

útil para evaluar la tolerancia y fomentar la confianza antes de pasar a aparatología fija. Aunque algunos prefieren alineadores en pacientes muy colaboradores, otros optan por brackets por su menor dependencia del cumplimiento. Esta estrategia progresiva también es respaldada por Di Giorgio et al.¹³ y Capurro et al.¹⁴, quienes reportan buenos resultados al ajustar el tipo de dispositivo según el perfil del paciente.

Recomendaciones:

Las experiencias clínicas analizadas muestran que el éxito terapéutico en pacientes con TEA no depende solo del tipo de aparatología o del protocolo utilizado, sino principalmente de la capacidad del profesional para interpretar el nivel de colaboración del paciente, adaptar los objetivos clínicos a su respuesta conductual y mantener una comunicación efectiva con el paciente y su cuidador.

Los casos exitosos se lograron gracias al uso de estrategias de anticipación, al respeto por los límites sensoriales individuales y a la flexibilidad para ajustar cada procedimiento según la tolerancia diaria del paciente. En este contexto, el vínculo empático, la comunicación y la creatividad clínica se consolidan como pilares fundamentales en el manejo ortodóncico de esta población.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Weil TN, Bagramian RA, Inglehart MR. Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior. *Spec Care Dentist*. 2011 Jan-Feb;31(1):8-17. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x. Epub 2010 Dec 28. PMID: 21235609.
3. Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012 Jul;42(7):1294-303. doi: 10.1007/s10803-011-1362-2. PMID: 21909827.

Conclusión

Este estudio demostró que el tratamiento ortodóncico en pacientes con TEA debe adaptarse a las necesidades específicas de cada individuo, considerando sus características sensoriales, conductuales y emocionales. Se identificaron estrategias y consideraciones clave, siendo la flexibilidad y la anticipación las herramientas principales para fomentar la cooperación y el éxito del tratamiento. La diversidad de enfoques reportada por los profesionales sugiere la ausencia de protocolos estandarizados en el área, lo que subraya la necesidad de futuras investigaciones clínicas que permitan unificar criterios. Esto es clave para desarrollar un marco de referencia que guíe la atención especializada, garantizando intervenciones basadas en la evidencia y respaldadas por el consenso profesional.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

Financiación

Este estudio no recibió apoyo financiero.

4. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Spec Care Dentist*. 2011 May-Jun;31(3):102-10. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x. PMID: 21592164.
5. Al-Sehaibany FS. Occurrence of oral habits among preschool children with autism spectrum disorder. *Pak J Med Sci*. 2017 Sep-Oct;33(5):1156-1160. doi: 10.12669/pjms.335.13554. PMID: 29142556; PMCID: PMC5673725.
6. Du RY, Yiu CKY, King NM. Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. *J Autism Dev Disord*. 2019 Feb;49(2):453-459. doi: 10.1007/s10803-018-3708-5. PMID: 30136115.
7. Mansoor D, Al Halabi M, Khamis AH, Kowash M. Oral health challenges facing Dubai children with autism spectrum disorder at home and in accessing oral health care. *Eur J Paediatr Dent*. 2018 Jun;19(2):127-133. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.02.06. PMID: 29790776.
8. McKinney CM, Nelson T, Scott JM, Heaton LJ, Vaughn MG, Lewis CW. Predictors of unmet dental need in children with autism spectrum disorder: results from a national sample. *Acad Pediatr*. 2014 Nov-Dec;14(6):624-31. doi: 10.1016/j.acap.2014.06.023. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25439161; PMCID: PMC4367192.9. Gandhi RP, Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management. *J Evid Based Dent Pract*. 2014 Jun;14 Suppl:115-26. doi: 10.1016/j.jebdp.2014.03.002. Epub 2014 Mar 27. PMID: 24929596.
9. Sarnat H, Samuel E, Ashkenazi-Alfasi N, Peretz B. Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *J Clin Pediatr Dent*. 2016 Winter;40(1):21-5. doi: 10.17796/1053-4628-40.1.21. PMID: 26696102.
10. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Nov 1;18(6):e862-8. doi: 10.4317/medoral.19084. PMID: 23986012; PMCID: PMC3854078.
11. Farzanegan F, Shadmehri SA, Shoostari Z, et al. Evaluating malocclusion patterns in children with autism spectrum disorder using the index of complexity, outcome and need: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2024;24:759. doi: 10.1186/s12903-024-04524-y.
12. Di Giorgio G, Corridore D, Corvino IC, Zumbo G, Pranno N, Voza I, Polimeni A, Bossù M. Orthodontic treatment in pediatric patients with autism spectrum disorder: compliance and satisfaction: pilot study. *Appl Sci*. 2023;13:9189. doi: 10.3390/app13169189.
13. Capurro C, Telini G, Canevello C, Laffi N. A new way to approach ASD children in Dentistry. *Eur J Paediatr Dent*. 2024 Mar 1;25(1):12-19. doi: 10.23804/ejpd.2024.1884. Epub 2024 Feb 1. PMID: 38353520.
14. Yulany Suleiman SY, Caleza Jimenez C, Ribas Pérez D. Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico odontológico del niño con trastorno del espectro autista: revisión sistemática. *Rev Odontol Pediatr*. 2021;29:44-60. <https://www.revistaodontologiapediatrica.es/articles/H0026/show>
15. Meuffels SA, Kuijpers-Jagtman AM, Tjoa STH, Carvajal Monroy PL. Orthodontic aligner therapy outcomes in children with autism spectrum disorder. *Int J Paediatr Dent*. 2025 Mar;35(2):456-467. doi: 10.1111/ipd.13257. Epub 2024 Aug 6. PMID: 39107913; PMCID: PMC11788516.

Recibido 17/07/25

Aceptado 15/03/26

Correspondencia: Elizabeth Paucar Toribio, correo: elizabethpt156@gmail.com