



Universidad Nacional Autónoma de México

E. N. E. P. Z A R A G O Z A

EL NIÑO AUTISTA COMO
PACIENTE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
Fernando J. A. Vadillo Sánchez
Alfonso Víctor Arellano Arango

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

	Página.
Protocolo.....	1
Fundamentación del Tema.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos	3
Hipótesis	3
Desarrollo y estado actual.....	4
Análisis Determinantes.....	5
Contradicciones.....	6
Material y Método	7
Bibliografía.....	8
Cronograma	10
Introducción	11

CAPITULO I SINDROME AUTISTICO.

Definición.....	12
Etiología	13
Diagnóstico Diferencial.....	16
Pronóstico	21
Tratamiento	22

CAPITULO II

CONSIDERACIONES MEDICAS Y ODONTOLÓGICAS.

Consideraciones Médicas y Odontológicas.....	23
Los padres	24
El Niño	25

CAPITULO III

MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

Acondicionamiento clásico	28
Acondicionamiento Operante.....	29
Refuerzo	29
Encadenamiento y extinción	32
Control de estímulo.....	32
Principios de modelado en el cuidado del pacien te.....	34
Sesiones de entrenamiento.....	35
Sugerencias y modelado	36

CAPITULO IV

PROGRAMA DE CEPILLADO DENTAL.

Programa de Cepillado dental	40
Manejo Dental	42

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Resultados	43
Conclusiones.....	53
Propuestas	54
Bibliografía	55

INTRODUCCION

Los últimos veinte años han sido marcados por una — actitud muy mejorada hacia el manejo dental de niños y — adultos inválidos. El cambio se caracteriza por una estrategia más conservadora hacia el tratamiento y la introducción de técnicas de prevención. Se debe hacer notar también que el cuidado dental del inválido se ha convertido — en una importante parte de los programas de educación continua. La mejora en el cuidado del inválido ha sido — estimulada ampliamente por los grupos de padres de familia y profesionales que han creído que el inválido merece tanto el derecho a la salud dental como cualquier otro grupo que busca cuidado dental.

Los dentistas se unen a esta filosofía y quienes tratan al paciente especial, se les presentará a tratamiento el niño Autista, eventualmente. Por tal motivo desarrolla remos la tesis. " El Niño Autista como paciente " que comprende cinco capítulos y que están compuestos de la siguiente manera: Capítulo I; Síndrome Autístico: En este capítulo se da a conocer la definición, etiología, diagnóstico diferencial, signos y síntomas, pronósticos y tratamiento. Capítulo II; Consideraciones Médicas y Odontológicas: Se analizará la conducta del padre y el hijo en sus relaciones sociales y familiares. Capítulo III; Modificación de la conducta: Este capítulo comprende los conceptos básicos: Acondicionamiento clásico, Acondicionamiento operante, Refuerzo, Encadenamiento, Control de Estímulo, Principios de modelado en el cuidado del paciente. Sesiones de entrenamiento, Sugerencias y modelado para el trabajo con otros niños Autistas.

Capítulo IV; Programa de cepillado dental; En este — capítulo se mencionará la técnica de cepillado correcto de los dientes y el manejo dental del niño Autista.

Capítulo V; Conclusiones.

FUNDAMENTACION DEL TEMA.

El motivo por el cual nos inclinamos para elegir el tema es:

Primero; Porque nos llamó la atención, por ser un tema — interesante, debido a que hay poca investigación sobre el niño autista en la Odontología y poco interés por parte — del profesionista.

Hay relativamente pocos problemas médicos que un Odon-
tologo debe considerar al tratar con un niño autista. Es-
tos niños suelen ser bastantes sanos sin embargo, un por-
centaje significativo tiene un trastorno convulsivo y por-
supuesto, la Hiperplasia Gingival secundaria a la medica-
ción anticonvulsionante, puede ser entonces un problema —
Odontológico.

Gran parte de la profesión cree que la atención para-
estos pacientes, requiere entrenamiento especial. Sin en-
bargo la gran mayoría de estos problemas pueden ser trata-
dos en la práctica privada por el Odontólogo General. —
Muchos creen que los factores importantes en el manejo del
niño Autista en el consultorio, son: Comprensión, compa-
sión, paciencia. Como profesionales, los odontólogos deben
considerar a las personas Autistas como individuos con —
problemas dentales.

REFERENCIAS:

- 1.- Young, W.C., and Mink, J.R.; Dental care for the handi-
capped child. Rabbil. Lit. 26: (98-103, 1965).
- 1.A.- Kopel, II.; Dentistry for handicapped Children, pp -
255, 270 in And Adolescents, Philadelphia, 1974, J.B.
Lippincott Co.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ La atención Odontológica en el niño Autista, es manejada correctamente por el Odontólogo ?.

Las consideraciones que se tomaran en cuenta para el desarrollo de esta tesis serán: Definición, etiología, — signos y síntomas, diagnóstico diferencial, pronóstico, — tratamiento.

GENESIS:

El autismo en la niñez es un trastorno muy complejo — de lenguaje, socialización y dificultades perceptomotoras. De etiología incierta. Este trastorno se conoce también — como síndrome de Kanner. Se caracteriza por múltiples im — pedimentos, fué descrito a comienzos de 1910 por Kanner. — La observación de 11 niños llevó a Kanner a proponer que — ellos constituyan un síndrome único de un trastorno Autis — tístico innato de contacto efectivo. Fué su concepto que — el individuo está dañado desde el comienzo de la vida, de — ahí la designación ("Infantil"). El Autismo que deriva de — la palabra Griega "Autos", que significa ser — enfatiza lo — que Kanner considera un síntoma patognomónico para el diag — nóstico; La incapacidad para relacionarse en la forma co — rriente con las personas y situaciones desde el comienzo — de la vida. El otro rasgo principal es el deseo ansiosamen — te obsesivo por el mantenimiento de la identidad.

Estos niños son, a menudo, diferentes desde el naci — miento pero los padres raramente se preocupan hasta que — aparece un retardo significativo en las pautas del desarro — llo. Los infantes pueden haber nacido con poco peso y pre — sentar más tarde peso bajo, estatura baja, pequeña cabeza, la edad ósea puede también ser inmadura, durante el primer — año puede existir problemas de alimentación, con pobre —

succión y rejugitación frecuente al sueño puede estar per-
turbado a menudo con necesidad disminuida de dormir.

OBJETIVOS DE LA TESIS:

- 1.- Por medio de esta tesis orientar al Odontólogo para -
que implante en su práctica profesional un programa -
para el tratamiento del niño Autista.
- 2.- Lograr por medio de esta tesis que el Odontólogo como -
profesionista, tome conciencia de los problemas que -
presentan los niños Autistas.
- 3.- Familiarizar al Odontólogo por medio de esta tesis, -
con los métodos y técnicas adecuadas para el tratamien -
to del niño Autista.

HIPOTESIS DEL TRABAJO:

La atención odontológica que recibe el niño Autista -
no es manejada correctamente por el odontólogo.

DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL:

Se han venido haciendo investigaciones acerca de la -
etiología, diagnóstico y tratamiento del niño Autista.

Se ha encontrado que la modificación de la conducta -
que es una forma de Psicoterapia, es actualmente la técni -
ca más útil para ayudar a los niños Autistas. Aunque la -
terapia puede mejorar el estado del niño Autista, los más -
de ellos permanecen algo deteriorados.

Durante el período en que el Autismo en la niñez al -
canzó interés, la Psiquiatría seguía considerando la mayo -
ría de las enfermedades como producto de una mecánica fa -

miliar alterada.

La observación de Kanner que señala que los padres de sus pacientes parecían ser mecánicos en la crianza de sus hijos llegó a la conclusión que el niño Autista era consecuencia, de la patología de los padres especialmente de la madre. Estudios más recientes no encuentran diferencia significativa en la sociabilidad, calidez o incidencia de diversos trastornos Psiquiátricos en los padres del niño Autista. No hay entonces relación causal entre esas variables y la incidencia del Autismo en la niñez, pero la calidad del medio ambiente del niño ciertamente modifica la evolución del trastorno.

En la actualidad, el resultado final no es optimista — no obstante también es cierto que la condición del niño Autista debe mejorarse con un buen programa educacional — en el hogar y en la escuela.

La prevalencia del Autismo se calcula entre el 2 y 5 por 10,000 de población. En la serie de pacientes de Kanner había una predominancia de varones de 4 a 1 en la proporción de nacimientos.

REFERENCIAS:

- 1.- Eisenberg L.- and Kanner, I.; Childhood schizophrenia. Am. J. Orthosychiatry 26: 253, 1956.
- 1.- Coz, A., et al.: A comparative Study of infantile autism and specific developmental receptive language disorders. 11. parental characteristics, Vr. J. Psychiatry 126: 146, 1975.

ANÁLISIS DETERMINANTES:

Los niños Autistas están disminuidos en su capacidad para relacionarse con la gente, no suelen jugar con otros

ANALISIS DETERMINANTES:

Los niños Autistas están disminuidos en su capacidad⁶ para relacionarse con la gente, no suelen jugar con otros niños. El lenguaje está siempre perturbado. Dos tercios de los niños Autistas alcanzan alguna adición funcional, - pero un tercio permanece sin vocalización funcionales por toda la vida.

La audición, hasta donde pueda determinarse, se encuentra normal. A medida que crecen, se puede esperar - alguna mejoría, pero es muy inusual que un niño Autista - establezca relaciones íntimas con otros individuos físicamente emocionalmente.

Cuando se considera la medicación para estos niños, - deben señalarse algunos puntos. Esos pacientes pueden ser impredecibles en sus respuestas a los depresores cerebrales de todos los tipos y pueden necesitar más o menos de - lo esperado, esto puede ser causado por una fisiología perturbada, aunque se sabe que tienen sistemas nerviosos autónomos excesivamente lábiles.

El tratamiento ortodóntico de los niños Autistas no - debe ser prioritaria hasta que pueda asegurarse una total - cooperación. Como todos los niños Autistas necesitan terapia foniatría, esto también debe tomarse en consideración.

CONTRADICCIONES:

Kenner indica que si el lenguaje está presente a los - cinco años de edad, algún tipo de ajuste futuro es posi- - ble.

Mientras Rutter, dice que un niño sin dicción a los - cinco años de edad tienen pobres resultados.

El seguimiento de Dr. Meyer de ciento veinte niños - Autistas reveló que ningún caso sin dicción comunicativa - hacia los cinco años de edad podía ser clasificado como - normal.

Los infantes pueden parecer estar en movimiento constante, golpeando sus pies o su cabeza contra la cuna o haciendo gestos repetitivos con las manos.

En el otro extremo, esos niños pueden ser sumamente apáticos, una vez más, poco interés en la gente, fallando a menudo en hacer la respuesta anticipatoria cuando se les acercan. Puede llorar muy poco y se les describe como infantes muy buenos parecen poseer lo que Kenner considera como extrema soledad Autística.

REFERENCIAS:

- 1.- Kanner, L.: Childhood Psychosis Initial studies and Insights, Washington, D. C., 1973, V. II Winston and sons.

MATERIAL Y METODO:

El material que emplearemos en el desarrollo de este proyecto será:

- 1.- Libros: Psicosis infantil. Autismo en la niñez, etc.
- 2.- Revistas: variadas de 5 años atras.
- 3.- Cuestionarios.

Por medio de los métodos se logra la mayor eficacia investigadora, para tal efecto el que se empleará en el desarrollo de esta Tesis será el "Científico" llevandose a cabo cada uno de los pasos que comprende para una mejor verificación de los resultados.

BIBLIOGRAFIA: CENIDS.

- Albertson, D. And Johnson, R.: Plaque control for the institutionalized Child., J. Am. Dent Assoc. 87:1389 — 1973.
- Cohen, D.: The medical care of autistic children, pediatrics 51: 278, 1973.
- Drash, P.: Behavior modification. New tools for usw la — pediatric dentistrye with the handicapped child, Dent. — Clin North Am 18:617, 1974.
- Cambell, W.: Pharmacotherapy infantile autism, biol. — Psichaitri 10: 339, 1975.
- Kanner, L.: And Lesser, L.: Early infantile Autism. — Pediatrics Clin. North Am. 5.: 711, 1958.
- Capyte, A., Et al.: Infantile autism. 1: A prospective — study of the diagnostis, dev. Med. Child Neurol. 17:58.— 1975.
- Law, D. B., Lewis, T. M., And David, J. W.: and atlas of pedodohties, Philadelphia, 1969, W. B. Saunders Co. 307.
- Paige, D. W.: Nutritional considerations of plaque for— mation, Dent. Clin. North Am. 18:609, 1974.
- Wing, L.: editor; Early childhood autism: Clinical, edu— cational and social aspects, Oxford, 1976. Pergamon — Press, Inc.
- Prior, M. Perry, D., and Gajzago, C.: Kane's syndrome — or early onset Psuchosis; a tazonomic analysis of 142 — cases, J. Autism child Schizo. 5:71, 1975.
- Knobloch, H., and Pasamanick, B.: some etiologic and — prognostic factors in early infantile autism and Psycho— sis, Pediatrics 56: 182, 1975.

- Wing, L.: Autism Children—a guide for parents and professionals secaucus, N.J., 1972, Citadel Press, Inc.
- Wehman, P. H.: Effects of token reinforcement on maintaining oral hygiene skills in geriatric retarded women, Train, Sch. Bull. (Vineland) 71:39, 1974.
- Sandler, E. S.; Roberts, M.W., and Wojeicki, A. M.: Oral Manifestation in a group of mentally retarded patients, J. Dent. Child 41:207, 1974.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Este proyecto de tesis estará dividido en cinco capítulos. Se llevará a cabo en siete meses, empezando en la primera semana de agosto y terminando la segunda semana de febrero.

Capítulo I: Síndrome Autístico;

- a).- Definición.
- b).- Etiología.
- c).- Dx diferencial.
- d).- Pronóstico.
- e).- Tratamiento.

Capítulo II: Consideraciones médicas Odontológicas.

- a).- Los padres.
- b).- El niño.

Capítulo III.- Modificación de la conducta:

- a).- Acondicionamiento clásico.
- b).- Acondicionamiento operante.
- c).- Refuerzo.
- d).- Encadenamiento y extinción.
- e).- Control del estímulo.
- f).- Sesiones de entrenamiento.
- g).- Control del estímulo.

Capítulo IV: Programa de cepillado dental:

- a).- Programa de cepillado dental.
- b).- Manejo dental.

Capítulo V.- Conclusiones, Resultados, Propuestas.

I N T R O D U C C I O N

Los últimos veinte años han sido marcados por una — actitud muy mejorada hacia el manejo dental de niños de — niños y adultos inválidos. El cambio se caracteriza por — una estrategia más conservadora hacia el tratamiento y la — introducción de técnicas de prevención. Se debe hacer no — tar también que el cuidado dental al inválido se ha con — vertido en una importante parte de los programas de educa — ción continua. La mejoría en el cuidado del inválido ha — sido estimulada ampliamente por los grupos de padres de — familia y profesionales que han creído que el inválido me — rece tanto el derecho a la salud mental como cualquier otro grupo que busca cuidado dental.

Los dentistas se unen a esta filosofía y quienes tra — tan al paciente especial, se les presentará a tratamiento — el niño Autista, eventualmente. Por tal motivo desarrolla — remos la tesis, " El Niño Autista como Paciente", que com — prende cinco capítulos y que están compuestos de la siguien — te manera: Capítulo I; Síndrome Autístico; En este capítu — lo se da a conocer la definición, etiología, diagnóstico — diferencial, signos y síntomas, pronósticos y tratamiento. Capítulo II; Consideraciones Médicas y Odontológicas; Se — analizará la conducta del padre y el hijo en sus relacio — nes sociales y familiares. Capítulo III; Modificación de — la conducta; Este capítulo comprende los conceptos básicos: Acondicionamiento clásico, Acondicionamiento operante, Re — fuerzo, Encadenamiento, Control de estímulo, Principios de modelado en el cuidado del paciente. Sesiones de entrena — miento, Sugerencias y modelado para el trabajo con niños — Autistas.

Capítulo IV; Programa de cepillado dental; En este capítulo se mencionará la técnica de cepillado correcto de los dientes y el manejo dental del niño Autista.

Capítulo V; Conclusiones.

CAPITULO I

SINDROME AUTISTICO.

El autismo fué descrito primeramente como una entidad clínica por (1) Kammer en 1944. Reportes subsecuentes han sido realizados por el mismo y otros. En la Literatura sobre autismo uno encuentra confusión respecto a dos cosas: Primero. Una sobre utilización del término autismo, debido a una confusión en el criterio de diagnóstico. Segundo. La nomenclatura que se aplica a la entidad o al síndrome mismo (2). Términos como autismo infantil temprano (ahora considerado correcto); psicosis infantil simbiótica afásica; esquizofrenia infantil; desarrollo atópicoautismo infantil, han sido usadas invariablemente. Los términos esquizofrenia, psicosis y autismo se usan frecuentemente como si fueran sinónimos, pero hoy en día son considerados como entidades separadas clínicas (2).

DEFINICION.

El autismo en la niñez es un trastorno muy complejo del lenguaje, socialización y dificultades perceptomotoras. La etiología es incierta y la similitud del autismo con otros trastornos de la niñez pueden hacer el diagnóstico difícil.

El término niños autistas, como lo define (3) La Sociedad Nacional para Niños Autistas (National Society for Autistic Children), significa "todas aquellas personas sin límite de edad, con desórdenes severos de comunicación y conducta, cuya invalidéz se vuelve manifiesta durante las etapas tempranas del desarrollo infantil.

El niño autista parece sufrir primariamente de una anomalía en su funcionamiento cognoscitivo y/o perceptivo (3), cuyas consecuencias se manifiestan por una capacidad

limitada a entender y a comunicarse; a aprender y participar en relaciones sociales. El desorden de comunicación — dominante o la incapacidad de aprender parece resultar — de la incapacidad para usar el lenguaje conceptual cuando — son capaces de repetir veros y frases de "comerciales", — las cuales por supuesto no las entienden. Aún cuando pa— recen haber oraciones repetitivas o lenguaje, el procesa— miento del pensamiento normal no se lleva a cabo. Los — niños autistas son considerados generalmente como sanos, — atractivos en apariencia y aparentemente inteligentes.

ETIOLOGIA.

Rutter (4) mantuvo que el autismo infantil es un síndrome. Es el resultado de un número de factores endógenos y ambientales que actúan en combinaciones complejas y en intensidades variables. Investigadores más recientes refutan este concepto, porque consideran los problemas del autismo — como de origen emocional. Más recientemente, investigadores han empezado a creer que mientras el autismo infantil es claramente un desorden emocional y conductual, está — probablemente basado en alguna anomalía orgánica cerebral — y que no es puramente de origen psicógeno.

Wing (5) cree que el autismo infantil temprano se encuentra asociado a alguna anomalía de la función cerebral cuando una severa dificultad en lo que se refiere a — estímulos sensoriales aferentes, localizada en el hemisferio dominante.

Otras causas sugeridas incluyen la herencia, medio — ambiente y disfunción cerebral. Entre la diferenciación de autismo infantil y esquizofrenia infantil se ha señalado frecuentemente que las irregularidades del desarrollo — y las alteraciones en la entrada sensorial relacionadas — al lenguaje como previamente se describió, se muestran muy claramente antes de los seis meses de edad en el autismo.

Nacimiento de los factores fisiológicos. Ornitz (6) señala que extensas investigaciones clínicas han demostrado que el síndrome es debido a algún proceso neuropatológico de un tipo específico es el mecanismo cerebral y que en muchos casos, se encuentra una asociación con — síndromes cerebrales orgánicos específicos, con un mani—fiesto retraso y convulsiones; por ejemplo con la fenilce—tonuria, rubeola congénita. También se debe descartar — una función etológica defectuosa en casos de sospecha de — autismo.

No se han reportado cambios cromosómicos significati—vos; historia familiar de autismo o psicosis. Sin embargo Ornitz y Ritvo mencionan que, de estudios evidentes exis—tentes en gemelos, existe una sugestión de algún determi—nante genético en algunos casos de autismo infantil.

Existen algunos estudios notables que sugieren que la falta de procesos metabólicos contribuyen a la etiología — y manifestaciones clínicas del autismo. Un grupo de estu—dios se han enfocado sobre el metabolismo del triptofano.— Es un precursor químico de una vitamina llamada Niacina — (60 mg de triptófano equivalen a 6 mg. de vitamina pp) lo—que explica la frecuencia de ciertas avitaminosis en las dietas vegetarianas. La deficiencia de esta vitamina, da lugar a una enfermedad llamada Pelagra o de Casal; que se—caracteriza por un eritema con descamación de la piel so—bre todo en la parte expuesta a la luz solar, junto con — trastornos nerviosos. Otros síntomas son; pérdida de — apetito, inflamación de la mucosa bucal, diarrea, dolores — de cabeza, pérdida de la memoria.

Recientemente se ha mostrado gran interés sobre el — nivel de serotonina en sangre periférica, donde ésta es — transportada en las plaquetas. La serotonina estimula una variedad de músculos lisos y nervios, y se postula a fun—cionar como un transmisor neural. (?) Dos estudios signi—

ficativos han reportado una elevación en los niveles de serotonina y cuenta plaquetaria en personas autistas. En un número de otros estudios biomédicos no se han encontrado diferencias en los niveles metabólicos, bioquímicos o hematológicos.

Factores ambientales.- Desde la fecha de la primera descripción de autismo infantil, la psicodinamia familiar ha sido punto de observación como un posible factor etiológico. Al principio, se reportó que los padres de los niños autistas eran altamente inteligentes; personas con educación universitaria, personas preocupadas en abstracciones, con limitado interés por la gente, emocionalmente frío o de pocas reacciones y con una alta mecanización en sus relaciones hacia el niño, sin embargo, estudios de control recientes no han dado con esos resultados en observaciones más tempranas.

Se ha señalado que los desórdenes emocionales extremos pueden ser inducidos en padres susceptibles al tener un niño enfermo, o inducidos iatrogénicamente a través de consultas médicas, con psiquiatras y otras gentes involucradas en el diagnóstico y tratamiento del autismo.

(6) Otras investigaciones han fallado en demostrar que como grupo los padres de niños autistas sean emocionalmente diferentes a los padres con niños normales. También se ha fallado en demostrar que los padres con niños autistas tengan una inteligencia superior al promedio normal. La inteligencia se puede asociar a status socioeconómico, y en aquellos estudios que reportaron una inteligencia superior a la normal en los padres, al status socioeconómico se encontró desviado hacia los niveles más altos.

En esta corriente, varios reportes más tempranos también han sugerido que las familias de niños autistas tienen una distribución de clase social más alta. Estas

observaciones no han sido confirmados en estudios de mapeo recientes. Es posible que los estudios y resultados epidemiológicos pueden ser afectados por la probabilidad de que las clases socioeconómicas no busquen ayuda profesional o reporten el hecho de que tienen un niño autista. Aún más la morbilidad perinatal parece ser mayor en clases socioeconómicas bajas. Ornitz opinó que, en general, se puede decir que no existe evidencia alguna que sugiera que existan diferencias importantes o significativas en las características paternas o en la estructura familiar de niños autistas.

Mientras varios estudios han demostrado que la prematuridad no se ha asociado al autismo, se ha creído por otros que puede existir una complicación prenatal y perinatal como causa del síndrome, asumiendo que el criterio de diagnóstico es válido. En resumen, hoy en día se cree que el autismo es relativamente independiente de alguna influencia ambiental y es más bien generado desde dentro del sistema nervioso central. Más específicamente, Ornitz ha sugerido que las alteraciones de percepción que ocurren en niños autistas se puede atribuir más bien a disfunción cerebral resultando en alguna interacción fisiopatológica de los sistemas visual y vestibular. La evidencia para esta sugerencia se encuentra en la relación con la reducción de la actividad de movimiento Ocular Rápido (REM) de los niños autistas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Para hacer el diagnóstico del autismo, es necesario tomar una historia muy cuidadosa del niño, explotando especialmente la época durante el embarazo, el parto, la evolución perinatal y los primeros años de vida. La historia familiar puede ser útil para descartar ciertos tras-

tornos de naturaleza genética. El examen físico debe ser minucioso, incluyendo el estado actual de desarrollo.

La consulta con psicólogos, psiquiatras, neurólogos, fonaudiólogos y otros, suele ser necesaria. Con la historia examen físico y como cualquier consulta, es relativamente fácil eliminar la mayoría de los otros diagnósticos anotados más abajo. La distinción entre autismo y retardo mental, sin embargo, puede resultar imposible, sobre todo en niños con CI (coeficiente intelectual) en el nivel grave o profundo del retardo mental.

Esta distinción debe intentarse de todas maneras, aunque actualmente la mayoría de los médicos estarían de acuerdo en el enfoque del manejo de cada uno de esos trastornos por separado, este iría en función del criterio y experiencia de cada odontólogo.

- I. Retardo mental.
 - A. Trastornos genéticos.
 - B. Trastornos endocrinos y metabólicos.
 - C. Encefalopatías.
 - D. Infecciones del sistema nervioso.
 - E. Daño cerebral estructural.
 1. Trastornos convulsivos.
 2. Parálisis cerebral.
 3. Neoplasmas.
- II. Trastornos receptivo-expresivos.
 - A. Problemas auditivos.
 - B. Problemas visuales.
 - C. Sensorio mezclado.
 - D. Apraxias. Pérdida de la capacidad de movimiento.
 - E. Afaxias. Sin palabra-sin posibilidad de hablar.
 - F. Agnosias. Pérdida de la capacidad de reconocer.

III. Trastornos psiquiátricos.

- A. Psicosis. Enfermedades mentales.
- B. Mutismo electivo. Incapacidad para pronunciar el conjunto de sonidos articulados que forman la palabra.
- C. Trastornos transitorios de los niños normales.

SIGNOS Y SINTOMAS.

De desarrollo.

1. Pautas demoradas.
2. Problemas con el control de esfínteres.
3. Inmadurez neurológica.
4. Edad ósea retardada.
5. Trastornos de dormir.
6. Dificultades de alimentación, succión pobre, hábitos y preferencias alimenticias inusuales.
7. Llanto desordenado (aumento, disminución).

Cognocitivos, sensoriales, perceptual - motores.

1. Retardo de la mente o mental con islotes ocasionales de capacidad.
2. Maneismos autoestimulantes.
3. Autoagresión.
4. Aumento relativo en el uso del tacto, gusto, olfato.
5. Insensibilidad relativa a la temperatura y el dolor.
6. Respuesta impredecible a los sonidos.
7. Dificultad para percibir objetos fuera del alcance.
8. Problemas de imitación.
9. Problemas de entender gestos.
10. Desorientación especial.
11. Necesidad de igualdad.
12. Preocupación con objetos.

13. Rotación repetitiva extraña de un objeto de juego.
14. Pobre coordinación.
15. Rituales.
16. Excesiva actividad.
17. Retardo psicomotor.

LENGUAJE.

1. Comienzo demorado.
2. Pronunciación pobre y control de la voz.
3. Vocalizaciones inusuales.
4. Pérdida de habilidades de lenguaje previamente adquiridas.
5. Uso del lenguaje literal, inflexible.
6. Ecolalia, ecolalia demorada. Es la repetición involuntaria y casi automática. Etimológicamente significa hablar (labia) por eco.
7. Uso de gestos para indicar necesidades.
8. Dificultad para entender gestos.
9. Reversión de pronombres.

PROBLEMAS CON LA CONDUCTA Y LA SOCIALIZACION.

1. "Incapacidad para relacionarse en la forma corriente con personas y situaciones."
2. "Soledad autística".
3. Falla en asumir la postura anticipatoria cuando se le acercan.
4. Resistencia a ser sostenido.
5. Pobre contacto ocular.
6. Afecto inapropiado; risa, llanto.
7. Berrinches.
8. Destructividad, agresividad.
9. Temores no realistas.
10. Sin sentido del peligro.

TRASTORNOS DE SOCIALIZACION.

Los niños autistas están disminuidos en su capacidad para relacionarse con la gente. Hay un pobre contacto visual y el niño puede resistir ser sostenido o puede permanecer pasivamente. Si los niños autistas buscan contacto, es para gratificar una necesidad. No suelen jugar con otros niños pero pueden buscar a otros para que los balancen o hamaquen. A medida que crecen, se puede esperar alguna mejoría, pero es muy inusual que un niño autista establezca relaciones íntimas con otros, física e emocionalmente. Aunque pueden formar fuertes lazos y lealtades y alcanzar cierta independencia social y financiera, le sigue faltando conocimiento social. Sin embargo conservan cierta honestidad e ingenuidad que pueden ser atractivas. Es raro que una persona autista se case o forme relaciones físicas estrechas.

Varios problemas de conducta complican también las interacciones de los niños autistas con los otros y son frustrantes para manejar. Por ejemplo, pueden tener berrinches con gritos, a menudo sin razón aparente, durante los cuales son destructivos y pueden lastimarse, pero no es común que la agresión sea dirigida hacia otros. Puede haber temores excesivos y poco comunes que hacen difícil el manejo o en otro extremo, un niño puede no tener sensación de peligro y ser una preocupación constante para los padres. Como los niños autistas tienen tan poco concepto de las convenciones sociales, pueden ser una fuente continua de embarazo para otros. Puede pensarse que tengan problemas emocionales o que sean psicóticos, pero en la actualidad pocas personas considerarían a los niños autistas como esquizofrénico como una vez se pensó.

Este cambio se produjo en parte por la búsqueda de los factores causales de la enfermedad. Los padres habían

sido culpados por no satisfacer las necesidades de estos niños, haciéndolos actuar en una manera perturbada. Kamer, en realidad, describió a los padres del grupo autista como frios, intelectuales y emocionalmente distantes. Es de esta descripción que surgieron los términos "padres refrigerados", "madres asfixiantes", "familia esquizofrénica", y epítetos similares. Bernard Rinland, un fundador de la Sociedad Nacional Americana para Niños Autistas (NSAC) y otros, hacen excepción de esto y enfatizan las dificultades orgánicas en estos niños, que no pueden dissociarse de los problemas en el lenguaje y la socialización.

PRONOSTICO.

Se duda respecto a si un niño autista llega a convertirse en un niño completamente normal dentro de nuestra sociedad. Aproximadamente 75 % de todas las personas autistas son clasificadas como retrasadas mentales durante toda su vida. También existe una elevada incidencia de convulsiones conforme aumenta la edad. La continuidad del desarrollo de la personalidad aparece altamente relacionada con el desarrollo del lenguaje comunicativo a la edad que no se comunica (permanece mudo o con solo ecolalia), que no juega apropiadamente con sus juguetes y que tiene defectos cognoscitivos severos, tiene el pronóstico más pobre. Sin embargo, un adecuado pronóstico es difícil de llevar a cabo a la fecha, ya que los niños autistas no han participado en estructuras educacionales altas o en programas terapéuticos. Alguna comunicación significativa puede ser posible a través de los esfuerzos realizados en trabajos de campo e instituciones.

Las mejorías en la conducta del autista hoy en día parecen haberse realizado a través de los esfuerzos por parte de los grupos de padres de familia y escuelas, sin tomar en cuenta tratamientos formales psiquiátricos. La

minoría de los niños autistas que muestran un intelecto - relativamente normal, desarrollo motor y cognoscitivo, generalmente crecen para convertirse en tímidos, introvertidos y adolescentes pasivos que tienen dificultad en cuanto a relaciones sociales apropiadas.

"Así pues, aún aquellos con la mejor combinación de - factores de buen pronóstico tenderán a tener una personali- dad residual significativa y alteraciones cognoscitivas - cuando se convierten en adolescentes y adultos.

TRATAMIENTO.

(8) La literatura revela múltiples estrategias y regí- menes para el tratamiento del autismo. Incluyen terapia - familiar, consuelo paterno; psicoterapia para el padre y el niño; técnicas de modificación de la conducta; habla espe- cializada y educación, cuidados frecuentes (diario) y hos- pitalización; terapia electroconvulsiva; y administración de medicamentos con un número de drogas que varía desde - hormonas psicoterápicas, negavitaminas y lisérgicos (LSD).

Sin embargo, como lo señalaron dos autoridades en el - campo, ningún tratamiento ha alterado efectivamente la - historia natural de este síndrome arrogante. Al revisar - algunos de estos métodos sugeridos de tratamiento, puede - ser posible incorporar las mejores fases de cada uno en - una estrategia que haría posible proporcionarles cuidado - dental a estos niños.

BIBLIOGRAFIA.

- Knner, L.: Autismo Infantil Temprano J. Pediat, 25:211, 217, sept. 1944.
- Rutter, M.: Conceptos del autismo. Una revisión de - investigación. J. Child Psychol Pschat, 0: 1-25, Oct. 68.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES MEDICAS Y ODONTOLÓGICAS.

Hay relativamente pocos problemas médicos que un odontólogo debe considerar al tratar con un niño autista. Esos niños suelen ser bastantes sanos. Sin embargo, un porcentaje significativo tiene un trastorno convulsivo y por supuesto, la hiperplasia gingival secundaria a la medicación anticonvulsionante puede ser entonces un problema odontológico.

El tratamiento ortodóndico de los niños autistas no debe ser prioritario hasta que pueda asegurarse una total cooperación. Como todos los niños autistas necesitan terapia foniatría, esto también debe tomarse en consideración que una buena estética bucal puede ser importante para una persona que ya tiene múltiples estigmas.

Cuando se considera la medicación para estos niños, debe señalarse algunos puntos. Esos pacientes suelen ser impredecibles en sus respuestas a los depresores cerebrales de todos los tipos y pueden necesitar más o menos de los resultados esperados. Esto puede ser causado por una fisiología perturbada, aún desconocida, aunque se sabe que tiene sistemas nerviosos autónomos excesivamente lábiles. Por esta razón puede ser útil intentar varios medicamentos y dosis mientras el niño está en el hogar para ahorrar tiempo de consultorio u hospital.

Más importante son las dificultades que impiden la buena higiene bucal: La conducta difícil del niño, la falta de comunicación y la inteligencia disminuida, son todos los factores. Las complicaciones motoras pueden dificultar la masticación y deglución y una pobre coordinación de la lengua impiden el movimiento del alimento de alrededor de los dientes y las encías, con el empaquetamiento alimentario que complica el problema. Todas estas posibilidades

deben ser tomadas en cuenta al establecer un programa de tratamiento. Como lo señala Cohen (9) los niños autistas presentan un verdadero desafío en su manejo.

Infortunadamente, esas dificultades determinan que también se descuide la atención dental. No es justo, sin embargo, culpar a los padres como los responsables principales. Con poco apoyo profesional, la higiene bucal se hace cada vez menos una prioridad y frente a la lucha diaria y a la frustración de cepillar los dientes de su hijo, los padres claudican desesperados. El odontólogo y el médico debe comenzar por reconocer su responsabilidad para con esa familia.

LOS PADRES.

Promover una buena higiene bucal para el niño impedido requiere lograr de los padres un alto grado de cooperación. Como las actividades cotidianas del niño exigen un control más estrecho y su conducta es menos autodirigida, las prioridades parentales determinan necesariamente que conductas deben ser estimuladas. La preparación de los padres, especialmente las madres, puede exigir posiblemente un esfuerzo igual al de plasmar las respuestas del niño. La motivación para continuar el programa de higiene bucal es esencial para los padres de un niño en un programa de manejo de la conducta.

Para tratar eficazmente estos problemas, el odontólogo debe comprender también a la familia y las tensiones que la afectan. Como con otros impedimentos, hay frecuentemente un sentimiento de culpa, ya sea porque piensan que han hecho algo para causar el autismo o debido al rechazo que sienten por el niño. Muchos padres deben enfrentar la culpa agregada de internar a sus hijos. Pero si eligen tener al niño en el hogar, entonces deben asumir la carga financiera de una atención prolongada, la frustración por-

las facilidades inadecuadas comunitarias para su hijo y el aislamiento social que tan a menudo se ve en esas familias.

No es inusual que los padres tengan sentimientos hostiles hacia los profesionales, a quienes han visto rechazar o maltratar a su hijo, dejando a la familia y al profesional frustrados y negativos. Es de esperar que una comprensión empática de las dificultades que esas familias enfrentan permiten al odontólogo no solo corregir algunas falsas interpretaciones, sino también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuado, que cumpla las necesidades del niño autista. En su mayor parte, los padres de niños autistas son informantes confiables de las dificultades de su hijo y pueden ser maestros terapéuticos eficaces con ellos.

EL NIÑO.

Un profesional que considere asuntos relacionados con el tratamiento del paciente debe darse cuenta del grado de madurez del desarrollo individual y de las dificultades específicas del síndrome. Como rutina y familiaridad en el medio ambiente son críticos para la mayoría de los pacientes autistas, hay que intentar que el niño esté cómodo en el ámbito del consultorio. La exposición gradual al ambiente físico contribuirá mucho a la comunidad del niño.

Preparándolo para que desarrolle confianza con el odontólogo. La compañía de hermanos cooperadores en el consultorio puede ser una experiencia reaseguradora antes de su propia visita.

Los contactos iniciales con el niño hacia los dos años no deben de ser amenazadores y sí orientarse o brindarle una experiencia positiva. Como el profesional de la salud se ha familiarizado con el niño en la entrevista con los padres, evitará tensionar al niño esperando un nivel -

de conducta socializada no realista. La interacción verbal debe incluir un refuerzo verbal sincero por la buena conducta del paciente. Si es necesario orientar de nuevo al niño, las órdenes sencillas serán eficaces para prevenir un mayor temor, secundario a la frustración. Si es posible, cualquier procedimiento fuera de lo corriente debe ser explicado con claridad.

Prevenir los problemas de conducta antes que ocurran evitará poner presión indebida sobre la capacidad de la familia para hacerles frente, y reducirá la asociación de experiencias negativas con el consultorio del odontólogo. Es importante ver al niño lo más pronto posible y no hacerle esperar demasiado en el consultorio. Si se producen conductas indeseables es sensato tratarlas de inmediato; ignorar los berrinches, las conductas autoestimuladas y autoabusivas, ayudará a evitarlas o reducirlas. Los arranques imprevistos de agresión de destrozos se manejan retirando brevemente al niño de la situación. Aceptar con calma las dificultades del niño hará mucho para reasegurar a los padres y ganar el control de la situación. Es mejor mantener a la mayoría de los padres fuera de la zona de tratamiento, salvo que su presencia sea necesaria.

Si hay que hospitalizar a un niño autista para su completa rehabilitación bucal con anestesia general, muchos de los mismos principios discutidos previamente se aplican aquí también. Es importante para el niño estar familiarizado con el ambiente y unas pocas visitas al hospital antes de ser admitido puede ser útiles. Una vez en el hospital, es importante mantener al niño ocupado y en una terapia lúdica amistosa, experimentada en niños impedidos puede ser valiosa. Es necesario que el niño tenga contacto con la familia. Permitir a la madre quedarse con el niño mejorará la comunicación y facilitará el manejo de la situación.

Si es posible, el contacto con el niño debe quedar — limitado a unos pocos miembros seleccionados del personal. Esto permite el desarrollo de una mayor confianza y disminuye los temores que el paciente experimenta cuando es — ubicado en un ambiente extraño con muchos rostros desconocidos. Sin embargo la mejor solución es evitar la necesidad de la hospitalización, mediante un cuidado preventivo-precoz, uso máximo de fluoruros, regulación de la dieta y — promoción de una buena higiene bucal, sobre una base de — pacientes ambulatorios.

BIBLIOGRAFIA.

- Cohen, O, : The Medical care of autistic Children, Pediatrics 51: 278, 1973.

CAPITULO III

MODIFICACION DE LA CONDUCTA.

La teoría del aprendizaje social brinda varios conceptos útiles para el trabajo con niños autistas. Aunque la conducta que los niños autistas despliegan puede no ser extraña el repertorio del niño normal, es a menudo identificada como problema de conducta por su relativa frecuencia o no inapropiado del contexto.

Al considerar el manejo de las conductas problemas de los niños autistas es esencial ubicar el punto de una perspectiva realista. La mayoría de las infinitas variaciones de conducta son aprendidas vía principios básicos de acondicionamiento. El repaso de estos principios proporciona información aplicable a la alteración de las conductas en cuestión.

ACONDICIONAMIENTO CLASICO.

El acondicionamiento clásico o Pavloviano implica el sencillo paradigma estímulo-respuesta: un estímulo o cambio en el ambiente es seguido por, o conduce, a una respuesta o conducta individual. Un estímulo como la sed conduce a una respuesta de beber agua. Este ejemplo ilustra como los cambios del ambiente interno (estímulo fisiológico) conducen a la gratificación de una necesidad humana básica. Como el estímulo sed provocará universalmente una respuesta de buscar agua, este paradigma básico es considerado como un reflejo no condicionado, no enseñado, o que ocurre naturalmente. La aparición de otro estímulo simultáneo, repetido, por ejemplo: el sonido de una campana, con el estado no condicionado de sed conducirá predeciblemente a una conducta de buscar agua. La asociación o apar

camiento continuados del estímulo no condicionado con un — sonido de campana conducirá eventualmente a una respuesta — condicionada demostrable; el sonido (estímulo condicionado) provocará entonces una respuesta de buscar agua.

ACONDICIONAMIENTO OPERANTE.

Aunque el apareamiento, asociación de estímulos varia dos y respuestas contingentes explican una gran cantidad — de conducta refleja un segundo tipo de acondicionamiento — contribuye mucho también al repertorio de conducta del in — dividuo. El repaso del acondicionamiento operante y de — algunas técnicas prácticas relevantes es útil para explic — rar el manejo de la conducta en niños autistas.

En el acondicionamiento operante la respuesta de la — conducta del niño es seguida por un cambio en el ambiente. Si bien el paradigma estímulo-respuesta se refiere a un — reflejo, la notación respuesta-seguida por estímulo, en el acondicionamiento operante, significa que el estímulo es — contingente con la respuesta. Por ejemplo, la respuesta — de la conducta original u operante de mover una llave es — seguida por el cambio ambiental de una luz que se enciende. Las alteraciones producidas por la conducta operante tiene la capacidad de efectuar la afectación de su frecuencia. — La contingencia de un estímulo que aumenta, la frecuencia — de la conducta es positivamente reforzadora.

REFUERZO.

La clave al manejo de la conducta están el efecto de la recompensa. La cual es contingente con la respuesta del individuo. Brindando una retroalimentación agradable (positiva) o desagradable (aversiva), las personas quienes proporcionan refuerzos determinan el carácter de la conduc — ta del niño. Hay dos tipos básicos de refuerzos : —

sociales y no sociales. Ejemplos de reforzadores sociales (los que involucran personas) son las sonrisas, fruncir el seño, elogiar, regañar y el afecto físico. Postres, privilegios y objetos tangibles deseados o el retiro de éstos, son reforzadores no sociales. Los reforzadores pueden clasificarse también en naturales y artificiales. Recompensas naturales como el elogio y la atención son comunes en el ambiente hogareño. El refuerzo artificial no se usa generalmente en forma espontánea en situaciones de la vida real. Los comestibles, recompensas artificiales muy eficaces se usan para conformar una nueva conducta, mientras que un refuerzo natural se usa para mantenerla. La intensidad del valor del refuerzo para una recompensa específica es determinada individualmente. Los dulces son generalmente muy deseados por los niños autistas quienes todavía no valoran la aprobación social (aunque frutas, nueces, — hasta vegetales pueden ser preferidos).

Para determinar el reforzador más para un niño determinado, habrá que brindarles un "menu de refuerzo", antes de iniciar el programa de manejo. Se registran y clasifican sus reacciones a una variedad de alimentos, líquidos y objetos. Si se encuentra especialmente deseable un reforzador no social, se utiliza como recompensa en cantidades cuidadosamente evaluadas. Si se da muy poco, el niño podría considerar que no merece la pena de trabajar para obtenerlo. Si se da demasiado, la saciedad ocurre rápidamente y el niño ya no se esforzará para recibirla. La saciedad puede ocurrir aún cuando la recompensa-reforzador se da en cantidades adecuadas. Con el tiempo, el niño puede cansarse de un objeto previamente valorado. En realidad, las preferencias del niño pueden cambiar rápidamente y requerir reforzador.

Antes de comenzar un programa de refuerzo, suele ser útil tener al niño en un estado de privación para la particular recompensa que se usa como reforzador. Esto ayudará

a prevenir la sociedad. Cualquiera que sea el reforzador no social elegido, siempre debe entregarse con una recompensa social, como el elogio, para agregar otra dimensión al refuerzo. Las recompensas sociales, a menudo no buscadas ni deseadas por el niño autista, desarrollarán un valor de refuerzo propio por el aparcamiento. El niño puede venir a buscar elogio tan activamente como antes buscaba una golosina, un beneficio prosocial evidente de refuerzo positivo.

El hecho que la conducta sea alterada tan fácilmente es una razón de porque el refuerzo es muy eficaz cuando se da inmediatamente después de su aparición. Cuanto más tiempo pasa, menos eficaz es la recompensa. Cualquier conducta (incluye la autoestimulación, berrinches, etc.) que ocurre entre el contacto visual y el refuerzo, también será consolidada. Cuando se está modelando la conducta, cada éxito es reforzado. La relación de recompensa a respuesta (programa de refuerzo) es 100 %. Una vez que se ha completado esa labor, puede usarse una relación de recompensa variada para mantenerla. Un comestible, por ejemplo, puede darse solamente una vez cada cuatro éxitos. El refuerzo intermitente es muy eficaz para mantener la conducta y la hace menos susceptible de desaparición. La variación en el intervalo entre respuesta y esfuerzo es también posible. En este tipo de programa, el refuerzo es dado regularmente siguiendo un lapso determinado. La recompensa intermitente es especialmente eficaz, resultando en un elevado rendimiento de conducta en una cantidad de tiempo mínima.

En resumen, la eficacia de un reforzador elegido determinará el cambio en la frecuencia de la conducta. La recompensa sirve también para mejorar la calidad de la conducta, (como se verá cuando se discutan los programas de desarrollo de la conducta). El buen éxito en una sesión de modelado de la conducta se refiere a la cantidad de re-

fuerzo que el niño obtiene mientras trabaja para aprender un tarea específico.

ENCADENAMIENTO Y EXTINCIÓN.

Cuando varias conductas son modeladas y se mantiene exitosamente por medio de refuerzo intermitente, se hace posible el encadenamiento. Este es un proceso por el cual varias conductas relacionadas se asocian en secuencia. Cada respuesta es practicada, reforzada y seguida por la práctica reforzada de otra conducta. Por ejemplo, poner dentrífico en un cepillo y cepillarse y enjuagarse la boca se llevarían a cabo en secuencia, con cada conducta recompensada. El refuerzo iría desapareciendo (se retiraría gradualmente). La conducta compleja cepillarse los dientes sería encadenada por las conductas componentes.

La extinción, que es una disminución gradual de la aparición de conducta a frecuencia cero, es posible. Un mecanismo eficaz es determinar el reforzador positivo que mantiene la conducta y retirarlo. La atención de otros suele ser la recompensa por la conducta indeseable y sirve para mantener la frecuencia. Ignorar al niño durante un berrinche cambia el estímulo previamente asociado con el operante y es eficaz para extinguir la conducta. La frecuencia de berrinches disminuirá firmemente, aunque puede esperarse un aumento inicial antes de la extinción completa. Una contingencia aversiva, el castigo no es relevante a una discusión de higiene bucal en niños autistas.

CONTROL DE ESTÍMULO.

Las características físicas del ambiente de refuerzo entran en el control de estímulo. El diseño del piso, la disposición del mobiliario y el color de las paredes, estarán todos asociados con la conducta y el refuerzo del estímulo.

mulo. Los factores ambientales también guían la conducta y cualquier cambio en el ambiente altera la secuencia respuesta-refuerzo. Esto puede explicar parcialmente porque algunas conductas condicionadas no se generalizan en el medio ambiente natural repentinamente cambiado o extraño.

Antes de iniciar un programa de manejo de la conducta el odontólogo establece un control de estímulo por medio del uso del refuerzo eficaz. Se enseña al niño a prestar atención, un pre-requisito para aprender una conducta nueva. Cuando el niño establece un contacto visual consistente y sigue órdenes sencillas como "sientate", está indicada la presencia del control apropiado de estímulo. El control de estímulo se refiere a la asociación de una guía con una forma particular de conducta reforzada. Al principio puede ser necesario dar refuerzo para cualquier período breve de contacto visual. Un método exitoso consiste en sostener suavemente el mentón del niño y cuando mira a la asistente, es reforzado inmediatamente con un dulce. El elogio simultáneo (por ejemplo, "buen niño") se da para identificar verbalmente lo que se está reforzando.

No importa si el contacto visual es accidental o intencional, una respuesta reforzada positivamente, aumentará en frecuencia. Las palabras llegarán a tener significado a medida que el niño las asocia con las conductas concomitantes.

El establecimiento del control de estímulo ilustra el mecanismo básico de aprendizaje. Si bien cualquier contacto visual o cooperación es reforzado al principio. El odontólogo puede acrecentar el control aumentado el lapso de atención del niño. Intervalos gradualmente más prolongados de contacto visual se desarrollan a medida que el esfuerzo es progresivamente demorado, antes de ser administrado.

Para guiar la recompensa, el niño trabaja por ella — esperando mientras mantiene el contacto visual. Esta técnica se llama modelado, el proceso de modificar la conducta existente exigiendo aproximadamente las respuestas más deseadas antes de dar el refuerzo.

PRINCIPIOS DE MODELADO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE.

Una vez que el odontólogo ha adquirido un buen conocimiento de la eficacia de las técnicas apropiadas y consistentes de refuerzo en la modificación de la conducta, puede comenzar a utilizarlas en el cuidado del paciente. Si bien la meta general en el tratamiento de los niños autistas es una buena higiene bucal y un mantenimiento de esa salud que cada individuo tendrá necesidades únicas de manejo. La evaluación de las limitaciones físicas y mentales — nivel actual de funcionamiento, capacidad para alcanzar — y mantener nuevos patrones de conducta y condiciones ambientales (que apoyen la higiene dental), deben ser los pasos iniciales para comprobar las necesidades de aprendizaje. — Una serie de intervenciones planeadas para cumplir los requisitos de cada paciente específico producirá resultados positivos.

El primer paso en el desarrollo de un programa de manejo es determinar la deseada prioridad de conducta. Centrarse en unas pocas áreas de prioridad produce resultados más satisfactorios que un plan demasiado ambicioso para mejorar o desarrollar muchas conductas simultáneamente. Un cepillado dentario independiente, adecuado, podría elegirse como meta. El progreso satisfactorio hacia el logro de la prioridad demoraría si también se estuvieran modificando conductas de control de esfínteres, alimentación y autoestimuladoras. Elegir algunas metas bien definidas per-

mitirá una concentración más intensa en cada una de ellas y brindará al niño experiencias de éxito más intensas. Una vez establecido el objetivo de manejo, es necesario determinar el nivel operante del niño respecto a la meta de conducta; El niño se cepilla los dientes en forma habitual, pero inadecuada. Es capaz de hacer consistentemente una labor satisfactoria, pero se resiste?. Ver un cepillo de dientes se convierte en un estímulo aversivo, condicionado por asociación con luchas pesadas, traumáticas?. Después de determinar el nivel operante inicial, es necesario medir la cantidad de modelado requerido para alcanzar una meta de cepillado dentario independiente adecuado.

Ayudar al niño autista a aprender una habilidad nueva se implica que simplifica mucho si la conducta se divide en sus partes componentes. Los pasos de mayor complejidad y/o aquellos en secuencia temporal pueden dominarse uno a la vez. Cuando se va modelando por aproximación sucesiva, el último paso de la conducta enseña primero. Por ejemplo, la habilidad de colocarse el cepillo en los dientes se modela recompensado de girar o llevar el cepillo de la parte más posterior a la más anterior de los dientes. En esta forma, el refuerzo es dado cuando se completa la conducta total. El refuerzo consecutivo al aprendizaje a fondo de cada respuesta brinda autoestima, mejorando así las experiencias de éxito que facilitan el paso siguientes.

SESIONES DE ENTRENAMIENTO.-

Los tiempos de práctica establecidos para el aprendizaje de las conductas deseadas se llaman sesiones de entrenamiento. El aprendizaje ocurre en acondicionamiento operante cuando el niño trabaja para un reforzador que se da después que ha practicado o se ha aproximado el paso. En circunstancias en las que hay falta de conducta apropiada para modelar, como cuando el nivel operante del niño es —

bajo, el modelado se logra mediante un acondicionamiento instrumental. El odontólogo sugiere y/o demuestra el paso a dominar y refuerza cuando el niño lo imita, acercándose a la respuesta correcta. Aproximaciones progresivamente más cercanas se alcanzan por modelado, donde el odontólogo requiere precisión cada vez mayor del niño antes de reforzar la respuesta. El paso es entonces eventualmente dominado y comienza el modelado del paso siguiente.

SUGERENCIAS Y MODELADO.

Demostrar la conducta deseada con mucho entusiasmo y movimiento exagerado ayuda a aclarar el punto al aprendiz.

Hay tres modos de sugerir al niño que responda: físico, con ademanes y verbal.

La sugerencia física o poner en postura, consiste en mover los miembros del niño pasando por los movimientos de la conducta. Colocar una mano sobre la del niño le permite sentir la sensación de movimiento apropiado a la respuesta correcta. Poner en postura en el modo más básico de comunicar el operante requerido para el estímulo reforzado. Una sugerencia con ademán es un movimiento signo que hace el entrenador para provocar la respuesta correcta, como señalar de la mano de un niño a un cepillo de dientes, indicando que debe ser tomado. Una sugerencia verbal es decir al niño lo que se espera para recibir el refuerzo. La sugerencia verbal, dada junto con otras físicas y ademanes, deben ser cortas y claras y solamente cuando el entrenador está seguro que el niño atiende (contacto visual-establecido).

La consistencia es especialmente importante durante las sesiones iniciales, las mismas palabras y gesticulaciones o frases deben ser utilizadas por el odontólogo. Regis

trar la sugerencia exacta a utilizar evita la confusión - frustrante para el individuo autista, quien depende del - ritual para guiar la respuesta correcta.

Durante las fases iniciales del acondicionamiento instrumental, pueden usarse los tres modos de sugerencias. A medida que el niño se familiariza con el operante, el llevarle a la postura puede suprimirse gradualmente, disminuyendo la cantidad de contacto físico entre el odontólogo y el niño. Por ejemplo, a medida que el acondicionamiento - progresa y el niño responde correctamente a la sugerencia verbal acompañada por la leve presión del dedo del odontólogo en la mano del niño, está indicado el contacto físico. Se introduce entonces un gesto espectacular, simultáneamente con la gufa verbal. Las sugerencias con ademanes se - van suprimiendo gradualmente en la misma forma y la orden verbal gufa el operante requerido.

El movimiento por los pasos que comprende la conducta podría no ser totalmente hacia adelante. La capacidad del niño para responder puede fluctuar entre sesiones de entrenamiento o durante una misma sesión, hasta que la conducta esté bien establecida. El entrenador puede encontrar necesario iniciar sugerencias de pasos menos avanzados y elaborar de nuevo. Esto se llama titulación. Puede ser - útil dividir los puntos difíciles en componentes menos complejos, agregando pasos adicionales al programa de entrenamiento. Las sugerencias con ademanes y físicas, se vuelven a introducir según las necesidades y luego se suprimen poco a p poco.

Cuando el niño muestra la conducta deseada y está -- siendo reforzado consistentemente, el próximo paso en el - programa se puede introducir en la sesión de entrenamiento. Otra buena indicación para el modelado adicional es la actitud del niño. Si se distrae y parece desinteresado en - trabajar por el reforzador, puede estar aburrido más que -

encontrar las etapas demasiado complejas o puede estarse —saciado con el reforzador. Las sesiones de entrenamiento — que comienzan con éxito para el niño van más suavemente.

Durante las sesiones de entrenamiento, cada tiempo — separado en que el niño recibe una sugerencia y se le da — la oportunidad de responder, se llama una prueba. El número de pruebas por sesión depende del lapso de atención del niño, la longitud de la secuencia sugerencia-respuesta-refuerzo, y del tiempo disponible de la maestra. La duración de una prueba puede ser corta sólo el tiempo requerido para poner en postura al niño en la secuencia, mientras se le hace la sugerencia verbal, seguido por un refuerzo — de la respuesta. Cuando la sugerencia es además/verbal — o simplemente verbal, el entrenador puede imponer un límite de tiempo arbitrario durante el cual el niño debe acercarse a la respuesta. Si el niño no responde o lo hace incorrectamente, se inicia una nueva prueba. Es aconsejable llevar un registro de cada sesión de entrenamiento, con — puntaje por cada prueba.

Durante las sesiones iniciales de modelado de la conducta y ocasionalmente durante una sesión de entrenamiento posterior aislada, el niño puede resistirse a trabajar por un reforzador corriente eficaz. Si el odontólogo piensa — que es aconsejable posponer o terminar el modelado después de varias pruebas infructuosas la sesión debe cerrarse con — con el operador controlando la situación. La prueba final puede ser manipulada por el operador para que resulte en — el refuerzo, recompensar al niño por sentarse bien o por — el buen contacto visual, es útil para terminar con una nota positiva, sin reforzar la conducta resistente.

Los temas tratados en el presente capítulo, se ejemplificarán en el siguiente.

BIBLIOGRAFIA.

- Rutter, M. y Sussenwein, F. Un acercamiento de desarrollo y conductual hacia el tratamiento de los niños preescolares autistas. J. Autism Child Schizo, I : 376 - 397, 1971.
- La Psicología Evolutiva de Jean Piaget, John H. Flavell, Buenos Aires, 1979.

CAPITULO IV.

PROGRAMA DE CEPILLADO DENTAL.

El cepillado correcto de los dientes es fundamental - en cualquier programa de salud bucal. Aunque enseñar una técnica correcta requiere a menudo un gran esfuerzo, esto puede iniciarse exitosamente con niños muy pequeños. Para comenzar, el niño debe poder cooperar en alguna medida, lo que requiere cierto grado de coordinación motora. El odontólogo puede tener que establecer control de estímulo modelando el lapso de atención y de control visual. La atención de ubicación es importante. El ambiente debe ser - neutral (no tener asociaciones negativas para el niño) y - relativamente libre de distracciones. Es necesario un cepillo para dientes de tamaño apropiado y de color que el - niño le guste. Una vez que se encuentra el reforzador eficaz, habitualmente un comestible como dulces, papas fritas, galletas, etc., el programa puede comenzar.

Como se ha indicado, el reforzador debe ser elegido - por el niño. Es una suerte cuando se elige un artículo - dentalmente aceptable, como un vegetal, pero esto no suele ser el caso. El odontólogo debe recordar que los postres se usan solamente en la intervención aguda para modelar la conducta. Cualquier sugerencia respecto a la brevedad - del uso debe sopesarse frente a los beneficios potenciales de un cepillado dental independiente. Realísticamente, - un cepillo de dientes adecuado puede ser posible solamente una vez al día. Las sesiones de entrenamiento inicial suelen ser adecuadas y breves para no frustrar al niño, impidiendo así que la rutina del cepillado adquiera asociaciones negativas.

Al niño hay que darle tiempo para que se familiarice-

con el cepillado y lo investigue. Cualquier interés en él o su manipulación exploratoria, como tocarlo y sostenerlo debe ser entusiastamente reforzado. El movimiento hacia la boca, al igual que chupar o masticar el cepillo, debe ser especialmente reforzado. Después de este modelado básico se puede comenzar el acercamiento al cepillado dentario de rutina. Siempre y cuando el primero haya parecido exitoso.

Si es posible, el programa debe ser completado por la misma persona. Podría comenzar por apoyar la cabeza del niño en su regazo mientras mantiene suavemente al niño con un brazo. La mano libre se coloca en forma segura sobre la del niño, que sostiene el cepillo. Entonces es posible llevar al niño a la postura de colocar el cepillo en su boca; al principio en sus dientes frontales. Después se le va llevando lentamente a cepillarse todos los dientes de una manera fija, ordenada, que insiste en la línea de la encía. El método de barrido es demasiado difícil para la mayoría de los niños, pero puede ser probado más tarde. Los reforzadores comestibles deben ser disminuidos, pero no eliminados muy rápidamente. Cuando todas las superficies han sido repasadas, el niño debe ser estimulado para que lo haga solo, mientras el odontólogo dice "Alfonso cepilla tus dientes". Al principio, el odontólogo tendrá que maniobrar algo. El cepillado independiente debe ser y elogiado.

La cantidad de cepillado independiente requerido para el refuerzo será extendida gradualmente. La intervención con sugerencias físicas debe hacerse solamente si es necesaria, como cuando no se usa suficiente presión. Después que esta conducta está bien establecida, las sesiones independientes supervisadas deben ser reforzadas durante una semana o más, dependiendo de la individualidad del niño.

Se introduce entonces el refuerzo intermitente en un programa variable más frecuentemente al principio (cada sesión supervisada por medio), hasta que solo sea necesario un elogio mínimo para mantener la conducta.

El uso de pasta dentífrica es opcional; pero si se creé que es obligatoria, entonces hay que hacer sesiones de entrenamiento adicionales para modelar la forma de apretar el tubo y de enjuagarse la boca. De manera similar, también pueden agregarse tabletas reveladoras y estimular al niño a cepillar las manchas rojas hasta que desaparezcan. Esto puede ser parte del programa diario, en cuyo caso la técnica para su uso también debe ser condicionada.

MANEJO DENTAL.

Debido a una extrema escacéz de la literatura sobre el cuidado dental y manejo del niño autista. Este capítulo debe por necesidad representar pensamientos subjetivos y sugerencias en el tratamiento de los niños con autismo infantil.

Nada se ha encontrado en la literatura que indique la existencia de perfiles de la dentición y estructura perioral de estos niños. Swallon (10), de estudios previos en niños inválidos ha creído que la prevalencia de la enfermedad dental en los niños autistas no es mayor de la que aparece en niños normales. Es posible, sin embargo, que la fijación única existente en la dieta de estos niños pueda contribuir en forma mínima a la enfermedad dental, si la dieta es particularmente baja en carbohidratos. Es también posible que ciertos alimentos dulces usados en técnicas de modificación de la conducta pudieron contribuir a altos índices de caries dental; por ejemplo; dulces, miel, bebidas endulzadas, mantequilla de nuez y otros. La provisión de tratamiento dental para estos niños presenta algunos

problemas muy únicos; mientras que el método "muestra, di, haz" es una de las técnicas más efectivas del manejo de la conducta, la porción "muestra, di" no puede ser asimilada mentalmente, por lo que el niño se resista a la parte del "haz". La paciencia y la bondad pueden ir muy lejos, pero la firmeza tiene mucho que ver con el acondicionamiento previo del niño a la conducta aversiva.

(10) Swallon señala que se requiere de constante repetición en los procedimientos dentales, dando tiempo al niño de aprender una experiencia y de apreciarla, antes de pasar a la próxima. Este autor ha encontrado que muchos de los procedimientos del manejo dental se deben llevar a cabo en pasos pequeños conforme el dentista se acerca a la actitud oral. Cuando uno de estos procedimientos deben ser parte de un regimen total. Como ha sido frecuentemente señalado en discusiones respecto al miedo a la odontología, la boca es una de las áreas de formación más tempranas, y es una zona primitiva sensual, de gran importancia psicológica, así como un área de gratificación. En el pensamiento del autista infantil, el atender de un tratamiento dental puede representar una amenaza a ésta importante área, a pesar de la necesidad de tratamiento, (11) Bettelheim observó que el tratamiento dental hace algo a los dientes con lo que el niño autista "muerde", y el miedo de un tratamiento desconocido causa en el niño una resistente entrada a la cavidad oral.

(4) Rutter reportó que los niños autistas se perturban en el tratamiento dental y que los dentistas "ordinarios" no pueden con la tensión de tratar un niño autista difícil. Muy frecuentemente, entonces, el paciente se opone hasta que la caries es tan avanzada que no existe otra alternativa que la hospitalización y el tratamiento bajo anestesia general. Se creó por muchos terapeutas y padres de fami-

lia que la hospitalización en estos niños puede ser más -
disturbante psicológicamente que en niños normales. Por -
que de repente se enfrentan ante situaciones sobrepodero-
sas, contra las que sus limitadas formas de comunicació no
les permiten ajustarse.

La hospitalización, mencionó un psiquiatra, puede --
llevar a la marginación en el ajuste social del niño autis-
ta. La hospitalización y la anestesia general debe ser re-
servada al tratamiento dental de naturaleza de emergencia.
Rutter ha sugerido que estos niños se acostumbren al am-
biente dental al acompañar a miembros de familia al consul-
torio dental, más que el enviarlos individualmente a den-
tistas que tienen experiencia especial al tratar niños in-
válidos. Sin embargo si un dentista general o un especia-
lista atenta aplicar cuidado dental en el consultorio, se-
le debe enfatizar en el manejo dental implica una progre-
sión de mucho tiempo de acondicionamiento y reforzamiento,
antes de que el tratamiento real empiece. Será un proceso
de aprendizaje lento, involucrado demostraciones simples,-
seguidas de reforzamientos positivos al detener y reempe-
zar las demostraciones en el tiempo propicio o simplemente
terminar la cita al tiempo justo, antes de que se convier-
ta en una confrontación. El reforzamiento de la conducta-
positiva por un padre de familia o un terapeuta trabajando
junto al dentista puede ser útil, si el padre de familia o
el terapeuta cuenta con algunas experiencias definitivas -
en modificación de la conducta, tales como reforzamiento -
positivo o condicionamiento adversivo.

HUGH M KOPEL, ha conseguido algunas medidas de éxito,
no a través del uso de modelos con los padres o descendien-
tes, sino a través de simples ensayos conducidos en el ho-
gar con el padre de familia. Por ejemplo, al seguir la ci-
ta inicial en la que un examen oral pudiera o no resultar-

en el sillón dental o fuera de él, al padre de familia se le da un espejo dental, un cono, un poco de pasta profiláctica y varias placas radiográficas. Se le dice entonces - al padre de familia la forma de ensayar con estos objetos - en su casa, de tal manera que en la próxima cita, dichos - objetos sean familiares al niño conforme al dentista lleva a cabo procedimientos dentales simples. Kopel creó que es importante que el ensayo en el hogar incluya la orden de "baja las manos" y "mirame". El contacto visual es tan importante al establecer una comunicación verbal que el mando de "mirame" debe ser incluido en el ensayo. Si el niño continuamente presiona o empuja las manos del dentista, el o ella no podrá crear la confianza de que no habrá daño o dolor alguno. Entonces el niño optará por inmerirse en su conducta arrogante.

El niño autista, como el niño hiperactivo, se distrae fácilmente; de tal forma que solo los mínimos movimientos se deben hacer al estar tratabajando. Estos niños parecen tener un alto grado de visión lateral; así que los movimientos laterales al campo visual del niño, hechos por el dentista o su ayudante, han probado ser causa de distracción. Ayuda al tener recesos para que las tensiones que se pueden crear quizá en el dentista o en el niño, pueden ser momentáneamente abatidas.

(12) Es muy difícil para el niño autista con problemas de comunicación moderada a severa especialmente en citas iniciales aprender a conocer el ambiente conductual de un consultorio dental o clínica. Por esta razón, el "HOME" (hand Over Mouth Exercise o Ejercicio de Mano sobre la Boca) es de muy poco beneficio, aún en condiciones adversas. (13) Kramer discute esta modalidad de conducta al afirmar que el niño debe ser capaz de entender las ordenes del dentista y que no deben ser usadas por lo tanto, sobre cualquier niño que no pueda responder de una forma normal.

Si el padre de familia o el terapeuta ha cooperado en llevar a cabo un ensayo de casa, previo a la visita dental uno generalmente encuentra que se puede tener progreso en llevar a cabo las medidas necesarias para un diagnóstico completo. Es especialmente cierto si el padre de familia ayuda al niño a sostener las placas de radiografía ya sea intra o extraoralmente. Beaver y Steinberg han descrito técnicas radiográficas para el niño difícil o inválido.

Si se usa alguna técnica de modificación de la conducta, que implique un reforzamiento positivo, se debe enfatizar que una recompensa debe seguir inmediatamente a la producción de la conducta deseada. Cuando el niño coopera en cada paso del tratamiento dental éste debe ser seguido de alguna clase de recompensa.

La recompensa puede ser verbal, un toque afectivo, algún objeto o una probada de algún alimento preferido. En varias experiencias el Dr. Kopel ha utilizado probadas de miel de abeja, como recompensa. La naturaleza exacta de la recompensa se puede determinar al consultorio con el padre de familia o el terapeuta conductual, basándose en sesiones previas de entrenamiento.

Existe una modalidad más de control conductual que opina tiene un lugar definitivo en el tratamiento del niño especial, y es el uso de premedicación sedativa. Esta modalidad ha sido ampliamente discutida y usada en todas las edades para el alivio de la fobia al cuidado dental tanto en niños completamente normales como anormales.

Muchos de los niños autistas que son excesivamente hiperactivos de sedativos (barbitúricos); estimulantes psicomotores (Ritalin, Dexedrine); atarácicos (Mellaril, Atarax, Vallium); antihistamínicos, (Benadryl) o aún negavitaminas. Solomons (13) ha comentado que ciertas drogas frecuentemente mejoran dramáticamente a los niños hiperac o antisociales han sido puestos en una u otra ocasión bajo los efectos de sedativos

....., pero la mejoría mayormente marcada aparece cuando la medicación se combina con un tratamiento de soporte en el hogar o en la escuela. Se ha mencionado que ningún medicamento per-se ha probado tener éxito en eliminar algún síntoma en particular del síndrome autista. Sin embargo, algunas drogas han mostrado capacidad para mejorar o controlar parcialmente conductas no específicas. Los tranquilizantes mayores han ayudado en casos de conducta sobre-respuesta agresiva y en alteraciones del sueño Ornitz ha creído que el uso de barbitúricos en niños autistas no es generalmente aconsejable ya que pueden tener un efecto estimulante paradójico. Ha sugerido el uso del antihistamínico difenhidramina (Benadryl) para una sedación efectiva.

En la primer visita dental es extremadamente importante recolectar una historia de salud completa del niño, de parte del padre, y una historia de las idiosincracias del niño, de su conducta su comunicación y del empleo de previos métodos de condicionamiento. Durante la entrevista inicial el dentista debe observar cuidadosamente las reacciones del niño en el ambiente extraño, sin atentar a proceder rápidamente con el examen oral. La historia proporcionada por el padre puede proveer de muchas pistas respecto a como proceder con el manejo conductual.

Al prescribir algún medicamento para el control de la conducta, el padre debe ser consultado acerca de experiencias previas en la medicación del niño. Si el padre reporta que una o varias drogas se han administrado o están siendo administradas, el dentista debe saber la dosis exacta dada y el efecto producido. Esto descartará ciertas drogas que hubieran podido tener efectos adversos, pero también podrá llamar la atención a ciertas drogas que pueden ser de ayuda. La próxima pregunta debe implicar los efectos de la droga que haya sido de utilidad, y como dichos -

efectos se relaciona a la dosis administrada. Se puede apreciar que a ciertos niveles de dosificación, el niño aparece muy mareado o dormido, y que la dosis se reduce. Sin embargo, la dosis que produce el mareo puede ser la deseada para la visita dental. Esta entonces se puede prescribir al niño, informandolo completamente al padre de lo que se trata de lograr. Kopel ha encontrado que el doblar la dosis usual diaria, 24 hrs., antes de la visita dental es efectiva, a menos que exista alguna historia que revele efectos adversos no deseados.

En caso de que el padre reporte que no se haya usado alguna medicación previa en particular para el control de la conducta, o que ninguna haya sido efectiva, Kopel en persona empieza un regimen de premedicación con el uso de Hidroxizina HCL (Atarax o Vistaril). Se administrarán 50 mg. por vía oral, en tabletas o jarabe a la hora de dormir; la noche previa a la cita. 50 mg. una hora antes de la cita. Se debe señalar que con este regimen se pretende mantener niveles en sangre suficientes para controlar la conducta disruptiva lentamente, más que controlarla en una sola dosis mayor. Uno debe enseñar al paciente a tolerar o aceptar procedimientos dentales, más que proceder con un niño completamente incomunicado que ha sido colocado en un estado casi somnolento. La dosis se debe regular para obtener el máximo de beneficio sin afectar la agudeza intelectual. Es de esperarse que la premedicación sedativa mejorará la Capacidad de atención y disminuirá la distracción.

El único medicamento que se pudiera sugerir en caso de falla completa de las hidroxizinas, seria el uso de la difenhidramina (Benadryl), más ampliamente recomendado en desordenes de conducta asociados e hiperactividad.

El Benadryl se administra en elixir o en cápsulas de 25 mg. tres o cuatro veces al día para alcanzar el estado sedativo deseado, se deben tener también consideraciones -

hacia el uso del diazepam (Valium) o la prometazina (Fenergan) en casos más severos de conducta destructiva.

Recientemente, han administrado analgesia con oxido - nitroso o varios niños autistas. Los resultados muestran ser algo prometedores. Quizá la analgesia permita al niño entrar en su mundo propio de no relacionar nada y no se da cuenta por lo tanto, de las manipulaciones necesarias para tratar la cavidad oral. Sin embargo, al mantener la máscara nasal en contacto con la cara y el mantenerla hasta lograr los efectos deseados, lleva bastante tiempo. El procedimiento se llevó a cabo paso por paso, aunado al procedimiento inmediato de recompensa. Cada dentista que utiliza esta modalidad probablemente tiene sus propias ideas y técnicas para su introducción al paciente aprensivo. La premedicación sedativa oral se puede usar en conjunción con otra técnica, pero las dosis se deben reducir después de la introducción inicial si la analgesia ha tenido éxito.

Se ha sugerido que los niños autistas son menos sensitivos al dolor. Los estímulos dolorosos son frecuentemente ignorados. (11) Bettelheim, ha creído que es posible que estos niños sean más sensibles al dolor, pero en un atentado a aislarse, han creado una defensa fuerte contra él, aún al grado de ignorar estímulos dolorosos de caries dental. Se puede conjeturar que conforme el niño se vuelve más sociable, la respuesta al dolor se vuelve más normal.

Ornitz ha mencionado la hiperactividad ocasional a estímulos auditivos en niños autistas. Se ha mencionado específicamente sonidos de sirena y aspiradoras. El dentista haría bien en minimizar el sonido de sistemas de aspiración oral y el alto tono de los sonidos producidos por piezas de mano en presencia de estos niños.

Tomando como base los diferentes criterios de los dis

tintos autores podemos decir que a través de sus diferentes experiencias con el trato del niño autista logran aplicar el manejo y el tratamiento odontológico que se adecue más a los rasgos y características de estos niños.

BIBLIOGRAFIA.

- Swallon, J. H. El manejo dental del niño autista. Child Brid Den J, Autism 126: 128 - 131, Feb. 4, 1969.
- Bettelheim, B. La fortaleza vacía. New York: Macmillan Company 1968.
- Butter, M y Bartak, L. : Causas de autismo infantil - algunas consideraciones de investigaciones recientes, - J. Autism Child Schizo, 1 : 20 - 30 Jan - March, 1971.

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Resultados.

Para la obtención de los resultados expuestos a continuación, se aplicaron cuestionarios tomando como muestra a 30 dentistas en consultorios particulares.

Ejemplo de cuestionarios.

1.- Conoce usted el término Autismo Infantil ?.

si ()

No ()

Explíquelo _____

2.- A tenido contacto odontológico con algún niño autista?

si ()

No ()

3.- Qué tratamiento odontológico recibió el niño ?.

4.- Qué método utiliza ?.

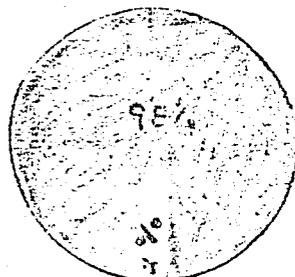
5.- Creé que el trato de un niño normal y un niño Autista sea el mismo ?.

si ()

No ()

Por qué ?.

De los cuestionarios aplicados a la muestra presentada se obtuvo lo siguiente:



- No conocen al niño autista
- Conocen al niño autista

Como se representa en la gráfica anterior el 98% de dentistas no conocen ni han tenido trato con el niño autista.

El 2 % de dentistas tienen algún conocimiento muy generalizado sobre el niño autista.

CONCLUSIONES.

No cabe duda de que el síndrome del autismo es uno — muy complejo, que tiene muchas ramificaciones que afectan directamente el régimen del cuidado dental. Sin embargo, — parece evidente que la modalidad con sentido común del manejo del niño que involucra "muestra, di, haz" puede ser — efectiva el trabajar con estos niños en la odontología — restaurativa y preventiva. La técnica del "di, muestra, — haz" tomará más tiempo no solo en el consultorio dental, — sino en el hogar del niño y en la escuela. Las modalidades del acondicionamiento conductual, la sedación preoperatoria, la analgesia con óxido nitroso y la paciencia, bondad y firmeza son también recomendados en el hogar un muy-necesario beneficio de salud en la forma del cuidado dental en el niño autista.

La preparación teórica y las habilidades prácticas — requeridas para administrar un programa de cuidado como el mencionado, suele estar más allá del entrenamiento de — quienes más se preocupan por su implementación.

Se presenta para familiarizar al profesional con la — forma en que debe efectuarse ese programa. Es muy apropiado, no obstante, que el odontólogo se considere parte de — un equipo integrado por un psicólogo, médico general y enfermera, para dirigir la salud bucal del paciente autista.

Lleva tiempo y esfuerzo que se justifica a fin de evitar la infortunada necesidad de una restauración completa con anestesia general al trauma para el niño, la frustración.

Para que se presente el autismo en la niñez no es necesario que sea de determinada posición socio-económica, — pues esta deficiencia se presenta tanto en las clases más-

altas como en las de mínimos recursos. Aunque investigaciones hechas por diferentes autores afirman que este síndrome se presenta principalmente en las clases acomodadas no explicándose cuales son los fenómenos o causas de dicho síndrome.

Tratar dentalmente a la mayoría de los niños impedidos no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo. El cuidado dental de estos niños generalmente puede llevarse a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales. El odontólogo puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos, siempre que tengan los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos niños.

PROPUESTAS.

Promover por medio de esta Tesis el interés del niño autista a los estudiantes de Odontología en la ENEP Zaragoza.

Desarrollo de programas educativos y de conducta para niños autistas dentro de la carrera de Odontología.

Son necesarios estudios controlados de drogas que podrían basarse en investigación Bioquímica y Fisiológica.

Se necesitan hacer trabajos fundamentales en la Neurofisiología, Bioquímica y Biogenética del Trastorno.

BIBLIOGRAFIA.

Referencias:

- 1.- Kanner, L. : Autismo infantil temprano J. Pediat, 25;211 Sept. 1944.
- 2.- Rutier, M. : Conceptos del autismo. Una revisión de -- investigación. J. Child Psychol Pschat, 6: 1-25, Oct. 1968.
- 3.- Wing, Lorna: Niños aparte. Albany: Net Soc. Autistico-Children, Spt. 1974 (brochure).
- 4.- Butier, M. y Bartak, L. : Causas de autismo infantil -- algunas consideraciones de investigaciones recientes, -- J. Autism Child Schizc, 1: 20 - 30 Jan - March, 1971.
- 5.- Wing, Lorna: Las incapacidades del niño autista -- un -- estudio comparativo, J. Child Psychol Psychist, 10: ñ-40, Sept. 1969.
- 6.- Ornitz, E. M. : Autismo infantil: Una revisi^ón de literatura clínica y experimental, Calif. Med, 118: 21-47, -- April, 1973.
- 7.- Ditvo, E.R.: Serotoninas sanguíneas elevadas (y plaquetas) en autismo infantil temprano. Arch Gen Psychiat, -- 23: 666 - 72.
- 8.- Rutter, M. y Sussenweim, F. Un acercamiento de desarrollo y conductual hacia el tratamiento de los niños -- pre-escolares autistas. J. Autism Child Schizc, 1: -- 376-397, 1971.
- 9.- Cohen, O. : The Medinal care of autistic Children, -- Pediatrics 51: 278, 1973.
- 10.- Swallow, J. H. El manejo dental del niño autista. -- Child Brit Den J. 126: 128-131, Feb. 4, 1969.

- 11.- Bettelheim, B. La fortaleza vacía. New York: Macmillan Company 1968.
- 12.- Levitas, T. C. Ejercicio HOME-Hand-Over-Mouth, J. - Den Child 41: 176, 182, May-June, 1974.
- 13.- Kramer, W. S. Aversión, Un método para modificar la - conducta del niño. J. Neb Dent J, 51, 7-13 Winter, - 1974.

157
24
7



Universidad Nacional Autónoma de México

ENED. ZARAGOZA

EL NIÑO AUTISTA COMO
PACIENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:

Fernando J. A. Vadillo Sánchez

Alfonso Víctor Arellano Arango

MEXICO, D. F.

1983