

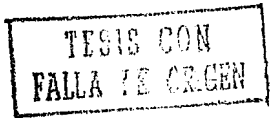
870122
3
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**ESTUDIO DEL CONTROL Y MANEJO DEL NIÑO AUTISTA
EN EL CONSULTORIO DENTAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

PEDRO AGUILAR RESENDEZ

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



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 está 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.

"ESTUDIO DEL CONTROL Y MANEJO DEL NIÑO AUTISTA EN EL - -
CONSULTORIO DENTAL. "

INDICE.

	PAGINA
Introducción.....	1
CAPITULO I	
Definición y concepto del Síndrome Autístico.....	2
CAPITULO II	
Manejo y tratamiento general - del autismo.....	17
a) Manejo psicológico.....	17
b) Manejo terapéutico.....	27
CAPITULO III	
El niño autista como paciente.	34
a) En el consultorio médico...	34
b) En el consultorio odontológico.....	37
c) En el medio hospitalario...	75
Casuística.....	77
Conclusiones.....	81
Bibliografía.....	83

INTRODUCCION.

INTRODUCCION.

Nuestro objetivo al elaborar esta investigación es ampliar algunos conceptos en un medio en el cual la población se hace cada vez mayor, y el número de pacientes incapacitados crece igual, así también sus necesidades dentales son cada vez mayores.

Muchos pacientes impedidos, se enfrentan con la necesidad de un tratamiento odontológico, que remedie sus problemas buco-dento-maxilares.

Pero la necesidad de tratamiento que sufren los incapacitados existe un gran número de razones por lo que estos servicios no son suministrados adecuadamente.

Por este motivo se tomó la iniciativa de enfocarse en específico el Síndrome Autístico, su manejo y tratamiento psicológico, la Terapéutica y el Niño autista, como paciente en los medios Médicos, odontológico y hospitalario.

CAPITULO I

" DEFINICION Y CONCEPTO DEL SINDROME AUTISTICO. "

CAPITULO I

" DEFINICION Y CONCEPTO DEL SINDROME AUTISTICO. "

El autismo en la niñez es un trastorno muy - - complejo de lenguaje, socialización y dificultades perceptuomotoras. La etiología es incierta, y la similitud del autismo con otros trastornos de la niñez pueden hacer el diagnóstico difícil. Este trastorno se conoce también -- (8) como síndrome de Kanner, autismo infantil temprano, psicosis de comienzo temprano, psicosis infantil, psicosis de la niñez y esquizofrenia de la niñez. (1)

El autismo infantil precoz es una novedad en la literatura relativa a la clasificación psiquiátrica, y -- existe la duda si se debe considerar como síndrome independiente o no. Primero se hará una descripción de los - - síndromes clínicos y luego se estudiarán las teorías. (2)

Desde muy temprana edad pueden aparecer profundos desórdenes parecidos a la esquizofrenia adulta. Las dos categorías principales de psicosis infantiles son la esquizofrenia infantil y el autismo infantil precoz. La descripción y etiología de la esquizofrenia infantil guardan estrecha relación con la etiología y descripción de -

la esquizofrenia en los adultos. Los términos de "demen--
 tía praecocissima" y esquizofrenia infantil aparecieron --
 (9)
 poco después de que Kraepelin consagró la expresión demen--
 (10)
 tía precoz y que Bleuler hizo lo propio con el término de-
 esquizofrenia. (2)

Muchos teóricos psicogenéticos, tanto de orienta-
 ción psicodinámica como conductista, consideran que la in-
 fancia es una etapa de la vida en la que se siembran las -
 semillas de futuros desórdenes. Sin embargo, la conducta-
 desordenada no se manifiesta necesariamente hasta la madu-
 rez física. Los niños inclusive de edad preescolar pueden
 sufrir graves problemas psicológicos. (2)

Algunos especialistas en diagnóstico consideran-
 que el autismo es una forma más temprana de esquizofrenia-
 infantil y opinan que se confunden los cuadros clínicos de
 estos desórdenes. Otros autores consideran que el autismo
 es un tipo especial de retraso mental. A primera vista, --
 el niño autista puede parecer normal y atractivo, se mueve
 bien y rápidamente, tiene buena coordinación y apariencia-
 brillante aunque tal vez se muestra pensativo o preocupa--
 do. Sin embargo, es inaccesible, pues rechaza todo contac-
 to social. Para muchos especialistas en diagnóstico este
 desinterés que aparentemente empieza " desde el momento --

del nacimiento " hace que el autismo sea un síndrome muy -
distinto y único. (2)

(8) (11)
Kanner (1943.) y Rimland (1964) , describie--
ron el autismo como una serie de conductas muy específicas.
(2)

(8)
La observación de once niños llevó a Kanner a --
proponer a que ellos constituían un síndrome único de un -
" trastorno autístico innato de contacto afectivo ". Fué--
su concepto que el individuo está dañado desde el comienzo
mismo de la vida de allí la designación infantil. (1)

(12) (13)
Hutt y Ounsted (1966) estudiaron en un con- -
texto experimental este fracaso del niño autista para rela-
cionarse con las personas y en algunos casos su activa evi-
tación de cualquier contacto social. (2)

El autismo que deriva de la palabra griega - -
" autos ", que significa ser- ⁽⁸⁾ enfatiza lo que Kanner consi-
dera un síntoma patognomónico para el diagnóstico: La in-
capacidad de relacionarse en forma corriente con las perso-
nas y situaciones desde el comienzo de la vida.

El otro rasgo principal es el " deseo ansiosamen

te obsesivo por el mantenimiento de la identidad. (2)

En realidad esos niños son, a menudo, " diferentes " desde el nacimiento, pero los padres raramente se preocupan hasta que aparece un retardo significativo en las pautas de desarrollo.

La ausencia completa del habla en un niño de 3 a 5 años con buena salud, orienta inmediatamente alguna hipótesis, la principal de las cuales es la psicosis. (1)

A veces sin embargo, formas más leves de trastor no pueden manifestarse hasta más tarde, y por este algunas personas prefieren designarlo como autismo de la niñez. No obstante como infantes, ya puede haber una cantidad de dificultades evidentes. Puede o no haber, una historia de dificultades prenatales. Los infantes pueden o no haber nacido con poco peso, presentar más tarde peso bajo, estatura pequeña. La edad o sea también inmadura. Durante el primer año pueden existir problemas de alimentación, como pobre succión y regurgitación frecuente. El sueño puede estar perturbado a menudo con necesidad disminuida de dormir. Los infantes pueden parecer estar en movimiento constante golpeando sus piez y su cabeza contra la cuna o haciendo gestos repetitivos con sus manos.

Pueden ser resistentes al contacto físico con sus padres, llorar excesivamente y ser inquietamente temerosos de los extraños. (1)

El niño autista llama pronto la atención por un comportamiento muy particular. Se traslada y actúa como si estuviera solo, parece ignorar a las personas que lo rodean, se interesa solo por algunos objetos y juguetes, a los que concede un interés exclusivo y ritualizado. Tal niño juega con las llaves o las cerraduras incluso desmontándolas con habilidad. (4)

En el otro extremo, esos niños pueden ser sumamente apáticos con, una vez más, poco interés en la gente fallando a menudo a responder cuando se les acercan. Pueden llorar muy poco y se les describe como infantes muy buenos. Parecen poseer lo que Kenner describe como "extrema soledad autística"; pero esto en sí mismo, puede no preocupar inicialmente a los padres, aunque sí alterar a los profesionales respecto a posibles posibilidades futuras, pero sería prematuro hacer un diagnóstico en este punto. (1)

El niño autista vive en su mundo personal, los otros niños no le interesan, no los busca y puede sufrir una angustia súbita si quieren llevarseles con ellos. To

do cambia en su vida, en su habitación, en las personas - que lo rodean pueden determinar una tremenda ansiedad que se traduce por gritos y una agitación desordenada. Ciertos niños autistas están tan agitados que comprometen toda la vida familiar. (4)

Es solamente a medida que el infante crece y -- aparecen otros síntomas autísticos, que es posible una -- diferenciación más exacta de otros trastornos. Los padres se preocupan cuando su hijo no alcanza las pautas -- normales de desarrollo, ha menudo hasta los 2 a 4 años de edad, pero para sentarse, gatear y caminar, pueden estar -- sólo levemente demorados, si es que lo están.

El niño es lento en desarrollar habilidades de autoayuda: el entrenamiento para el control de esfínteres puede ser difícil y los problemas alimentarios persisten. Con frecuencia aparecen preferencias inusuales -- por determinados alimentos y solamente aquellos con cierto color y textura, usan solo los dedos en lugar de los -- utensilios y tienen más interés en jugar con los alimentos que en comerlos. (1)

Después de la infancia, en lugar de establecer -- lazos afectivos con otras personas se vuelven dependientes de objetos mecánicos, como refrigeradores o aspirado-

ras. Debido que evitan toda clase de interacción social-
se atrasan rápidamente en su desarrollo. (2)

Los signos y síntomas del autismo en la niñez se di
viden en: de desarrollo:

Pautas demoradas, problemas de control de esfínteres, inmadurez neurológica, edad ósea retardada, trastorno del dormir, dificultades de alimentación de succión po
bre, hábitos y preferencias alimentarias in usuales, llan
to desordenado (aumento, disminución).

Cognitivos, sensoriales, perceptuales, motores:

Retardo mental con islotes ocasionales de capacidad.

Maneismo auto-estimulantes.

Auto-agresión.

Aumento relativo en el uso del tacto, gusto, olfato.

Insensibilidad relativa a la temperatura y al dolor.

Respuesta impredecible a los sonidos.

Dificultad para percibir objetos fuera del alcance.

Problemas de imitación.

Problemas de entender gestos.

Desorientación espacial.

Necesidad de igualdad.

Preocupación con objetos. (1)

cont...

Rotación repetitiva extraña de un objeto.

Pobre coordinación.

Rituales. (se refiere a un comportamiento repetitivo místico).

Excesiva actividad.

Retardo psicomotor.

Lenguaje:

Comienzo del lenguaje.

Pronunciación pobre y control de la voz.

Vocalizaciones inusuales.

Pérdidas de habilidades del lenguaje, previamente adquiridas.

Uso del lenguaje literal, inflexible.

Ecolalia. Ecolalia demorada.

Uso de gestos para indicar necesidades.

Dificultad para entender gestos.

Reversión de pronombres.

Problemas de la conducta y socialización:

Incapacidad para relacionarse en la forma corriente con personas y situaciones.

" Soledad autista ".

Falla en asumir la postura anticipatoria cuando se le - -
acercan.

Resistencia a ser sostenido.

Pobre contacto ocular.

Afecto inapropiado, risa, llanto, berrinches.

Destructividad/agresividad.

Temores no realistas.

Sin sentido de peligro. (1)

Problemas en el desarrollo del lenguaje:

Es común la observación de que los niños autistas tienen ciertas dificultades de lenguaje. El mutismo o ausencia completa de lenguaje es la más común más del - 50% de los niños autistas no aprenden a hablar, en caso de que hablen en su lenguaje, se observan muchas peculiaridades como la ecolalia. El niño, repite por lo general con una asombrosa fidelidad, lo que oyó decir a otra persona. En la Ecolalia dilatada, puede repetir frase u oración después de horas o semanas de haberla oído. (2)

El lenguaje está siempre perturbado:

Dos tercios de los niños autistas alcanzan alguna dicción funcional. Los padres suelen creer que su hijo tiene una pérdida de la audición, porque actúa como

si fuera sordo y esto frecuentemente resulta en el primer contacto con un profesional. La audición hasta donde -- puede determinarse, se encuentra normal.

La conducta del niño recuerda la de alguien con sordera parcial o déficit receptivo del lenguaje, pero -- hay también una grave dificultad expresiva del lenguaje. -- Es posible que aparezca una dicción más avanzada, como el uso de una frase, pero solo perdera otra vez.

Aún si existe un lenguaje funcional, raramente -- puede considerarse por completo normal. Las palabras se -- usan inflexible y literalmente. La enseñanza del lengua -- je o la comunicación a esos niños es muy difícil y esta -- trabada a sus problemas receptivos de lenguaje y su capa -- cidad para imitar o entender gestos (aunque los niños -- autistas más a menudo pueden comunicarse con gestos).

Esas y otras capacidades no verbales deben ser capitalizadas también para mejorar la capacidad de posi -- bilidad de esos niños para comunicarse. (1)

Trastornos de socialización:

Los niños autistas está disminuidos en su capa

cidad para relacionarse con 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 los buscan para que los balancen o hamaquen. A medida que crecen se puede esperar alguna mejoría, pero es muy insusal que una niña autista establezca relaciones íntimas con otros, física o emocionalmente. Aunque pueden formar fuertes lazos y alcanzar cierta independencia social y financiera, les 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. (1)

Varios problemas de conducta complican las interacciones de los niños autistas con los otros y son frustrantes para manejar, berrinches o gritos, a menudo sin razón aparente, durante los cuales son destructivos y pueden llegar a lastimarse, pero no es común que la agresión sea dirigida hacia otros. Pueden haber temores excesivos o inusuales que hacen difícil el manejo o no, en el otro extremo, un niño puede no tener sensación del 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 tenga problemas emocionales o que sean psicóticos, pero en la actualidad pocas personas considerarían a los niños autistas como esquizofrénicos, 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, haciéndoles actuar de una manera perturbada.

(8)

Kenner, en realidad, describió a los padres del grupo autístico como fríos intelectuales y emocionalmente distantes. Es de esta descripción que surgieron los términos "padres refrigerados", "madres asfixiantes", "familias esquizofrénicas". (1)

DEFINICION Y CONCEPTO DEL SINDROME AUTISTICO.

- Problemas cognitivos, sensoriales y perceptuomotores.-

Todos los grados de deterioro intelectual se encuentran en el autismo- la mayoría de los niños autis-

tan funcionan en la escala de mentalmente retrasados. Ka
(8)
ner, comentando sobre su grupo original, manifestó que a
pesar de sus problemas tenían buen potencial cognositivo.
Los niños autistas pueden en verdad, poseer a veces gran-
destreza o habilidades inusuales, como memorizar largas -
o trozos musicales. Pero esos " islotes de habilidad " -
se ven, por ejemplo en sabios idiotas, en ninguna forma -
sugieren que en esos individuos se encontraría un gran po-
tencial dentro si solo pudiera describirlos. Es difícil-
explicar en términos neurológicos los diversos deterioros
y a veces notables capacidades de estos niños, pero se es-
tán encontrando pistas.

Los problemas perceptuales y sensoriales se ma-
nifiestan por el uso aumentado de los sentidos del tacto,
gusto y olfato. A menudo hay una menor sensibilidad a la
temperatura y al dolor. Las respuestas a los sentidos --
son impredecibles: o una sensibilidad aumentada al ruido
o una sensibilidad disminuía a los ruidos fuertes.

Como un niño que ve parcialmente, los niños au-
tistas pueden parecer incapaces de ver objetos fuera de -
su alcance e igualmente tener dificultades para entender-
gestos.

La capacidad para imitar también está disminu-

da: pero esas dificultades están relacionadas también -- con el disturbio para ejecutar la respuesta necesaria o -- lograr la asociación necesaria con la respuesta directa - y apropiada.

Es menos claro, como la postura corporal o la -- conducta de (juego) repetitiva y sostenida en estos ni -- ños se relaciona a esas dificultades, pero a pesar de los muchos síntomas a menudo sorprendente del autismo puede -- ser muy difícil.

Finalmente se ha observado que el niño autista -- es negativista; da la espalda a los demás, sacude la ca -- beza y se resiste tenazmente a hacer cualquier cosa que -- se le pida. (1)

El síndrome autístico es un trastorno que afec -- ta no solo a la persona que adquiere dicha enfermedad, -- sino también a los padres que se ven en la obscuridad de -- no poder controlar de ninguna manera la conducta de sus - hijos, por su negativismo y su renuncia a hablar, al agu -- dizarce su preocupación los padres saldrán a buscar asis -- tencia profesional, para atender los problemas de salud - de sus hijos; es aquí donde nosotros debemos estar capa -- citados para poder dar un buen diagnóstico y tratar a es -- tos pacientes en el área que nos corresponde y poder así --

enfocar a los padres que aún desconocen que etiología de la conducta de sus hijos y poderlos mandar con el tratamiento adecuado de este síndrome. (4)

CAPITULO II

" MANEJO Y TRATAMIENTO GENERAL DEL AUTISMO. "

CAPITULO II

" MANEJO Y TRATAMIENTO GENERAL DEL AUTISMO. "

Para hacer diagnóstico del autismo, es necesario tomar una historia muy cuidadosa del niño, explorando especialmente la época durante el embarazo, el parto, la evolución perinatal y los primeros años de la vida. - La historia familiar puede ser útil para descartar ciertos trastornos de naturaleza genética. El examen físico debe ser minucioso, incluyendo el estado actual de desarrollo. La consulta con psicólogos, psiquiatras, neurólogos, fonoaudiólogos y otros, suele ser necesaria. Con la historia, examen físico y consultas, 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 con niños con CI en el nivel grave a 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, con excepción de quienes creen que era una - terapia medicamentosa específica es útil para el autismo en la niñez. (1)

El diagnóstico en efecto, deberá hacerse entre los sordomudos, el autismo y la audimudes (o trastorno grave de la elaboración del lenguaje).

La inestabilidad, la oposición y las manifestaciones coléricas, pueden engañar y pensar en un estado psicótico.

Los estados prepsicóticos están mal definidos y la duda resulta inevitable.

El diagnóstico entre la mudez autística y la sordomudez, cuando el niño tiene cuatro a cinco años no puede diferenciarse fácilmente, ni por medio de los exámenes clínicos ni por audiometricos clásicos.

La medición audiométrica subjetiva (la vocal en particular) implica necesariamente la participación del niño. La investigación por las técnicas de la audiometría objetiva, especialmente la electroencefalografía bajo forma de potenciales evocados, no esta exenta de causas de error.

En la práctica, el diagnóstico se desprende sobretodo de una observación prolongada. Solo viendo vi--

vir al niño, sorprendiendo sus reacciones a los ruidos -- en diversos momentos, puede llegarse progresivamente a co nocer si oye o no. Los exámenes audiométricos, si los -- repite el mismo examinador y se ha ganado la confianza -- del niño, permiten también, después del lapso de tiempo -- reconocer o eliminar el diagnóstico de la sordera.

Ciertos psiquiatras, efectivamente llegan incluso a pensar en un estado psicótico puede solo explicar esta mudéz sin sordera. La audimudez tiene una existencia indudable y debe ser formalmente diferenciada del autismo. El diagnóstico descansa sobre la observación del comportamiento y sobre la anmnesis. En el audimudo no se observa ni la tendencia del niño autista a aislarse en su mundo -- ideatorio, no sus esteriotipias, ni sus manifestaciones -- de angustia profunda. El audimudo se comporta como el -- sordomudo; solo le falta el lenguaje.

Sin embargo, se conocen bastantes casos en el -- que el diagnóstico ha quedado mucho tiempo incierto a causa de la incapacidad persistente para hablar, en niños -- con buena audición y suficientemente inteligentes, pero -- con trastornos graves de comportamiento (juegos fecales -- oposición). No se sabía si diagnosticar audimudez o --- trastornos neuróticos o parapsicóticos. La duda no se --

despejo sino después de una larga observación. (3)

TRATAMIENTO.-

No se puede hablar de tratamiento de las perturbaciones del lenguaje en los estados psicóticos, sean - - comprobados o solo parciales. El tratamiento es siempre psiquiátrico: intenta mejorar el comportamiento, reducir ansiedad, eliminar las inhibiciones y se propone conducir al niño hacia la aceptación de la realidad y la optimización de su relación con los demás. En la medida en que - se progresa en este sentido, podremos tener la esperanza de la aparición del lenguaje.

Además de las prescripciones medicamentosas, el principal medio de acción de la psicoterapia que debe - - aunar su conducta terapéutica y

Farmacoterapia: el uso de drogas para tratar - niños autistas, sigue siendo motivo de controversia quizá la terapia más frecuente aconsejada sea Megavitaminas, --
 (11) siendo Rimland un fuerte proponente de su uso, pero hasta que estudios adecuados confirmen sus impresiones, el va--
 lor de grandes dosis de vitaminas permanece equivoco. De
 (14) maneja similar Campell Fish y sus colegas han estado muy-

activos, explorando el uso de la medicación para este trastorno. Han observado muchos grupos de drogas, cuya lista presentamos, pero solamente se usa en un pequeño grupo de niños autistas, lo que hace difícil sacar conclusiones válidas sobre su eficacia.

Neurolépticos:

a) Fenotiazinas.

- 1 Flufenazina.
- 2 Trifluoperazina.
- 3 Clorpromacina.
- 4 Tioridazina.
- 5 Croclorperazina
- 6 Perfenazina

b) Butirofeneonas.

- 1 Haloperidol.

c) Tixantenos:

- 1 Tiotixenos.

d) Indoles:

- Molindone.

Anti depresores :**a). Tricíclicos:**

- 1 Imipramina.
- 2 Nortriptilina.
- 3 Amitriptilina.

b) Litio:**Estimulantes cerebrales:**

- a). Metilfenidato
- b). Anfetaminas.
- c). Pemolina.

Sedantes hipnóticos:

- a). Barbitúricos.
- b). Diazepam.
- c). Clordiapoxida.

Anticonvulsionantes:

- a). Fenitoina.
- b). Primidona.

- c). Barbitúricos.
- d). Etosuximida.
- e). Trimetadiona.
- f). Acetazolamida.

Magavitaminas :

- a). Niacina.
- b). B6 grupo (piridoxina).
- c). Acido Pantoténico.
- d). Acido Ascórbico.

Miscelánea:

- a). Hormonas.
 - 1 Tiroides.
- b) L/dopa
- c) Anthistaminas.
 - 1 Difemidramina. (1)

Los neuroléticos, en particular, han sido usados con algún éxito y merecen un estudio más a fondo. Los estimulantes cerebrales, aunque se utilicen a menudo en -

un intento de controlar la hiperactividad, tienden a tener un efecto desorganizador con esos niños, aunque ocasionalmente son exitosas, pero probablemente es mejor evitarlas en niños autistas. El uso agudo de sedantes como el diazepam y el fenobarbital, tiene efectos variables y a menudo imprevisibles en los niños autistas y el uso crónico tiende a empeorar la condición de los niños, En este momento, sin embargo, el uso prolongado de drogas en el tratamiento de los autistas es mejor restringirlo a aquellos profesionales que tienen experiencia en estos problemas. La medicación nunca debe ser utilizada como la forma primaria de tratamiento. Un enfoque más prometedor es el de ciertas formas de psicoterapia. (1)

PSICOTERAPIA.-

Inicialmente esos niños fueron tratados en la forma convencionalmente de psicoanálisis, esencialmente sin éxito. No obstante, la modificación de la conducta más útil para ayudar a los niños autistas. Es un instrumento con el cual todos los profesionales deben estar familiarizados, aunque la terapia puede mejorar el estado del niño autista, los más de ellos permanecen siempre algo deteriorados. (1)

Las técnicas de inundación discutidas son muy efectivas para ayudar al niño a aprender la cooperación con sus ansiedades. Los beneficios psicológicos en relación con la premedicación manteniendo al niño sedado, nunca van a facilitar una colaboración deseable y que no son útiles.

De esta manera, afirman algunos que estas técnicas son dañinas psicológicamente para el niño, pero han sido presentadas demostraciones que soporten esta teoría. Por el contrario, los psicólogos y los psiquiatras han descrito los méritos del refuerzo positivo de un buen comportamiento con estas técnicas.

Es buena práctica por el dentista discutir el plan del manejo del paciente con los padres del niño. Al aplicarles las técnicas de inundación los padres, tan pronto desarrollen el problema, van a dar su consentimiento y el dentista va a eliminar los problemas de su utilización. Se puede hacer una explicación de una forma muy positiva, diciéndole al padre que el niño va a ser bien recibido y que sus miedos y ansiedades son comprometidas. El padre puede aprender antes el hecho de que estas técnicas son efectivas y que van a ayudar al desarrollo del niño y a su salud en el cuidado dental. (7)

(8)

El seguimiento de Kanner de su grupo original -
mostró un niño autista funcionando independientemente, --
uno perdido para el control, pero probablemente en su ho-
gar y los otros nueve en ubicaciones fuera del hogar, ha-
bitualmente instituciones.

(15)

El seguimiento de De Meyer de 120 niños autis--
tas reveló que ningún caso sin dicción comunicativa hacia
los 5 años de edad podía ser clasificado como normal o --
cercano a lo normal en el control. (1)

En la actualidad, el resultado final no es opti-
mista. No obstante, también es cierto que la condición -
del niño autista puede mejorarse con un buen programa edu-
cacional en el hogar y en la escuela. El desarrollo de -
programas de tratamiento y su evaluación debe tener alta-
prioridad. (2)

EL FUTURO.-

Los muchos factores del síndrome autista necesi-
tan una investigación multidisciplinaria si quiere encon-
trar soluciones adecuadas. La etiología del autismo en -
la niñez permanece oscura y la complejidad de este tras--
torno no será fácil de descifrar. Se necesitan trabajos-

fundamentales en la neurofisiología, bioquímica y biogénica del trastorno no será fácil de descifrar.

La comprobación psicológica de las disfunciones perceptuales y sensoriomotoras deben incorporarse entonces con las descritas previamente. Son necesarios estudios controlados de drogas que podrían basarse en investigación bioquímica y fisiológica y también el desarrollo de programas educativos y de conducta para ayudar a éstos niños. Mucho trabajo queda por hacer para evaluar los programas de tratamiento por medio de estudios de largo alcance y comprobaciones progresivas de la eficacia de esos programas. No se espera que las respuestas lleguen fácilmente o pronto. (1)

MANEJOS PARA CASOS DIFÍCILES.-

La distracción del niño durante los momentos no placenteros de la vista, es extremadamente útil. Contar una historia durante la inyección, aleja al niño de la situación de desconfort. Permitir que el niño juegue con un juguete durante la administración del fluoruro, puede también mantener la mente del niño lejos de una situación no placentera. Una vez que el niño coopera, no debe ser ignorado. El dentista, o el asistente, deben hablarle --

acerca de sus siguientes visitas.

La anestesia local profunda es absoluta. De ésta manera, es fácil realizar los procedimientos con el niño que tiene una gran resistencia y la repetición de la anestesia en esta región va a asegurar que el niño tenga una experiencia libre de dolor y tenga dividendos en la futura cooperación del comportamiento. Los niños pequeños que no van a ser sedados deben ser atendidos por la mañana temprano, cuando están bien descansados. Cuando las citas son durante la hora de la siesta, estos niños están cansados y agitados, y, generalmente menos cooperadores.

Debido a que el niño varía en sus capacidades para entender y comunicarse, el dentista no puede esperar una cooperación completa de cada niño. En especial, en los casos de frustración el dentista debe mantener calma. Si la técnica de manejo fracasa y el dentista se pone malhumorado, es el momento de utilizar otra técnica o de enviar el niño a otro dentista. (7)

MANEJO DE LOS PADRES.-

El establecimiento de una buena relación con los padres es importante para el éxito del manejo de los

niños en la clínica dental.

Se espera que los padres tengan ansiedad en relación con el cuidado que el niño va a recibir y esto va a estar relacionado con el incomfort y con las experiencias del niño. Como se ha discutido anteriormente, estas ansiedades, son, a menudo, conscientes o subconscientemente transmitidas al niño y esto va a influenciar su comportamiento. Algunos autores han informado una relación entre la ansiedad maternal y el comportamiento negativo de los niños en la clínica dental. (7)

ANSIEDAD REDUCIDA DE LOS PADRES.-

El dentista puede reducir la ansiedad de los padres y ayudarles a preparar mejor a sus niños para la visita dental dándoles una información e instrucciones antes de la primera cita. Esta información puede ser mandada a las casas en forma de panfletos o de cartas personales tan pronto como los pacientes soliciten su cita. Se deben de incluir los siguientes puntos:

- 1.- Agradecer a los padres que se preocupen del cuidado dental de sus hijos. Explicarles que el cuidado dental es importante en la salud y en las buenas actitu-

des en relación con la odontología pueden ser desarrolladas cuando el niño se ha visto antes de que él mismo tenga problemas dolorosos.

2.- Aconseja a los padres que no hablen de sus propios -- miedos al dentista delante de sus hijos. Insístales -- en que el mejor conocimiento del comportamiento del -- niño, las técnicas modernas y la anestesia local profunda han eliminado casi toda la incomodidad en el -- dentista.

3.- Explicar que el niño no debe ser criticado o ridiculizado cuando exterioriza sus miedos en las citas dentales. No deberían ser amenazados con castigos por su buen o mal comportamiento. Solamente sevirá para decir al niño que el tratamiento dental no es placentero.

4.- Describir precisamente que la primera visita va a incluir un examen con radiografías si están indicadas -- y profilaxis oral. Las precauciones de los padres -- deben ser no decir a sus niños lo que el dentista va a hacer o no hacer.

5.- Explicar su política acerca de su presencia de los padres en la clínica.

6.- Asegurar a los padres su interés hacia sus hijos. (7)

MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES
EN LA CLINICA.-

La relación paciente-padre-dentista es necesario que sea buena. Es necesario que se entienda las necesidades de los padres y los niños se debe estar consciente de la naturaleza superprotectora de muchos padres con sus niños incapacitados. Esta superprotección puede haberles llevado a malcriarlos y ha tener una falta de disciplina. Por lo tanto la cooperación del paciente será más difícil. Sin embargo, trata al niño como otros pacientes. Puede necesitar ser firme para obtener los resultados que deseas. El que el paciente está incapacitado no es razón para permitir un excesivo comportamiento no deseado. Discute el comportamiento del niño con los padres. Se espera que entiendan las acciones y reacciones del niño, así como su filosofía de tratamiento y técnicas.

La investigación del comportamiento ha probado concluyentemente los beneficios o desventajas de permitir que los padres se acompañen de sus hijos en la clínica. -

El punto real es que el dentista debe permitir el establecimiento de una comunicación directa con el niño sin ninguna interferencia de los padres. En extremadamente frustrante el tener un padre en la clínica, aconsejando al niño o interrumpiendo cualquier expresión de miedo cuando el dentista está tratando ganar la confianza del niño y tratarlo.

En algunos casos hay ventajas definitivas para permitir que los padres estén con los niños. Si un niño es demasiado pequeño para comunicarse (menos de tres años) o tiene incapacidades para sus habilidades de comunicación (sordo, mudo, ciego, con algún síndrome anormal de comunicación, el autismo o retrasado mental) un padre puede ser muy útil. Para el niño, la presencia de los padres proporciona seguridad y para el niño incapacitado el padre puede participar en el proceso de comunicación.

En algunas ocasiones los padres de los niños mayores van a preguntar si pueden estar con sus niños durante el tratamiento dental. Si se les permite hacerlo, se les debe decir que deben observar pasivamente y no entrar en conversación entre el niño, y el dentista, a menos que se les invite a hacerlo.

Se le debe decir al niño que sus padres deben permanecer tanto como él colabore. Si fracasa en la observación de esta regla, los padres deben permanecer en la sala de espera. (6)

CONCLUSION.-

El establecimiento de la buena comunicación con el niño y los padres es el primer paso más importante en el desarrollo de actitudes positivas en el niño con relación a la odontología. Una vez que se tenga el diagnóstico seguro de un comportamiento alterado, el dentista puede seleccionar las técnicas de manejo apropiado. Empleando adecuadamente éstas técnicas, el dentista puede manejar los comportamientos de la mayoría de los niños y puede manejar de una forma satisfactoria y agradable su tratamiento. (7)

CAPITULO III

" EL NIÑO AUTISTA COMO PACIENTE. "

CAPITULO III

" EL NIÑO AUTISTA COMO PACIENTE. "- EN EL CONSULTORIO MEDICO.-Consideraciones médicas.-

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

El tratamiento ortodóntico de los niños autis--tas no deben ser prioritario hasta que pueda asegurarse - una total cooperación. Como todos los niños autistas necesitan terapia foniátrica, eso también debe tomarse en--consideración. Debe recordarse que una buena estética bucal puede ser importante para una persona que tiene múltiples estigmas.

Cuando se considera la medicación para estos niños, deben señalarse esos puntos. Esos puntos suelen 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, aún desconocida, aunque se sabe que tienen sistemas nerviosos autónomos excesivamente lábiles. Por esta razón, puede ser útil utilizar varios medicamentos y dosis mientras el niño está en el hogar para ahorrar tiempo de consultorio u hospital.

Más importantes son las dificultades que impiden la buena higiene bucal: la conducta difícil del niño, la falta de comunicación y la inteligencia disminuida, son todos factores. Los hábitos alimentarios pobres son comunes y la dieta suele ser antitética con la buena salud bucal: el deseo persistente de alimentos blandos o golosinas es frecuente. La dieta puede ser inadecuada y la anemia es un hallazgo habitual en esos niños, aunque una malnutrición franca es rara. Las complicaciones motoras pueden dificultar la masticación y deglución y una pobre coordinación de la lengua impide 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-

(15)
señala Cohen, los niños autistas presentan un verdadero desafío en su manejo.

Infelizmente 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 la frustración de cepillar los dientes de su hijo, los padres claudican desesperados. El odontólogo y el médico deben comenzar por reconocer su responsabilidad con esa familia. (1)

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 qué conductas deben ser estimuladas. La preparación de los padres, especialmente las madres, -- pueden 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 del manejo de la conducta.

- EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO.-

Consideraciones odontológicas.-

Para tratar eficazmente estos problemas el - -
odontólogo debe comprender también a la familia y a 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 debi-
do 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 frustra-
ción de las facilidades inadecuadas comunitarias para su
hijo y el aislamiento social que tan a menudo en esas fa-
milias.

No es inusual que los padres tengan sentimien--
tos hostiles hacia los profesionales a quienes han visto--
rechazar o maltratar a sus hijos dejando a la familia y -
al profesional frustrados y negativos. Es de esperar que

una comprensión empática de las dificultades que esas familias enfrentan permitan al odontólogo no solo corregir algunas faltas de interpretaciones si no 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 sus hijos y pueden ser maestros y terapeutas eficaces con ellos.

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 con el medio ambiente son críticos para la mayoría de los pacientes autistas, hay que intentar que el niño este cómodo en el ámbito del consultorio. (4)

La exposición gradual del ambiente físico contribuirá mucho a la comodidad del niño, preparándolo para que desarrolle un " rapport " 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 2 años de edad no deben ser amenazadores y sí orientarse a brindarle una experiencia positiva. Como el profesional de la salud se ha familiarizado con el niño en las entrevistas con los padres, evitará tensionar al niño -- esperando un nivel de conducta socializada no realista.

La interacción verbal debe incluir 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 odontológico.

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 berringes, las conductas auto-

estimuladas y autoabusivas, ayudará a evitarlas o reducirlas.

Los arranques imprevistos de agresión o 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. (1)

Las dificultades en la comunicación entre los - pacientes y los profesionales pueden ser un obstáculo importante en el desarrollo de sus relaciones. Es, por lo tanto, necesario desarrollar buena comunicación, No asumir que debido a que el paciente esta incapacitado, él o ella es incapaz de entender. Aprender la capacidad intelectual del paciente y trabajar con ese nivel de entendimiento.

Recientemente existe un aumento en el interés - en el tratamiento de estos pacientes incapacitados, ya -- que la falta de pacientes normales está forzando a muchos dentistas a buscar en nuevas áreas.

El tratamiento de pacientes especiales es un luu

gar lógico para que los dentistas encuentren una demanda y un interés de tratamiento. Por lo tanto, uno puede intuir que existe un aumento continuado en el énfasis en esta área por los dentistas.

La investigación nos muestra que los procedimientos restauradores son los que más frecuentemente se realizan y los servicios preventivos en segundo lugar la situación ha mejorado debido a que las extracciones eran el tratamiento primario hace unas cuantas décadas.

Los pacientes incapacitados son candidatos para prevención exactamente igual que otros pacientes, y si la prevención es practicada adecuadamente, no hay ninguna razón para que estos pacientes no reciban los mismos beneficios de los fluoruros de los selladores oclusales de los consejos de dieta y nutrición y de las instrucciones de cepillado y de uso de la seda como el resto de los pacientes lo hacen.

Muchas razones han sido aducidas acerca de por qué solamente una pequeña cantidad de asistencia dental ha sido suministrada para esos pacientes incapacitados. La mayoría de las razones son de actitud. (6)

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 pueden ser extraña al repertorio del niño normal, es a menudo identificada como problemas de conducta por su relativa frecuencia o lo inapropiado, del contexto.

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

Acondicionamiento clásico:

El acondicionamiento clásico o pabloviano implica el sencillo paradigma estímulo-respuesta: Un estímulo o cambio en el ambiente es seguido por, una respuesta o conducta individual. Un estímulo como la sed conduce a una respuesta como beber agua. Este ejemplo ilustra como los cambios en el ambiente interno (estímulo fisiológico--

co) conduce a la gratificación de una necesidad humana - básica.

Como el estímulo sed provocará universalmente - una respuesta de buscar agua este paradigma básico es con siderado como un reflejo no condicionado, no enseñado, o que ocurre naturalmente. La aparición de otro estímulo-simultáneo, repetido, por ejemplo, el sonido de una cam pa na, con el estado no condicionado de ser conducirá prede- ciblemente a una conducta de buscar agua.

La asociación o apareamiento continuados del -- estímulo no condicionado demostrable: el sonido (estí-- mulo condicionado) provocará entonces una respuesta de - buscar agua.

Acondicionamiento operante:

Aunque el apareamiento/asociación de estímulos- variados y respuestas contingentes explican una gran cantidad de conducta reflejada, un segundo tipo de acondicio- namiento contribuye también mucho al repertorio de conduc- ta de un individuo. El repaso del acondicionamiento ope- rante y de algunas técnicas prácticas relevantes es útil- para explorar el manejo de la conducta en niños autistas.

En el condicionamiento 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 rotación 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 en seguida por el cambio ambiental de una luz que se enciende. Las alteraciones producidas por la conducta operante tienen la capacidad de afectar su frecuencia. La contingencia de un estímulo que aumenta la frecuencia de la conducta es positivamente reforzada. (1)

Refuerzo:

La clave al manejo de la conducta está en el efecto de la recompensa, la cual es contingente con la respuesta del individuo. Brindando una retroalimentación agradable (positiva) o desagradable (avergonzada). Las personas quienes proporcionan refuerzo determinan el carácter de la conducta del niño. Hay dos tipos básicos de refuerzos: sociales y no sociales. Ejemplos de refuerzos sociales: (los que involucran personas) son las sonrisas, fruncir el ceño, elogiar, regañar y el afecto físico. Postres, privilegios y objetos tangibles-deseados o el retiro de estos, son refuerzos no sociales.

Los refuerzos 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 y hasta vegetales pueden ser preferidos).

Para determinar el reforzador más eficaz para un niño determinado, habrá que brindarle un " menú de refuerzos ", 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 reformador no social, se utiliza como recompensa en cantidades cuidadosamente evaluadas. Si se da muy poco, el niño podría considerar que no merece la pena trabajar para obtenerlo. Si se da demasiado, la sociedad ocurre rápidamente y el niño ya -

no se esforzará para recibirla. La sociedad puede recurrir aún cuando la recompensa reforzadora 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 otro 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 apareamiento. El niño puede venir a buscar elogio tan activamente como antes buscaba una golosina, un beneficio presocial evidente de refuerzo positivo. (1)

El hecho que la conducta sea alterada tan fácilmente es una razón de porqué el refuerzo es muy eficaz -- cuando se da inmediatamente después de su aparición. Cuanto más tiempo pasa, menor eficaz es la recompensa. Cualquier conducta (incluyendo la autoestimación, berrinches, etc.) que ocurre entre el contacto visual y el re--

fuerzo, 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 solo 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 refuerzo es también posible. En este tipo de programas, 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. El buen éxito en una sesión de modelado de la conducta se refiere a la cantidad de refuerzo que el niño obtiene mientras trabaja para aprender una tarea específica. (1)

Encadenamiento y extinción:

Cuando varias conductas son modeladas y se mantienen exitosamente por medio de refuerzo intermitente, se hace posible el encadenamiento; este es un proceso -- por el cual varias conductas relacionadas se asocian; ca da respuesta es practicada, reforzada y seguida con la -- práctica reforzada de otra conducta. Por ejemplo, poner dentífrico 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.-- Requisitos adicionales para el refuerzo se agregan lentamente a la cadena y al refuerzo dado para la conducta es-- una suma de respuestas. (1)

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 su frecuencia, Ignorar al niño du-- rante un berrinche cambia el estímulo previamente asocia--

do 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 refuerto entran en el control del estímulo. El diseño del piso la disposición del mobiliario y el color de las paredes estarán todos asociados en la conducta y el refuerzo del estímulo. Los factores ambientales también guían la conducta y cualquier cambio en el ambiente altera la secuencia respuesta refuerzo. Esto puede explicar parcialmente porqué algunas conductas condicionadas no se generalizan en el medio ambiente natural repentinamente cambiado o extraño. (1)

La clave del éxito en el manejo del niño que se presenta con un comportamiento alterado. Una vez reconocido, el dentista puede utilizar un manejo apropiado para controlarlo.

Una cooperación del niño será definitiva dependiendo de lo bien que esté preparado para los procedimientos dentales que van a seguir. De ésta forma los niños autistas y aquellos con incapacidades mentales o físicas que limitan de forma importante sus habilidades de comunicación presentarán una falta de habilidad cooperativa. El manejo de estos casos es a menudo, mejorando con la utilización de agentes farmacológicos de sedación o anestesia general.

Los trastornos en la rutina de la clínica puede ser un problema para muchos dentistas. El tratamiento -- puede requerir más ayuda auxiliar y a causa de esta necesidad puede existir un trastorno definitivo en el desarrollo normal de una clínica. Algunos dentistas creen -- que la presencia de este tipo de pacientes en sus salas de espera puede representar una influencia negativa en algunos de los pacientes normales que están esperando para tratamiento.

Antes de iniciar un programa de manejo de la -- conducta, el técnico 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 ", ésta indicada la presencia de 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 conducta visual. Un método exitoso consiste en sostener el mentón del niño y cuando mira a la entrenadora, en reforzada inmediatamente con un comestible.

El elogio simultáneo (por ejemplo " buen mozo ") se dá 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 de control de estímulo ilustra el mecanismo básico del aprendizaje si bien cualquier contacto visual o cooperación es reforzado al principio, el técnico puede acrecentar el control aumentando el lapso de atención del niño. Intervalos gradualmente prolongados de contacto visual se desarrollan a medida que el refuerzo es progresivamente demorado antes de ser

administrado.

Para ganar la recompensa el niño trabaja por ella esperando mientras mantiene el contacto visual. Esta técnica es llamada modelado al proceso de modificar la conducta existente exigiendo aproximaciones más cercanas a la respuesta deseada antes de dar el refuerzo. (1)

UTILIZACION DE LOS PRINCIPIOS DE MODELADO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE.-

Una vez que el técnico ha adquirido un buen conocimiento de la eficacia de la técnica 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 una boca sana, cada individuo tendrá necesidades únicas de manejo.

La evolución de las limitaciones físicas y mentales. nivel actual de funcionamiento, capacidad de alcanzar y obtener nuevos patrones de conducta y condiciones ambientales (que apoyen la higiene bucal), deben ser los pasos iniciales para comprobar las necesidades -

de aprendizaje. Una serie de intervenciones planeadas - para cumplir los requisitos de cada paciente específico - producirán resultados positivos, promotores de salud, -- muy eficazmente.

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 se demoraría si también se estuvieran modificando conductas de control de esfínteres, alimentación y autoestimuladorio.

Elegir unas pocas metas bien definidas permitirá 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 para dientes se convierte en un estímulo

lo adversivo, condicionado, por asociación con luchas - - pasadas, 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. (1)

Ayudar al niño autista a aprender una habilidad nueva se simplifica mucho si la conducta se divide en sus partes componentes. Los pasos de mayor complejidad y/o - aquellos es secuencia temporal pueden dominarse uno a la vez. Cuando se va modelando por aproximación sucesiva, - el último paso de la conducta se enseña primero. Por - - ejemplo, la habilidad de ponerse una camisa se modela recompensando al niño por doblar el puño hacia la muñeca.

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 modelar el paso siguiente, (1)

SESIONES DE ENTRENAMIENTO:

Los tiempos de prácticas establecidos para el - aprendizaje de la conducta deseada se llaman sesiones de - entrenamiento. El aprendizaje ocurre en acondicionamien-

to operante cuando el niño trabaja para un reforzador --- que se le da después que ha practicado o se ha aproximado al 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 técnico sugiere y/o demuestra el paso a dominar y refuerza cuando el niño imita, acercándose a la respuesta correcta. Aproximaciones progresivamente más cercanas se alcanzan por modelado, dado que el técnico 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. (1)

SUGERENCIAS Y MODELADO:

Demostrar la conducta deseada con mucho entusiasmo y movimiento exagerado ayuda a aclarar el punto de aprendizaje. Hay tres modos de seguir al niño que responde: físico, con ademanes o 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 es el modo más básico de comunicar el operante requerido para el refuerzo. Una sugerencia con ademán es un movimiento que hace el entrenador para provocar la respuesta correcta, como señalar de la mano de un niño 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 con otras físicas y ademanes, debe ser corta y clara y solamente cuando el entrenador está seguro de que el niño entiende (contacto visual establecido).

La consistencia es especialmente importante durante las sesiones iniciales: las mismas palabras y frases deben ser utilizadas por todos los entrenadores. Registrar 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 llevarlo a la postura puede suprimirse gradualmente, disminuyendo la cantidad de contacto físico entre el entrenador y el niño, por ejemplo, a medida que el condicionamiento progresa y el niño responde correctamente a -

la sugerencia verbal acompañada por la leve presión del dedo del entrenador en la mano del niño, está indicado -- eliminar el contacto físico. Se introduce entonces un -- gesto espectacular, simultáneamente con la guía verbal. -- Las sugerencias con ademanes se van suprimiendo gradual-- mente en la misma forma y la orden verbal guía el operan-- te requerido.

El movimiento por los pasos que requiera la con ducta podría no ser totalmente hacia adelante. La capaci dad 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 en-- contrar necesario iniciar la sugerencia de pasos menos -- avanzados y elaborar de nuevo. Esto se llama titula-- ción. Puede ser útil dividir los puntos difíciles en --- componentes menos complejos, agregando pasos adicionales-- al programa de entrenamiento. Las sugerencias con adema-- nes y físicas se vuelven a introducir según las necesida-- des y luego se suprimen poco a poco.

Cuando el niño muestra la conducta deseada y es tá siendo reforzada consistentemente, el próximo paso en-- el programa se puede introducir en la sesión de entrena-- miento. 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 saciando 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 muy corta - solo el tiempo requerido para poner en postura al niño en la secuencia, mientras se le hace la sugerencia verbal, seguida 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 corrientemente eficaz.

Si la maestra piensa que es aconsejable porponer o terminar el modelo después de varias pruebas infructuosas, la sesión debe cerrarse con el entrenador para que resulte en le refuerzo. Recompensar al niño por sentirse bien o por el buen contacto visual, es útil para terminar con una nota positiva, sin reforzar la conducta-resistente. (1)

RELACION MAESTRA-NIÑO:

Un programa de modelado de la conducta para enseñar habilidades específicas, puede ser estandarizado para los niños autistas con solo una menor variación, si acaso se necesita. Sin embargo, esto no exime al profesional de la responsabilidad del niño. Además de establecer un control de estímulo básico, el período inicial de comprobación brinda la oportunidad para "sintonizarse" con el niño. Si bien las conductas resultantes de la frustración, enojo, empecinamiento y temor, no son reforzadas, en especial reconocer las emociones que las provo-

can. Las conductas espontáneas que ocurren porque el niño está complacido y feliz, por supuesto, aceptadas más fácilmente y reforzadoras para las maestras.

Por contactos y demostraciones repetidas de efecto y sincero interés, se desarrolla un valioso " rapport " entre la maestra y el niño. El individuo autista más aparentemente distante responde en formas variadas a distintas personas. El progreso por los pasos de un programa puede depender del entrenador individual; esto puede verse cuando la misma sesión de entrenamiento es administrada al niño mediante un cierto lapso por maestros diferentes. El modelado de la conducta exitosa puede ser posible inicialmente para un profesional que demuestra un interés particular en el niño, mientras otros encuentran un penoso adelanto. (1)

PREVENCION SELECTIVA:

Antes de presentar un programa posible para modelar las habilidades de un cepillado dentario independiente, se presentarán algunas sugerencias para el manejo de conductas durante las comidas. Como se ha indicado antes, algunos hábitos alimentarios son conductivos a la formación de caries. Uno de los puntos más importantes -

es impedir que los niños se vuelvan demasiado selectivos en sus preferencias alimenticias.

Su primera inclinación puede ser elegir alimentos dulces y bocadillos y pueden resistirse al principio a probar alimentos que no le son familiares. Debe insistirse en que los berrinches manipulativos no deben ser reforzados por la atención, porque las luchas por el poder en horas de las comidas crecerán rápidamente. La madre preocupada necesitará reasegurarse si durante las primeras comidas se come poco cuando se intenta la extinción de los berrinches.

Para hacer un menú moderadamente variado aceptable para el niño, hay que introducir gradualmente nuevos alimentos. Es útil mezclar nuevos alimentos en pequeños bocados del artículo no familiar con porciones notables de una preferencia alimentaria estable. La cantidad del favorito es disminuida gradualmente a medida que se va aceptando el sabor y la textura del nuevo alimento. La tendencia a embolsar (mantener alimento parcialmente masticado en la boca sin tragar) también contribuye a la formación de caries. Se requiere observar de cerca, para sugerir al niño que mastique y trague el bolo cuando sea necesario. La modificación de la conducta puede en-

tonces ser un instrumento muy útil para el odontólogo en el cuidado de la salud bucal del niño autista y su familia. (1)

PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO DENTAL.

Si una meta real requiere ser conseguida a la planificación del tratamiento para los pacientes incapacitados es de gran importancia como la planificación del tratamiento para cualquier paciente, múltiples factores entran en el proceso de tomar decisiones. Ciertamente todos los factores relevantes para cualquier paciente deben ser tan relevantes para el incapacitado. Sin embargo, deben ser considerados factores adicionales. Es necesario considerar cual es el trastorno médico del paciente y cual es el pronóstico del paciente. ¿ Tiene el paciente una esperanza de vida corta ? ¿ Ayudará el tratamiento a mejorar su función significativamente para que así mejore su capacidad de hablar y tragar ?

Todas estas consideraciones se hacen tras que se ha cumplido la primera meta de detener el dolor y eliminar la infección.

Una cosa en la que el dentista debe ser particularmente consciente al tratar a niños incapacitados -- es el deseo de los padres hacer todo lo posible para el niño, en un esfuerzo para eliminar cualquier sentimiento de culpabilidad que ellos puedan tener. Puede ser un -- problema extremadamente difícil. El tratamiento ortodónico es un buen ejemplo. Este tipo de tratamiento es -- generalmente caro y puede ser incomodo para el paciente.

(1)

Si el tratamiento verdaderamente será mejor -- para el paciente, entonces debe ser considerado. Sin -- embargo, si es solamente otro intento por la familia para liberarse de sus sentimientos de culpabilidad, entonces estos sentimientos deben ser explorados con la familia para asegurar que todo mundo es conciente de lo que ha de hacerse, de lo que está haciéndose y de que todo -- el tratamiento ha de orientarse en interés del paciente.

Por otra parte, uno debe considerar el mejoramiento psicológico de una corrección puramente estética, en un paciente que tiene pocos estímulos. (6)

PRINCIPALES PROBLEMAS DENTALES.

La caries es un problema común en muchos pacientes incapacitados generalmente, ocurren como resultado de la diera del niño y la falta de cuidados caseros. Dieta y cuidados caseros son los cuidados más importantes. Por lo tanto, se debe enfatizar su prevención cuando la familia se dé cuenta de lo difícil y lo caro que resulta restaurar dientes descuidados. Ellos cooperarán con tus programas dentales preventivos. La aplicación de un régimen completo de fluoruro es obligatorio para estos pacientes.

Para pacientes con control de su musculatura -- oral, un régimen de enjuagatorios de fluoruro es un coadyuvante efectivo a las aplicaciones tópicas periódicas -- de flúor, así como el uso de pastas de dientes fluoradas si el agua de bebida no es fluorada, deben ser recetadas -- dosis de fluoruro oral.

Muchos pacientes incapacitados tienen una pobre higiene oral y toman múltiples drogas, el paciente esta -- tomando dilantina-sódica como medicación para controlar -- la epilepsia debe prevenirse a la familia sobre la posi-- ble aparición de hipertrofia del tejido gingival. El uso de un cepillo de dientes automático puede ayudar a retra--

sar esta hipertrofia del tejido.

Si la hiperplasia por dilantina se convierte -- en un problema severo, pregunte al médico si existe alguna droga alternativa a su alcance. La mayoría de los -- pacientes incapacitados tienen un mal equilibrio o no tienen equilibrio cuando caminan y frecuentemente se caen y se fracturán los dientes anteriores. Estos dientes pueden ser restaurados en el modo habitual,

El tratamiento ortodóntico es una consideración viable para muchos pacientes incapacitados. Una de las -- consideraciones más importantes debe ser la habilidad del niño para cooperar. Sin una adecuada cooperación cualquier intento de una terapéutica resultará en frustración y fallo. Una corrección estética de un diente anterior -- rotado por ejemplo, puede ser un acontecimiento verdadero en pacientes que han tenido pocos acontecimientos en su -- vida todas estas necesidades deben considerarse al planificar el tratamiento.

Los requerimientos de cuidados caseros para un paciente ortodóntico que está incapacitado, deben ser tan exigentes como para los del individuo no incapacitado, el control de placa es una necesidad,

No solamente el paciente debe ser capaz de cooperar y llevar aparatología extra-oral y elásticos intra-orales, si no que el paciente debe ser capaz de mantener satisfactoriamente su boca limpia o bien, la caries resultante del acumulo de placa se convertirá en un problema más serio que la mal oclusión. (6)

HIGIENE ORAL Y CONTROL DE PLACA.

Como en el cuidado de cualquier niño, el cuidado casero adecuado es una necesidad para los incapacitados. Las enseñanzas de cuidado casero son las mismas para los pacientes especiales que para los pacientes no incapacitados la estabilización de la cabeza es de fundamental importancia puede que sea necesario un adulto necesario para ayudar a la estabilización cuando se está cepillando o utilizando la seda dental, los abre bocas pueden ser necesarios para mantener la boca abierta y permitir limpiar todas las superficies dentarias. (6)

PATRONES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CLINICA DENTAL.

La clave del éxito en el manejo del niño que se presenta con comportamiento alterado es asegurar el diagnóstico de este comportamiento; Una vez reconocido el --

dentista puede utilizar un manejo apropiado para controlarlo. (17) Wrigth ha clasificado el comportamiento en tres categorías que tienen gran aplicación clínica.

Cooperación:

La gran mayoría de los niños vistos en la clínica dental pueden ser clasificados como " cooperadores ". El niño se entretiene en una conversación con el dentista entendiendo los procedimientos y siguiendo las direcciones cortésmente. Una cooperación del niño será definida dependiendo de lo bien que esté preparado para los procedimientos dentales que van a seguir. Incluso el mejor comportamiento del niño puede llegar a ser un problema serio de manejo si los acontecimientos de la cita dental no se le explican en un lenguaje que él pueda comprender.

Falta de habilidad cooperativa:

Describe a ese grupo de pacientes que no son capaces de comunicarse con el dentista y comprender los procedimientos que se van a realizar. De ésta forma, los niños jóvenes y aquellos con incapacidades mentales y físicas que limitan de forma importante sus habilidades de comunicación estarían incluidos en este grupo. El manejo

de estos casos es, a menudo, mejorando la utilización de agentes farmacológicos de sedación o anestesia general.

Comportamiento potencial no cooperador:

Esta categoría incluye a la mayor parte de los niños de edad de tres años que llegan a ser un problema de manejo de la clínica dental. Se presentan con temores en relación con la experiencia dental de los objetivos -- que resultan de una experiencia previa a sujetivo debido a información recibida de los padres, amigos o compañeros. Dentro de este grupo pueden ser identificados los diferentes comportamientos seguidos. (7)

FALTA DE APRECIACION PARA EL TRATAMIENTO DENTAL.-

Frecuentemente, existe una falta de entendimiento por la familia de las necesidades de tratamiento dental. La familia ha estado emocional, física y financieramente atada con la enfermedad médica del paciente, y a -- menudo, encuentra muy difícil de entender la necesidad -- de tratamiento dental y su falta no es para ellos un asunto serio. Muchas de las enfermedades incapacitantes son obvias en el nacimiento, momento en el cual la familia --

debe comportarse con el niño.

En el momento en que la odontología clínica se hace importante (aproximadamente a los 18 años), muchas familias han gastado la mayoría de sus esfuerzos en la -- enfermedad médica y han alcanzado sus límites, tanto fi-- nancieros como emocionales. Es difícil hacer que la fami-- lia se interese seriamente en las enfermedades dentales - del niño aún cuando para mucha gente incapacitada al co-- mer llega a ser una de las mayores alegrías de su vida.

Su habilidad para comer, y por lo tanto, para - disfrutar, son muy restringidas cuando se desarrollan pro-- blemas dentales. La falta de apreciación y de conciencia de esta necesidad de tratamiento dental puede también - - depender de los sentimientos personales de los padres - - acerca de la odontología. Hay muchas familias que no han tenido buenas experiencias dentales, o que no tienen buenos sentimientos positivos acerca de la odontología, y es bastante difícil motivarlos para que busquen un tratamien-- to dental, de calidad, para sus niños incapacitados. (6)

DENTISTAS SIN EXPERIENCIAS.-

La falta de tratamiento de este tipo de pacien-- tes es un impedimento serio en su tratamiento. El dentis--

ta frecuentemente teme a estos pacientes y, consecuentemente, le es más fácil remitirlos a otro dentista que emplear el tiempo y hacer el esfuerzo necesario para tratarlos adecuadamente. Se espera que esta deficiencia sea corregida exponiendo a los estudiantes dentales al tratamiento de incapacitados y con la presentación de cursos de educación continua para suministrar la información necesaria para tratar a estos pacientes.

En una encuesta realizada en Canadá, el 42% de los dentistas dijeron que se negaban a tratar niños incapacitados. Alrededor del 42% opinaban que su plantilla no estaba adecuadamente entrenada. El 10% no se sentía cómodo tratando a estos pacientes especiales y no los enviaban a otro dentista. Es triste que, cuando las familias hacen esfuerzos para obtener servicios dentales, los dentistas, incluso no tratándolos no los remitan a alguien que les pueda suministrar una buena asistencia dental. Esta falta de asistencia es una especie de abandono moral.

(6)

TRASTORNOS.-

Los trastornos en la rutina de la clínica puede ser un problema para muchos dentistas. El tratamiento puede requerir más ayuda auxiliar y causa de esta necesi-

dad puede existir un trastorno definitivo en el desarrollo normal de una clínica. Algunos dentistas creen que la presencia de este tipo de pacientes en su sala de espera puede representar una influencia negativa en algunos de los pacientes normales que están esperando para tratamiento. (6)

EQUIPO ESPECIAL.-

El dentista, a menudo, piensa que existe una necesidad de equipo especial y caro para tratar al paciente incapacitado. Esto no es así, existen aparatos baratos que pueden comparse y que ayudarán al dentista hacer que el paciente se sienta más confortable durante el tratamiento (por ejemplo abrebocas). Es necesario que el área de trabajo sea del tamaño suficiente para permitir que los pacientes en sillas de ruedas puedan entrar y sean tratados permaneciendo sentados en su silla de ruedas, puede ser preciso espacio para otros aparatos auxiliares también. Ambas necesidades pueden obtenerse en muchas clínicas, si su instalación se reorganiza. (6)

TEMOR DE LAS FAMILIAS.-

Algunas familias tienen miedo a presentar a sus

niños incapacitados en público, este aislamiento está -- desapareciendo hoy en día debido a que cada vez más es-- tos niños hacen vida social. El cierre de muchas insti-- tuciones los ha forzado ha permanecer en casa y existe, -- por lo tanto, una mayor consciencia social de la necesi-- dad de servicios generales para los incapacitados. Los-- incapacitados son cada vez más aceptados en la sociedad.

(6)

UN PROGRAMA DE CEPILLADO DENTAL PARA NIÑOS - AUTISTAS.-

El cepillado correcto de los dientes es funda-- mental en cualquier programa de salud bucal, aunque ense-- ñar una técnica correcta requiere a menudo un gran es-- fuerzo, este puede iniciarse exitosamente con niños muy-- pequeños, para comenzar, el niño debe cooperar en alguna medida, lo que requiere cierto grado de coordinación mo-- tora la maestra puede tener que establecer control de -- estímulo modelando el lapso de atención y de control vi-- sual. La elección de ubicación es importante, el ambien-- te debe ser neutro] " No tener asociaciones negativas -- para el niño " y relativamente libre de distracciones -- es necesario un cepillo para dientes de tamaño apropiado y de un color que al niño le guste. Una vez que se en--

cuentra en reforzador eficaz, habitualmente un comestible como nueces, papas fritas, o pan, el programa puede comenzar. (1)

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 este no suele ser el caso. La maestra 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 cepillado de dientes adecuado puede ser posible solamente una vez al día. Las sesiones de entrenamiento iniciales suelen ser adecuadamente breves para no frustrar al niño impidiendo así que la rutina del cepillado adquiera asociaciones negativas. (1)

Al niño hay que darle tiempo para que se familiarize con el cepillo 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 que

este modelo básico parezca exitoso, puede comenzar el aceleramiento al cepillo dentario de rutina.

Si es posible, el programa debe ser completo -- por la misma persona. Podría comenzar apoyando 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 lavando lentamente a cepillarse todos los dientes de una manera fija, ordenada, que insista en la línea de la encía (el metodo 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 rápidamente. Cuando todas las superficies han sido repasadas, el niño debe ser estimulado para que lo haga solo, mientras la maestra dice " Fulano, ¡ cepilla tus dientes." Al principio, la maestra tendrá que maniobrar algo. El cepillado independiente puede ser reforzado y elogiado. (1)

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. (1)

- EN EL MEDIO HOSPITALARIO. -

Consideraciones hospitalarias:

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 pueden ser útiles. Una vez en el hospital, es importante mantener al niño ocupado y una terapeuta lúdica amistosa, experimentada en niños impedidos, puede ser valiosa. Es necesario que el niño tenga contacto con la familia.

Permitir a la madre o al padre quedarse con el-

niño mejorará la comunicación y facilitará el manejo de la situación.

Sí es posible, el contacto con el niño debe quedar limitado a unos pocos miembros seleccionados del personal. Esto permite el desarrollo de un mayor " rapport " 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, regularización de la dieta y promoción de una buena higiene bucal, sobre una base de pacientes ambulatorios. (1)

CASUÍSTICA.

Aclaración de que se trata de un caso de Autismo leve y -
debido a lo difícil de este tipo de casos.

NOMBRE: P.M.P.M.

EDAD: 7 años

SEXO: Femenino

GRADO ESCOLAR: Pre-primaria

NIVEL SOCIOECONOMICO: Medio alto

LUGAR DE ORIGEN: México, D.F.

ANTECEDENTES MEDICOS: Ha padecido amigdalitis crónica y -
problemas de vías respiratorias.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sus padres se encuentran separa-
dos, y es la menor de una familia -
de 7 hijos, llevando una diferencia
de 13 años con su hermana inmediata
que es la que se encarga básicamen-
te de su atención médica y dental.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS: Es totalmente inexpresiva y -
no pronuncia absolutamente ninguna
palabra en presencia de alguna per-
sona extraña a su hermana que la --
atiende. Asiste al kinder, pero --
nunca participa activamente ni ha--
bla con nadie. Su coeficiente inte

lectual aparentemente es normal --
 pués hay detalles en su comporta-
 miento que así lo demuestran. Ha
 recibido atención profesional --
 por parte de psicólogos, pero --
 nunca ha recibido tratamiento, -
 médico especializado ni se le --
 han administrado medicamentos --
 psicotrópicos. Según lo expresa-
 do por su hermana, los psicólogo-
 nos, dan como etiología, que la-
 paciente no fué deseada para su
 nacimiento y que directamente in-
 fluyó en la separación de sus pa-
 dres.

ANTECEDENTES DENTALES: Se presentó con caries de distin-
 to grado en el total de sus mola-
 res tanto temporales como perma-
 nentes de los cuales el 2° molar
 inferior izquierdo presentaba do-
 lor a la masticación y a la in-
 gestión de alimentos muy frios y
 calientes.

TRATAMIENTO DENTAL: Durante las 2 primeras sesiones-
 se le pasarón programas audiovi-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

suales para que se pusiera al tan
to del tratamiento a realizarse -
que consistía en obturaciones con
vencionales y nulpotomfa y corona
de acero en la 2da. molar infe-
rior izquierda.

Tercera cita: Se realizó el cuadrante inferior izquier-
do.

Cuarta cita: Cuadrante inferior derecho.

Quinta cita: Cuadrante superior derecho.

Sexta cita: Cuadrante superior izquierdo.

OBSERVACIONES: Todo el tratamiento se realizó sin ningún
contratiempo, pero durante las 6 sesiones
la paciente; se presentó totalmente inex-
presiva v sin pronunciar ninguna palabra-
no hubo respuesta alguna, ni molestia, ni
dolor, ni tuvo ninguna manifestación de -
alegría, pero coopero totalmente.

COMENTARIOS: Durante todo el tratamiento se manejó a -
la paciente en el máximo de dulzura posi-
ble, hablándole y explicándole paso a pa-

so en lo que consistía su tratamiento que una vez terminado se le sugirió a su hermana la llevaría con un Psiquiátra.

C O N C L U S I O N E S .

CONCLUSIONES.

Como se deja ver en este trabajo, la buena comunicación con el niño y los padres es el paso más importante en el desarrollo de actitudes positivas en el niño en relación con el odontólogo. Una vez que se tenga -- el diagnóstico del comportamiento alterado de el paciente, el odontólogo puede seleccionar las técnicas de manejo apropiadas.

Nuestro trabajo nos muestra las características más importantes que todo odontólogo debe conocer respecto a los niños con Síndrome Autista; y nos señala las consideraciones que debemos de tomar en los medios en los que se nos presentan los niños con este síndrome.

Quedando así de manifiesto que todo odontólogo que tenga voluntad y deseo podrá estar capacitado para -- tratar a los pacientes autistas, y en caso de que no sea -- así podrá derivarlos a la persona indicada, cumpliendo -- así los principios éticos y profesionales.

Estamos conscientes que el tratamiento dental -- a estos pacientes muchas veces requiere de la atención --

de el especialista en la materia. Por eso el odontólogo con la debida información, investigación y dedicación podrá hacer labor de brindar salud y hacer frente a los problemas de estos integrantes de la sociedad.

B I B L I O G R A F I A .

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ROBINSON, MERL D., MILLIUS, ANNETTE C.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición., Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979
P.P. 106-123
- 2.- DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 445-450
- 3.- LAUNAY, CLEMENT., MAISONNY, A. BOREL.
Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el --
niño.
2da. Edición., Barcelona (España).
Editorial Masson., 1979
P.P. 169-287
- 4.- AZCOAGA, J.E., BELLO, J.A., DERMAN, B ., FRUTOS, W.M.
Los retardos del lenguaje en el niño.
1ra. Edición., Barcelona - Buenos Aires.
Editorial Paidós., 1970
P.P. 134
- 5.- NOWAK, ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición., Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979
P.P. 106-123

- 6.- ROSENBAUM, CHARLES H.
Tratamiento de pacientes incapacitados en la práctica
privada.
1ra. Edición., Madrid (España)
Editorial Interamericana., 1981
P.P. 93-104
- 7.- MCTIGUE, DENNIS J.
Manejo del comportamiento del niño impedido.
1ra. Edición., Madrid. 1984
Editorial Interamericana.,
P.P. 79-91

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 8.- KANNER DE: NOWAK, ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1979
P.P. 106, 109, 112
- 9.- KRAEPELIN DE: DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN M.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 445

- 10.- BLEULER DE: DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN M.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 445

- 11.- RIMLAND DE: DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN M.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 448

- 12.- HUTT DE: DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN M.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 148

- 13.- OUNSTED DE: DAVISON, GERALD G., NEALE, JOHN M.
Psicología de la conducta anormal.
1ra. Edición., México, D.F.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 448

- 14.- CAMPBELL FISH DE: NOWAK, ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición., Buenos Aires, Argentina.
Editorial Limusa., 1980
P.P. 111

- 15.- DEMEYER DE: NOWAK, ARTHUR J.
Odontología para el paciente impedido.
1ra. Edición., Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi., 1980
P.P. 112
- 16.- WRIGHT DE: McTIGUE, DENNIS J.
Manejo del comportamiento del niño impedido.
1ra. Edición., Madrid.
Editorial Interamericana., 1984
P.P. 81