

165  
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**IMPORTANCIA DEL MANEJO  
Y PREVENCIÓN DENTAL  
DEL NIÑO AUTISTA**

**T E S I N A**

Que para obtener el título de  
Cirujano Dentista  
presenta:

**CRISTINA HERNÁNDEZ CORONA**

Vo. Po. *[Firma]*  
Asesor:

**C.D. ÁNGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL VALLE**



**MÉXICO, D.F.**

**JUNIO, 1998.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

262316



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICO ESTA TESINA:

A Dios:

Doy gracias por haberme dado la oportunidad de vivir, y aunque es poca la vida que he recorrido, se que es lo bueno y lo malo lo cual me será necesario para vivir más y enterarme de las cosas que son mejores, no solo para mi sino para la gente más cercana y la que requiera de mis servicios como profesional.

Gracias Dios, por haberme dado la oportunidad de vivir, y desarrollarme para culminar una de mis metas.

Te doy gracias por la familia que me has brindado siendo el tesoro más grande que puede ambicionar el ser humano.

Te pido así que me des agudeza para entender, capacidad para retener, método y facultad para aprender, acierto al empezar, dirección al progresar y perfección al acabar.

Para ayudar de una manera más eficiente a la gente que requiera de mi como persona y profesional

**A mis padres:**

**Ernesto y Guadalupe**

Por haberme dado la oportunidad de vivir, desarrollarme y crecer dentro de una familia; y sobre todo por su amor incondicional. Su gran apoyo, sacrificio y esfuerzo, me dieron la fuerza para culminar una de mis metas.

**Gracias por siempre**

**A mis hermanos:**

**Héctor, Octavio y Milton Carlos**

Por su amor, apoyo y confianza que han puesto en mí; así como su gran amistad sin fronteras.

**A mis abuelitos maternos:**

**Tranquilino y Calixta**

Por haberme brindado uno de los más grandes y hermosos pilares que forman mi familia, mi madre, y sobre todo por su amor y confianza.

**Gracias**

**A mis tíos paternos:**

**Georgina, Roberto, Victoria,  
Martín, Raúl, Efraín, Elena,  
Adrián, Noé †, Alejandra,  
Gustavo, Víctor, Fabiola y Abigail.**

**Por los gratos momentos que hemos  
compartido, así como su cariño y  
comprensión.**

**A mis abuelitos paternos:**

**Juan y Guadalupe**

**Le dieron la oportunidad de vivir al  
ser más maravilloso y del cual me  
siento muy orgullosa de poder  
llamarle Padre.**

**Gracias por su amor y apoyo**

**A mis tíos maternos:**

**Josefina, Fermin, Floriberto,  
Jorge, Gerardo, Alejandro.**

**Han sido un gran apoyo y estímulo  
para seguir adelante.**

**A mis tías:**

**Maria de la Gracia y Lucina**

**Por su confianza y apoyo  
incondicional tanto moral como  
físicamente. Gracias.**

**A Alfredo:**

Su apoyo y amor me han dado la fuerza para no decaer en los momentos difíciles; logrando así culminar una de mis metas principales.

**Gracias por siempre.**

**A mi asesora:**

**C.D. Ángeles Leticia Mondragón**

Por su apoyo y ayuda para realizar con éxito la culminación de mi tesina. Así como sus conocimientos brindados durante la Clínica de Odontopediatria.

**A mis amigas:**

**Mariana, Gina, Bertha, Verónica Cervantes, Verónica Menchaca, Auria, Irani, Elida, Lucia.**

Por su amistad y cariño desinteresado, y sabiendo que responderá cuando sea necesario con afecto, comprensión y sacrificio. Amistad que sabré compensar.

**A La Universidad Nacional  
Autónoma de México y Facultad  
de Odontología.**

**Por abrirme las puertas de sus  
instalaciones para crecer y  
desarrollarme como profesional**

**Al C.D. Víctor Manuel Barajas  
Vargas**

**Al C.D. José Trinidad Jiménez  
Vázquez.**

**Por la amistad, consejos y  
conocimientos que me brindaron  
durante mi estancia en la Clínica  
Periférica de Milpa Alta.**

# ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES DE AUTISMO	1
CAPÍTULO I	
DEFINICIÓN DE AUTISMO	5
1.1 EPIDEMIOLOGÍA	5
1.2 ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA	7
1.3 SÍNTOMAS	11
1.4 PRONÓSTICO	13
1.5 DIAGNÓSTICO	14
1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14

<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>DESCRIPCIÓN CLÍNICA</b>	<b>20</b>
<b>2.1 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS</b>	<b>20</b>
<b>2.2 CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES</b>	<b>22</b>
<b>2.3 FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO III</b>	
<b>ALTERACIONES SOCIALES</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA</b>	
<b>EL MANEJO DEL NIÑO AUTISTA</b>	<b>41</b>
<b>4.1 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL</b>	<b>42</b>
<b>4.2 CENTROS ASISTENCIALES</b>	<b>45</b>
<b>4.3 IMPORTANCIA DE LOS PADRES</b>	
<b>EN EL CUIDADO DEL NIÑO</b>	<b>47</b>

<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>MANEJO Y PREVENCIÓN DENTAL</b>	<b>51</b>
<b>5.1 DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL</b>	<b>52</b>
<b>5.2 PREVENCIÓN DENTAL</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>FUENTES CONSULTADAS</b>	<b>59</b>

**“No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente, o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis “normales”. Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es más lo que compartimos que lo que nos separa”.<sup>1</sup>**

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

El término "autista" fue introducido por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1919. No fue hasta 1943, cuando Leo Kanner dio una descripción de las características que presentaban estos niños, dentro de las cuales había una perturbación en la relación social, en el lenguaje y una necesidad por la repetición y la uniformidad.

En un tiempo se creyó que esta deficiencia era causa de problemas hereditarios llegando a culpar a los padres de estos niños. Sin embargo, en estudios recientes se ha ido descartando este tipo de teorías, logrando establecer una etiología más aceptable, aunque no se ha establecido exactamente cual es la causa principal.

Así mismo, se debe de realizar un adecuado diagnostico con el fin de evitar un tratamiento inadecuado que perjudique tanto física como mentalmente al niño autista.

El cuidado y control del niño autista se hace en base de diferentes técnicas, métodos y programas especiales que fomentan el desenvolvimiento del niño dentro de su entorno social, así como intentar la independencia del mismo.

Con todo esto se puede obtener una ayuda tanto para el cirujano dentista como a los padres de niños autistas, fomentando la prevención y manejo de la conducta dentro y fuera del consultorio. Llegando a crear un interés no sólo hacia el cuidado dental sino el cómo mejorar el trato del niño llegándolo a ver como una persona más que requiere de nuestros servicios con un igual o mejor trato.

## ANTECEDENTES DE AUTISMO

“El término “autista”, proviene de la raíz griega autos que significa “así mismo”. Este término fue introducido, por primera vez, por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1919. Él suponía que era un trastorno básico de la esquizofrenia en adultos, que consistía en la limitación de las relaciones interpersonales que excluía todo lo que sea el propio “yo” de la persona, es decir, era una retirada del mundo social para sumergirse en sí mismo”.<sup>1</sup>

“Fue hasta 1943 cuando Leo Kanner, psiquiatra infantil de la Universidad John Hopkins, dio a conocer un artículo sobre el autismo llamado “Autistic Disturbances of Affective Contact” (Perturbaciones autísticas del contacto afectivo)”.<sup>2</sup>

En este artículo hace descripciones vívidas de 11 niños que había observado durante ocho años, los cuales mostraban rasgos patognomónicos en alteraciones de contacto socioafectivo desde el comienzo de su vida, mostrando una “extrema soledad autista”, una ausencia de postura anticipatoria, desviación o retraso en el lenguaje con ecolalia e inversión de pronombre (utilizando tú en vez de yo), una excelente memoria, actividades espontáneas, estereotipos, manierismo y un deseo obsesivo y ansioso de mantener la identidad y mostrando temor al cambio así como preferencia por imágenes u objetos inanimados.

Con todo esto concluye que existen tres características importantes sobre el autismo, que son:

- a) “Extrema soledad autista”, donde el niño se desatiende, ignora y excluye todo lo que viene de fuera.
- b) “Deseo de invariancia”, aquí todos los sonidos y movimientos del niño son monótonamente repetitivos así como sus emisiones verbales por lo que existe una limitación en la diversidad de sus actividades espontáneas.
- c) “Islotes de Capacidad”, los niños hablantes tienen un sorprendente vocabulario y una memoria mecánica de poemas y nombres así como el recuerdo de patrones y secuencias complejas.

Kanner decía que “estos niños han venido al mundo con una incapacidad innata para formar los lazos normales de origen biológico, de contacto afectivo con las personas, del mismo modo que otros niños vienen al mundo con otras deficiencias innatas físicas e intelectuales ”.<sup>3</sup>

Éste concluyó, su artículo, declarando que el síndrome tenía una base biológica (perturbaciones innatas del contacto afectivo). Así mismo declaró que “en todo el grupo hay pocos padres y madres realmente afectivos. En su mayor parte están preocupados con abstracciones de naturaleza científica, literaria o artística y limitados en cuanto a un genuino interés por las personas. Aún algunos de los matrimonios más felices son asuntos bastantes fríos y formales”.<sup>4</sup> Esta teoría que “culpa a los padres de causar el autismo” se estableció hasta mediados de los años 70 cuando las nuevas investigaciones demostraron que lo que suponía Kanner sobre el origen biológico del autismo era correcto. Actualmente esta teoría es desechada.

Otro de los pioneros en publicar descripciones de este trastorno fue Hans Asperger en 1944 en un artículo escrito en Alemán durante la segunda guerra mundial, por lo fue en gran parte ignorado. En este artículo definía “al autismo o “psicopatía autista” como un “trastorno de contacto” en algún plano de los afectos y los instintos”<sup>5</sup>.

Incluía casos que mostraban serias lesiones orgánicas junto con otros que bordeaban la normalidad. Por lo que término “Síndrome de Asperje” tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. Así mismo observó que estos niños, al igual que los autistas, no establecían contacto ocular; los gestos y expresiones faciales eran pobres y solían tener movimientos estereotipados; estos niños seguían sus impulsos con independencia de las exigencias del medio no estaban preparados para aprender de profesores no de otros adultos y tenían una excelente capacidad para el pensamiento lógico abstracto(existen las creaciones de palabras).

Como podemos observar ambos autores presentaron especial atención en los movimientos estereotipados y en esos patrones desconcertantes de logros intelectuales.

El autismo fue considerado por mucho tiempo como una psicosis o esquizofrenia infantil así mismo Kanner sospechaba que el síndrome era más frecuente de lo que parecía y que al menos algunos de estos niños habían sido considerados como retrasados mentales. Sin embargo, la nomenclatura, que surgió para el diagnóstico del autismo, aumentó la confusión, ya que “en 1952 el DMS-1 de las reacciones psicóticas infantiles que manifestaban los niños autistas fueron clasificados con el título de “reacción esquizofrénica, de tipo

infantil". En 1968 en el DSM-11 se clasificó anteriormente al autismo como "esquizofrenia, de tipo infantil". Existen otras clasificaciones o sistemas diagnósticos como la novena revisión de la Internacional Classification of Diseases que considera al autismo infantil como una psicosis específica de la niñez y la definición del síndrome autismo de la National Society for Autistic Children".<sup>6</sup>

"A comienzos de los años 60, en Inglaterra, el Partido del Trabajo estableció nueve puntos que eran los criterios que consideraban característicos de la psicosis infantil y que denominó "síndrome esquizofrénico infantil". Los nueve puntos eran similares a las descripciones por Kanner en los niños autistas, por lo que muchos pacientes autistas entraban dentro de estas consideraciones".<sup>7</sup>

"Rimbland en 1964, diseñó un cuestionario para el diagnóstico, del autismo, que podrían ser interpretadas por los padres con el fin de diferenciar entre los niños autistas y otras alteraciones (esquizofrenia)".<sup>8</sup>

Actualmente se han realizado innumerables pruebas en el DSM III y el DSM IV que demuestran que la esquizofrenia y el autismo infantil son dos entidades completamente separadas.

# CAPÍTULO I

## DEFINICIÓN DE AUTISMO

# CAPÍTULO I

## DEFINICIÓN DE AUTISMO

Es una discapacidad severa de la comunicación y conducta que de modo típico aparece durante los tres primeros años de vida. Caracterizado por una "extrema soledad"; distorsiones o retraso en el desarrollo de la conducta motora, presenta lenguaje perturbado, contacto visual pobre, puede haber sensibilidad a la temperatura, el dolor y a los sonidos, suele presentar movimientos monótonos y repetitivos así como complicaciones motoras que pueden dificultar la masticación y deglución de los alimentos.

### 1.1. EPIDEMIOLOGÍA

#### a) Prevalencia

"Wing y colaboradores publicaron que la prevalencia de autismo infantil en una población general de la Gran Bretaña era de 2.1 por 10,000 en niños entre 8 y 10 años de edad, otros 24 por 10,000 tienen un síndrome similar".<sup>9</sup>

"Treffler en los Estados Unidos encontró una prevalencia de 25% por 10,000 de autismo clásico infantil".<sup>10</sup>

"En estudios realizados en Africa, Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca, sobre la prevalencia de autismo infantil fue de 2-4 de cada 10,000 niños menores de 12 a 15 años. Empieza antes de los 30 meses de edad, pero para los padres es difícil de apreciarlo".<sup>11</sup>

“En la estadística más citada el autismo ocurre en el 4.5 de los 10,000 de los niños que nacen vivió; en estudios realizados en Estados Unidos e Inglaterra, se calcula que los niños que demuestran conducta parecida al autismo, se sitúan entre 15 y 20 casos por 10,000”.<sup>12</sup>

Lo que podemos observar que la prevalencia del autismo varía considerablemente dependiendo del país, por ejemplo del 2 por 10,000 en Alemania hasta del 16 por 10,000 en Japón.

Las discrepancias en el índice de prevalencia se pueden deber a distintos criterios diagnósticos, factores genéticos y/o influencias ambientales.

b) Distribución por Sexo

Es de tres a cuatro veces más probable que el autismo afecte a los hombres que a las mujeres.

c). Clase Social

Muchos estudios indicaban una representación considerable en las clases sociales altas, pero en los últimos veinte años se han hallado una proporción de casos cada vez mayor entre las clases sociales más bajas. Esto puede deberse al creciente conocimiento del síndrome y la mayor disponibilidad de trabajadores de salud mental infantil para estas clases sociales.

## 1.2 ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA

El autismo es síndrome conductual y etiológicamente se considera heterogéneo.

Hay teorías en las cuales se observan causas psicodinámicas y orgánicas que tratan de describir las alteraciones en el autismo. En la actualidad hay innumerables pruebas que consideran que algunas anomalías biológicas están presentes en el autismo en este caso que consideran como un trastorno multi causado pero de fundamentación orgánica.

### a) Teoría Psicodinámica

En estas teorías se culpan a las madres que fuerzan a sus hijos a retraerse en el autismo. Bettelheim es uno de los principales defensores de esa teoría. Otros autores se enfocan en la relación con la “rabia y rechazo paternos” y el reforzamiento paterno del desarrollo en los síntomas; sin embargo esto no tiene un fundamento científico.

En estudios recientes se ha comparado a los padres de niños autistas con los padres de niños normales no encontrándose diferencias o déficit significativos en la capacidad de crianza del niño. Llegando a la conclusión de que la causa psicodinámica no es un componente decisivo en la etiología del autismo infantil ya que todos los niños están influidos por la psicodinámica y las interacciones con los cuidadores y el ambiente tiene un efecto nocivo o beneficioso en los niños con autismo.

Debido a la gran publicación de esta teoría se ha ocasionado en los padres un sentimiento de culpa debido al rechazo de la sociedad, suele haber síntomas depresivos en los padres sobre todo cuando el niño es pequeño lo que

llega a provocar el aislamiento social de las familias y los efectos de estrés suelen ser reactivos al niño autista, por lo que es indispensable el disipar la culpa de los padres durante la terapia del niño.

La privación psicosocial grave, el aislamiento y el insuficiente contacto humano puede producir condiciones graves como marasmo y muerte; sin embargo, no se tiene confirmado si este factor es un agente causal del autismo infantil.

#### b) Anomalías Orgánico-neurológico-metabólicas

La lesión pre, peri o posnatal del Sistema Nervioso Central, puede dar lugar a una gran variedad de anomalías en función de la gravedad y momento de la agresión por ejemplo en un parto distósico, puede causar complicaciones reproductivas a niños autistas.

Así mismo existen pruebas que un virus puede causar el autismo ya que existe un gran riesgo de tener un hijo autista después de haber contraído rubéola durante el primer trimestre del embarazo pudiendo ocasionarle lipoidosis cerebrales, esclerosis tuberosa y atrofia cerebral.

Teóricamente se dice que los virus asociados con las vacunas de rubéola, componentes pertusis de la inyección de la DPT, el virus del herpes y citomegalovirus, pueden llegar a causar el autismo. No hay pruebas específicas pero se cree que las toxinas y la contaminación ambiental también puede ser un agente causal del autismo.

### c) Anomalías Bioquímicas

En diversos estudios se coincide que los niveles de serotonina en sangre periférica son mayores en niños autistas y se relaciona con su baja de inteligencia también hay una disminución del ácido 5-hidroxiindolacético el principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo.

Así mismo se encontraron 5-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina (bufotenina) en la orina de los niños autistas y su familia no ocurriendo así en los niños de control lo que puede significar que existan influencias genéticas.

### d) Lesiones Neurológicas.

En la teoría de sistema dopaminérgico se cree que se daña una pequeña parte del cerebro, esta teoría se centra en los síntomas neurológicos que parecen estar relacionados con el autismo como su forma de andar, su pobre control de voz, sus rostros inofensivos, el movimiento de aleteo con las manos, falta de espontaneidad y deficiencia social.

Se ha encontrado que hay un síndrome neurológicamente relacionado con el autismo llamado síndrome de Kluver-Bucy y resulta de una lesión subcortical, de la amígdala y el neocórtex temporal que la rodea, en ellos también se presenta falta de espontaneidad y excesos inapropiados de ira sin embargo no se sabe hasta que punto puede estar relacionado con el autismo. Se ha observado que el defecto en el desarrollo el sistema dopaminérgico del cerebro podría deberse a que las neuronas no se reducen en número, por lo que hay un aumento en el número de neuronas dopaminérgicas provocando una sistema hiperactivo por lo que ocasiona conductas estereotipadas y desinterés a las personas que los rodean.

e) Estudios Genéticos:

Existe alguna indicación de que exista una influencia genética en el autismo, ya que puede haber una mayor probabilidad que dos gemelos monocigóticos tengan autismo que dos gemelos dicigóticos.

Los informes y estudios clínicos sugieren que los miembros de las familias donde este presente el autismo pueda tener problemas de depresión, problemas cognitivos y dislexia (Problemas de lenguaje).

f) Sexo

Hay algún indicio de que las mujeres pueden estar alteradas con un coeficiente intelectual inferior y lesión cerebral; en relación 3:1 con respecto a los hombres, presentando un autismo profundo, y con mayor proporción de familiares que sufren autismo o déficit cognitivos así como problemas de lenguaje que en los varones.

g) Complicaciones

Puede ser el desarrollo de crisis epilépticas secundarias a un trastorno somático subyacente; alrededor de un 25% o más de la población afectada presenta crisis convulsiva durante la adolescencia o la etapa inicial de la vida adulta.

En muchos niños con coeficiente intelectual por debajo del 50 padecen crisis convulsivas, lo que ocurre rara vez en los que tienen una inteligencia normal.

### 1.3 SINTOMAS

Para valorar los síntomas autistas es necesario tomar en cuenta la edad biológica y la edad mental del paciente. Se presenta desde el nacimiento lográndose detectar, en ocasiones, en los primeros meses de vida.

Primer mes:

Existen alteraciones en la succión, anorexia, vómito y rechazo del pecho o biberón. Puede haber insomnio con llanto continuo o con extrema docilidad, o bien puede permanecer estirado sin dormir durante horas. A esta edad se observa una sonrisa no sociable que ocurre con las cosas que llaman su atención sin tomar en cuenta al adulto que lo cuida.

De 1 a 3 meses:

El niño no sigue con la mirada, no hay una sonrisa social. La desviación de la mirada es importante y prematura; no hay una relación con los objetos por lo que se ya se distingue una indiferencia ante el mundo exterior, se le observa una tristeza o indiferencia en el rostro. No se comunica, ni con gestos o imitaciones, con los demás, parece incapaz de entender o responder el lenguaje.

De 3 a 6 meses:

Hay un rechazo a masticar, anorexia, vómitos, ocasionando gran dificultad para darles de comer, caprichos alimentarios e incluso “ fobias

alimentarias". No suelen extender los brazos, no se inclinan hacia los objetos a su alcance y evitan el contacto físico. Hay una predominancia exclusiva de los juegos con las manos ante sus ojos y un desinterés por los juguetes.

De 6 a 9 meses:

Se observa una ausencia a la masticación, son más visibles e importantes la evitación de la mirada o bien puede haber una visión parcial. La indiferencia al ruido es total, se comporta como un niño sordo o ciego, le gusta crearse focos de ruido en el espacio en donde se encuentre, no le da mucha importancia al juego, no vocaliza o su voz parece mal controlada. Puede comenzar a caminar de puntas o girando; o bien puede mostrar una postura poco común mientras permanece de pie, sin embargo puede con el tiempo, aprender a caminar bien.

A los 2 o 3 años, es más evidente la falta de relaciones sociales, no se da cuenta de las personas que lo rodean, suele permanecer horas jugando sólo o con cierto tipo de juguetes. Continúa el juego estereotipado y repetitivo.

Se acentúan los movimientos corporales repetitivos como el mecerse o golpearse la cabeza, puede a ver o no sensibilidad al dolor. Es difícil el control de esfínteres, en ocasiones se pueden adiestrar en edad temprana pero muestran una persistencia de evacuaciones sobre la ropa o conductas similares después de haber sido enseñados.

Comúnmente el niño no hace mímica, ni gesticula. Ante los menores cambios alrededor del niño pueden causarle angustia extrema o llega a caer en berrinches.

De los 9 a los 18 meses y en adelante:

El niño suele acercarse a un objeto de manera prudente, y después retira su mano rápidamente. Se observa más marcadas fobias precoces, estereotipos, retrasos o desajustes en la deambulación; alteraciones del lenguaje principalmente ausencia de este o alteraciones en la modulación de la voz, se observa más el apego a un objeto. El niño puede golpearse la cabeza contra los barrotes, se reduce la duración del sueño, el adormecimiento es difícil y puede tener frecuentes pesadillas. En niños más grandes se presentan conductas más violentas y ataques agresivos llegando a herir así mismos o a otras personas, sin provocación alguna.

#### 1.4 PRONÓSTICO

En el estudio realizado por Kanner sólo un pequeño porcentaje de los niños autistas se integraron a la sociedad consiguieron empleo, poseían un automóvil y la mayoría eran independientes, tenían ciertas actividades sociales pero ninguno llegó a casarse, por lo general evitaban las citas con el sexo opuesto. Sin embargo se observó que existían niños que dependían en gran medida de las instituciones.

“Rutter y colaboradores en 1967, llegaron a la conclusión de que la completa recuperación e integración social suele ser improbable. De hecho, si a la edad de 6 a 7 años no se observaba un progreso era posible que no lograra después una adecuada integración social. Sin embargo, estos estudios se realizaron cuando no existían instituciones especializadas en autismo”.<sup>13</sup>

En estudios más recientes, se encontró que antes de los 5 años se llegaba a desarrollar un lenguaje tendría un resultado favorable. De hecho la habilidad verbal, el coeficiente intelectual, la gravedad del síndrome y la escolaridad son los indicadores más importantes en el pronóstico favorable.

## 1.5 DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico del autismo es necesario tomar en cuenta la interpretación características de la conducta alterada, ausente o retrasada dependiendo de una sólida base de conocimientos clínicos y la soledad extrema que suele caracterizar al niño con autismo.

Para esto es indispensable relacionar, escuchar y observar ampliamente tanto a la familia como al niño autista y sobre esto realizar pruebas psicológicas e historias de curso del trastorno desde que ha sido diagnosticado.

## 1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para poder llevar a cabo un adecuado diagnóstico del autismo es necesario saber diferenciar las diversas enfermedades y síndromes que se encuentran relacionadas con éste. Estas incluyen:

### a) Trastorno Esquizofrénico de Inicio Infantil

El comienzo de este trastorno suele ser en la adolescencia. Los niños presentan alucinaciones, delirios persecutorios y celosos, disgregación social

importante, suele hablar incoherencias y hay un deterioro en su cuidado personal.

**b) Retraso Mental con Síntomas Conductuales**

Estos niños pueden relacionarse con adultos y otros niños de acuerdo con su edad mental, utilizan el lenguaje que tienen para comunicarse con los demás.

**c) Trastorno del Desarrollo en el Lenguaje de Tipo Receptivo**

Esta presente la comunicación no verbal (gestos, etc.); pero así mismo es difícil encontrar anomalías en su lenguaje (ecolalia y lenguaje estereotipado), presenta problemas articulares, no existe una vida social alterada y tiene gran imaginación.

**d) Sordera Congénita o Grave Alteración Auditiva**

En los niños sordos suele haber un balbuceo relativamente normal que disminuye y concluye en la segunda mitad del primer año de vida, suelen responder sólo a sonidos fuertes y en los niños autistas los ignoran. Tienen gran relación fraternal.

**e) Trastorno de la Vinculación en la Lactancia y Primera Infancia**

Las alteraciones del entorno físico y emocional pueden ocasionar que el niño parezca apático, retraído y poco sociable, puede haber un retraso en su lenguaje y habilidad motora. Mediante un buen tratamiento suelen tener una gran mejoría, lo que no pasa con el niño autista.

f) Psicosis Desintegradora (regresiva)

Suelen iniciar entre los 3 a 5 años. En el inicio de la enfermedad hay una regresión grave de inteligencia y áreas de conducta van acompañadas de estereotipias y manierismos, en algunos casos puede asociarse alguna enfermedad leve o infección vírica.

g) Síndrome Fragile X

Es una forma de retraso mental en el cual el cromosoma X está alterado. Pueden observarse retraso en el lenguaje y el habla, hiperactividad, mal contacto ocular y gesticulación propia.

h) Síndrome Landau-Kleffner

Se observa un retiro social, insistencia a la uniformidad, problemas de lenguaje. Con frecuencia se dice que estos individuos pueden tener autismo "regresivo" porque parecen ser normales hasta los 3 y 7 años de edad. Con frecuencia habla bien de pequeños pero poco a poco pierden su capacidad de hablar.

i) Síndrome de Rett

Es un trastorno degenerativo que afecta principalmente a las mujeres y se desarrolla entre los 6 y 18 meses de edad. Se caracterizan por perder el habla,

torcerse violentamente y de forma repetitiva las manos, mecerse el cuerpo y retiro social, asimismo pueden presentar un retraso mental severo.

j) Síndrome de Williams

Se caracteriza por una demora en el desarrollo y el lenguaje, sensibilidad al sonido, trastornos de atención, suelen ser muy sociables y padecen problemas cardíacos.

k) Síndrome de Asperger

Se caracteriza por el pensamiento concreto y literal, obsesión por ciertos temas, excelente memoria, es excéntrico, debilitamiento en la relación social, disminución de la comunicación verbal y no verbal, disminución en la imaginación afectando el juego, los intereses y el entendimiento con los otros. Se considera que estos niños pueden funcionar a un alto nivel, capaces de mantener un trabajo y vivir independientemente.

El síndrome de Asperger presenta cierta torpeza motora y un interés obsesivo por temas extraños, su inflexibilidad y su falta de capacidad para aceptar los cambios hace que estas personas se estresen con facilidad y sean emocionalmente vulnerables. Este síndrome se sitúa dentro de la parte más alta del autismo.

A diferencia del autismo el síndrome de Asperger, se observa una habilidad en el lenguaje (en ocasiones suele ser pedante) y raramente puede presentar un desorden con incapacidad de aprendizaje y torpeza de movimientos; ambos presentan dificultad en la comunicación de sentimientos;

el síndrome de Asperger, tiene problemas cognitivos menos severos que los niños con autismo.

El síndrome de Asperger puede no ser diagnosticado hasta los trece años de edad incluso en la edad adulta; Así mismo se ha observado que el síndrome de Asperger es 10 veces más común que el autismo infantil.

Los niños con Asperger pueden ser capaces de adquirir habilidades sociales si se les brinda un ambiente social adecuado.

Las pautas para el diagnóstico son:

- Un desarrollo social anormal
- Un uso del lenguaje inapropiado
- La presencia de rutinas y rituales.

Para poder confirmar el diagnóstico es necesario, muchas veces, preguntar a los padres o a los familiares más cercanos al niño sobre las anomalías de su comportamiento.

Un diagnóstico certero es necesario para ayudar a los padres en edad temprana y así evitar problemas difíciles de solucionar como el suministro de medicación inadecuada o bien el ingresarlo a hospitales psiquiátricos.

A la fecha no existe una diferencia clara entre el autismo y el síndrome de Asperger. En lugar de ello, Lorna Wing sugirió “ que el síndrome de Asperger está probablemente mejor considerado como “denominación rápida y provisoria” para poder describir a aquellos individuos con Autismo quienes están relativamente discapacitados en forma moderada, quienes muestran dificultades de aprendizaje no notorias, tiene relativamente habilidades

lingüísticas buenas y tienen o deberían tener un razonable chance de tomar su lugar en la sociedad si se les suministra una ayuda apropiada y educación en su edad temprana".<sup>14</sup>

# CAPÍTULO II

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

## CAPÍTULO II

### DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

#### 2.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.

a) Aspecto

La gran mayoría de estos niños autistas no están marcados y tienen un aspecto normal o mejor de lo normal, son atractivos.

b) Altura y Peso

Los niños autistas entre los dos y los siete años de edad suelen ser más bajos, inferior al metro, que la población general.

Su estatura y su peso, a la edad de seis años, suele estar dentro de lo normal.

c) Lateralidad

En la mayoría de estos niños hay una alteración en la lateralidad que podría deberse a un retraso del desarrollo. Se ha observado que siguen siendo ambidextros, a una edad en la que se debería establecer un control cerebral.

- No hay representación mental del espacio tridimensional.

#### d) Motricidad

La mayoría de los niños autistas presentan una motricidad, fina y gruesa de buena a superior; pero algunos suelen caminar con un paso peculiar; en vez de balancearse al momento de algún paso; en ocasiones llegan a seguir las paredes observando la superior, con la trayectoria. Pueden girar sobre si mismos sin causarles vértigo, no tiene conciencia de la posición de su cuerpo, no reconoce su imagen ante el espejo, puede haber un sacudimiento de sus dedos o aleteo de sus manos, es común que coloque las manos a los lados de la cabeza para estimular la visión periférica (auto-estimulación) en ocasiones presenta movimientos en la cabeza principalmente bajo tensión nerviosa.

#### e) Deterioro Sensorial.

Comúnmente los niños autistas pueden presentar un daño en los sentidos auditivo, visual, táctil, de gusto, vestibulares, olfatorios y propioceptivos los cuales pueden estar hipersensibles o hiposensible esto puede ocasionar que haya una correcta información de los sentidos.

Por ejemplo, algunas personas con autismo parecen sentir alguna satisfacción cuando se le aplica una presión intensa o bien pueden ser muy sensibles al ruido.

## 2.2. CARACTERISTICAS CONDUCTUALES.

### a) Fracaso en el desarrollo de la relación social.

Los niños autista, no es nata pero, si desarrollan la relación afectiva con sus padres, familiares y personas que los rodean, carecen de una sonrisa social y postura anticipatoria al ser sujetados por un adulto, tiene falta de contacto visual ya que en ocasiones miran a las personas como objetos las llegan a golpear o apartan de su camino o bien las utilizan como instrumentos para saltar o alcanzar un objeto deseado. Existe una ausencia de juego de compostura y relación social.

### b) Alteraciones de la comunicación y del lenguaje.

Sé ha observado que las anomalías de la comunicación verbal y la interacción social van asociadas a una alteración o falta de comunicación no verbal y juegos de fantasía.

En muchas ocasiones el habla aparece al año pero suele desaparecer a la los diez meses después, por razones desconocidas y aveces no reaparece.

Hay ausencia de todo juego social, imitaciones y uso de gestos, se ha observado que estos niños pueden expresar sus deseos tomando la mano del adulto y llevándole a donde quiere.

El habla se puede presentar con ecolalia inmediata y retrasada, perseveración de frases estereotipadas fuera de contexto, se observan dificultades de articulación, tiene un peculiar ritmo y calidad de voz, suele

haber una ausencia de la expresión verbal espontánea. Las personas con o sin ningún lenguaje son propensas a conductas obsesivas incluso a estallidos y agresiones. También puede haber en inversión del pronombre “tú” en lugar de “yo”, o bien, decir no por el sí.

No obstante puede desarrollar un lenguaje en donde existen distorsiones en el uso de pronombres, repeticiones de preguntas o en sus vocalizaciones no hay una comprensión precisa del mismo, suele hablar deprisa y su escritura es igual a la forma en que hablan.

c) Anomalías de juego.

En los primeros años del niño esta ausente o es mínimo el juego exploratorio presentando una conservación de la uniformidad. Esta ausente la fantasía y el juego creativo, en niños más retrasados o con carácter rudimentario sus juegos son estereotipados y repetitivos. En niños de un funcionamiento superior pueden desarrollar cierto juego de fantasías pero sin variedad.

En ocasiones pueden formular repetidamente preguntas estereotipadas o realizar afirmaciones sin aparente intención comunicativa.

d) Otros síntomas conductuales.

La hiperquinesia es un problema conductual común se observan agresiones y rabietas sin razón aparente o desencadenadas por algún cambio. La conducta autoagresiones incluye cabezazos, mordiscos, rascado hasta producirse lesiones abiertas, jaloneo del cabello, golpes en la cara o partes del cuerpo, también puede tener un corto margen de atención o una completa incapacidad de

centrarse en una tarea, puede padecer insomnio, esta conducta puede ser repetitiva.

### 2.3 FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL.

Cerca del 50% de los niños autistas son de retraso moderado, grave o profundo y cerca del 25% tiene un coeficiente intelectual de 70 o más.

En los niños de inferior funcionamiento se observan conductas estereotipadas, hiperquinesia, conducta autoagresiva, trastornos convulsivos; los fenómenos obsesivos son más frecuentes en niños con funcionamiento superior.

En general estos niños suelen mostrar un funcionamiento intelectual desigual, baja puntuación en el desarrollo del lenguaje y tareas verbales.

En algunos casos se aprecian capacidades cognitivas y visuomotoras inusuales o precoces, las cuales se dan en el funcionamiento general retrasado denominándose funciones “de astilla o isletas de precocidad”.

Otras capacidades precoces, en niños pequeños, incluyen una temprana capacidad de leer con notable fluidez aunque sin comprensión; facultades musicales como cantar estribillos o reconocer fragmentos musicales; una gran capacidad matemática en donde algunos pueden llegar a multiplicar cifras mentalmente en corto tiempo.

# **CAPÍTULO III**

## **ALTERACIONES SOCIALES**

## CAPÍTULO III

### ALTERACIONES SOCIALES

El proceso de socialización es el resultado de una interacción niño-entorno, en donde las intervenciones entre el niño y su grupo se canaliza en tres procesos básicos, que son:

a) **PROCESOS CONDUCTUALES DE SOCIALIZACIÓN:** que se refiere a la socialización como el Proceso de adquisición de motivos, valores, normas, conocimientos y conductas que el niño necesita para comportarse como la sociedad lo exige.

b) **PROCESOS MENTALES DE SOCIALIZACIÓN:** el desarrollo del niño está mediado por el conocimiento (inteligencia) y el afecto (emoción).

El conocimiento es un proceso de socialización en sí mismo por que al adquirir determinadas nociones sociales, el niño es capaz de situarse en la realidad, entenderse a sí mismo y relacionarse con los demás.

c) **PROCESOS AFECTIVOS DE SOCIALIZACIÓN:** Se refiere a vínculos afectivos que el niño establece con sus hermanos, compañeros, amigos y otras personas de su entorno. Esta podría ser una de las bases más sólidas del desarrollo social. En estos procesos están la empatía, el apego, la amistad, el afecto, el amor, etc.

Así, durante los primeros años de vida, el desarrollo social del niño depende de la interacción con las personas que se involucren afectivamente.

Sin embargo, podemos observar que en toda deficiencia mental el funcionamiento intelectual y las habilidades sociales están deficientes.

En el caso de los niños autistas suele ser habitual que impacta a cualquier persona que vez un niño autista sea su extraña conducta social, ya que el contacto afectivo y social es impenetrable. El tipo específico de alteración social del autista constituye el rasgo primario y caracterizador de todo su síndrome de conducta.

El autismo constituye una perturbación de carácter afectivo que da lugar a trastornos en las formas cognoscitivas de la personalidad y estas a su vez constituyen los síntomas básicos o primarios. Las alteraciones de la expresión afectiva son consecuencia de las incompetencias cognitivas. El primer modelo a estado ligado a concepciones psicodinámicas y el segundo a concepciones organicistas y conductuales del síndrome.

Así desde el punto de vista evolutivo, lo que está alterado es la base de las funciones de conocimiento y afecto; esta base es la interacción.

Alrededor de los cinco años puede ser muy evidente las alteraciones sociales las cuales se observan en:

- Falta del juego colectivo cooperativo con otros niños.
- Fracaso en el establecimiento de amistades personales.
- Falta de empatía y fracaso para percibir los sentimientos.

- Falta de respuesta a las emociones de otras personas. Esta dificultada suele dar lugar a que el niño diga o haga cosas inadecuadas.

#### a) DESARROLLO SOCIAL TEMPRANO Y AUTISMO

El bebé posee reflejos indispensables para la supervivencia, siendo capaz de comprender fenómenos de acondicionamiento clásico y operante; como la succión, esencial para la alimentación del recién nacido. Durante la alimentación, el bebé no tiene conciencia de estar interactuando con otra persona. El amamantamiento, es el primer ritmo mutuo cuyo origen no es sólo de tipo fisiológico, sino que tiene un sentido psicológico. Las conductas expresivas que se presente serán necesarias para las habilidades posteriores del niño.

#### b) PROGRAMAS DE ORGANIZACIÓN Y SINTONIZACIÓN

Los neonatos prefieren estímulos fuertemente estructurados, desde el punto de vista perceptivo, tridimensionales, móviles y relativamente complejos, dependiendo de la edad, estímulos de contornos curvilíneos, brillantes, coloreados y elementos abultados.

Los esquemas de armonización pueden consistir en respuestas de grupos musculares simultanea a los estímulos auditivos de la voz humana, protoimitación y en la compañía su propio ritmo y el ritmo del compañero social.

El niño autista no muestra preferencias por los ojos, cara, ni interés a la voz humana en edad temprana. Pero aún no existen estudios experimentales que midan el grado de esta alteración.

### c) SINCRONÍA INTERACTIVA

Este fenómeno se refiere a la relación o “armonización” encontradas en las verbalizaciones de la madre y los movimientos del bebé.

Los niños autistas se dan múltiples respuestas al sonido como un eco, demorando su respuesta si se les compara con los niños normales, dando muestras de una alteración en la sincronía interactiva, por lo cual le provoca una alteración en mundo preceptivo del niño. No a sido comprobado.

### d) IMITACIÓN NEONATAL

La imitación del niño es muy selectiva y sólo imitará aquellas formas que llamen su atención

En el niño autista, como ya hemos mencionado, la adquisición y el uso de la imitación es una de las capacidades alteradas.

### e) PERCEPCIÓN DE CONTIGENCIAS

La repetición de los esquemas expresivos – conductas del niño y respuestas del medio, diferenciadas según el medio físico o social – va a posibilitar que el niño perciba el esquema como un todo, es decir, que perciba sus propias conductas generan respuestas determinadas en el medio (relación de contingencia).

Algunos autores mencionan que, en los niños autistas, las contingencias estimulares del medio social podrían ser las causantes de sus alteraciones

interactivas. Esto todavía no es válido. Pero sin embargo con esto se podría explicar la necesidad ansiosa de que el ambiente permanezca constante.

Los juegos de repetición, que implican el mecanismo de percepción de contingencias, son el origen de la interacción intencional, ya que cuando el adulto presenta estímulos casuales y repetitivos ante las distintas repuestas del niño, está estableciendo las bases de la predictibilidad indispensables en toda comunicación.

#### f) PREDICTIBILIDAD

Cuando el niño es capaz de predecir que él ejecuta unas conductas que van seguidas de respuestas de su entorno (respuesta – conducta), esta en disposición de anticipar esas respuestas del medio.

En el caso del niño autista, el hecho de que no levante los brazos cuando va a ser cogido no es una expresión de desinterés o falta de motivación, sino el resultado de su dificultad para anticipar acontecimientos e interpretar señales.

La emisión de respuestas sociales a la percepción de contingencias es el comienzo de un esquema evolutivo que se puede describir con los conceptos de predictibilidad, anticipación o intención, lo cual parece estar alterado en el niño autista. Esta alteración se muestra en tres clases:

- La falta de respuestas anticipadoras
- La manifestación de conductas ritualistas y obsesivas, y el deseo de que el ambiente no cambie. El cambio suele darle miedo.
- Las deficiencias en el desarrollo de la acción intencional.

## g) APEGO

Existen dos procesos, entre los 4 a 8 meses, que son necesarios para el logro de la relación social primaria, son:

- 1) Concentrar respuestas efectivas positivas en uno o dos individuos.
- 2) Aparición de respuestas negativas a individuos desconocidos.

Estos dos procesos se refieren al desarrollo de la vinculación y del apego.

El apego es la tendencia a procurar la proximidad de otros miembros determinados de la especie. Esta tendencia estará formada por una serie de sistemas de conductas como llanto, risa, prensión, succión, seguimiento y contacto ocular.

En el niño autista no adquirió el apego específico a una edad normal, sino que en los mejores casos puede llegar a tener un desarrollo posterior, es decir, existe una alteración en su vinculación o apego inespecífico, mucho más primario y adaptativo.

## h) CONDUCTA INTENCIONAL

A partir de los ocho a los doce meses aparecen las conductas intencionales. La diferenciación medios – fines, la crisis del extraño y la posibilidad de coordinar esquemas de objetos con los de personas van a determinar el nacimiento de la comunicación intencional.

En el caso de los niños autistas, la ausencia de respuestas confirmatorias por parte del niño a las atribuciones de su madre (falta de refuerzo a la madre) puede provocar que la madre disminuya su conducta de atribución y renuncie, en algunos casos, a seguir los intentos de comunicación, lo que ocasiona que no ocurra una conducta intencional posterior.

Se observa, cuando no existe una verdadera comunicación intencional, el niño requiere del adulto para obtener algo que esta cerca de él.

De esto se derivan dos sistemas comunicativos: a) Protoimperativo, se observa cuando el niño se sirve del adulto para conseguir el objeto; y b) Protodeclarativo, es el uso de un objeto para conseguir un fin social. En este caso la comunicación es compartir la experiencia con otra persona y el instrumento es el objeto.

“En 1978, Curcio realizó un estudio, en cual demuestra que los niños autistas tienen déficit específicos en las áreas del funcionamiento sensoriomotor notables en el momento de desarrollar pautas de comunicación intencional: imitación gestual, noción de casualidad y medios – fines”.<sup>15</sup>

Los niños autistas no suelen servirse de los objetos para llamar la atención de las personas que los rodean, y conductas como señalar con el índice o tratar de dirigir la atención del otro por cualquier medio constituye una carencia muy habitual.

Los niños autistas no tienden a comportarse en las situaciones comunicativas - Personales del mismo modo que en las instrumentales. Esto se observa, cuando el niño toma la mano del adulto como instrumento para sus deseos y manipulaciones. Así mismo, los niños que llegan a mantener ciertos

esquemas interactivos carecen de la necesaria coordinación entre ellos (no establece contacto ocular).

#### i) LA COMUNICACIÓN AFECTIVA Y LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES

En el primer semestre de vida, el niño tiene capacidades perceptivas – motoras y afectivo – emocionales que le permitirán establecer intercambios sociales. La sonrisa y el llanto evolucionan pasando de ser una actividad refleja a constituir una respuesta social. Esta interacción, implica la creación de placer, alegría, interés, curiosidad, etc.

En el niño autista se presenta una dificultad para esta interacción. En estudios clínicos y experimentales se coinciden en que las expresiones faciales, gestos y vocalizaciones expresivas de emociones son anormales e idiosincrásicas en los niños autistas de todas las edades y coeficiente intelectual, así mismo les falta la coordinación intraindividual de la expresión y conducta afectiva, la cual es importante para la obtención de patrones de conducta entre niños adultos, especialmente si van a compartir sentimientos.

Sin embargo hay poca investigación sobre la forma en que los niños autistas comprenden, perciben y reaccionan ante las expresiones emocionales de los demás. Ricks y Wing en 1975, sugieren que "las expresiones emocionales, de los niños autistas, tienden a mostrar los extremos de la emoción de forma inapropiada para su edad y situación".<sup>16</sup>

## j) DESARROLLO SOCIAL A PARTIR DE LOS DOS AÑOS

Antes del año y medio o a los dos años, la relación entre el niño y la persona que lo cuida el apego es didáctico (niño – madre; Niño – padre). Estas interacciones didácticas se caracterizan por ser muy absorbentes (gran dedicación), asimétricas y permisivas.

Adquiere competencias motoras nuevas, mentales y lingüísticas que le permitirán una mayor autonomía y una representación de la realidad. Pero aún no ha interiorizado la moral, ni sabe ponerse en el lugar de los demás.

## k) DESARROLLO DEL SIMBOLISMO

El simbolismo es la función que permite almacenar, crear o compartir referentes abstractos sobre los objetos o experiencias presentes.

En los niños autistas hay alteraciones en las áreas que definen el mundo simbólico: lenguaje, juego simbólico, engaño, conducta cooperativa o competitiva. , Etc. Estas alteraciones sólo pueden entenderse en su origen interactivo y de las dificultades para percibir contingencias, para anticipar y predecir las conductas de los demás.

## l) EL PAPEL DEL JUEGO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

El juego es un método para la elaboración de normas sociales, para el control recíproco, para la justificación moral.

En autistas, el juego es una de las actividades más deterioradas que podemos encontrar, esto es por las dificultades de anticipación, relación con iguales y simbolismo.

Aunque, en cada niño el nivel de juego dependerá del coeficiente intelectual, capacidad simbólica y comprensión lingüística, la mayor parte de los niños autistas mantienen juegos motores (de estimulación física) y repetitivos.

#### m) INFERENCIA SOCIAL

La importancia del desarrollo de esta capacidad para ponerse en el lugar del otro para conocer o predecir sus estados de conocimiento, consiste en que nuestra vida social está continuamente llena de este tipo de inferencia social.

#### n) TEORIA DE LA MENTE

En esta teoría se le atribuye al autismo un déficit específico a la hora de realizar inferencia social.

“En 1985, Baron- Cohen, Leslie y Frith afirman haber descubierto un déficit cognitivo específico del autismo, un déficit que permitiría explicar los retrasos y alteraciones de la comunicación la comprensión del mundo social que presentan los niños autistas. Ellos proponen que estos niños carecen de la capacidad meta-representacional básica que permite atribuir a otras personas estados mentales diferentes de los propios, inferir sus intenciones, creencias, conocimientos y anticipación de su conducta; y concluyen que el déficit cognitivo que consiste en la capacidad del autista (incluso de individuos bastante inteligentes) de atribuir estados mentales de conocimientos o creencias

a otras personas es independiente de su coeficiente intelectual. El autista sería incapaz de ponerse en el papel de otro, de interpretar su estado mental y resolver la tarea".<sup>17</sup>

#### o) LA CONSTRUCCION DEL CONCEPTO DE PERSONA

Para considerar cómo los niños autistas comprenden la naturaleza de otra gente y examinar si han construido o no ese conocimiento se toma en cuenta tres factores; 1) La ambigüedad e inespecificidad del mismo concepto de persona; 2) Es posible que en la construcción de ese conocimiento que pueda realizarse por diferentes vías; 3) La gran variabilidad que encontramos entre uno niños autistas y otros.

La investigación hasta el momento nos muestra que en las relaciones personales que tienen los autistas les falta la relación corporal especialmente afectiva.

“Otros estudios, de Hobson, demuestran la incapacidad de los niños autistas en el reconocimiento de claves personales para la relación como sexo, edad, y expresión emocional”.<sup>18</sup>

La conducta esta determinada no solo por el hecho de que el niño se presente una situación de cierto modo, sino también por su capacidad de representar la relación de representación misma.

p) PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN AUTISMO INFANTIL

Las alteraciones sociales varían de un niño a otro y su evaluación es importante en el pronóstico. Factores como edad, inteligencia no verbal, nivel lingüístico, etc. influyen en los resultados de conducta social. Por lo que la mayor parte de las técnicas terapéuticas de modificación de conducta, lúdicas, logopédicas, etc., requieren una adecuación especial para esos niños.

El problema en los niños autista reside en su falta de acercamiento social y en su falta de respuesta a las iniciativas de los demás hacia ellos. La solución recae en los padres o terapeutas ya que tienen que hacer una intrusión de las actividades solitarias del niño, de manera que el niño se debe implicar con otras personas para que haga sus actividades preferidas, esto se debe realizar de manera que se haga una comunicación social agradable para el niño. Se logran obtener mejores resultados sociales de los autistas cuando las otras personas son directivas y persistentes en su juego con ellos.

q) EL ENTORNO

La enseñanza sistemática en un entorno ordenado es más eficaz que un enfoque permisivo y más libre, por que suelen aumentar las posibilidades de aprendizaje, disminuyendo el aislamiento, las estereotipias y pueden aparecer respuestas sociales.

r) PROCESOS DE APRENDIZAJE

Los procesos de aprendizaje, imitación, aprendizaje u observación, etc. Están severamente afectadas en los niños autistas. De ahí, que el terapeuta debe

de desarrollar procedimientos generales utilizando procedimientos operantes bien estructurados y buenos reforzadores.

s) **PAUTAS DE TRATAMIENTO SOCIAL**

El desarrollo social esta unido al desarrollo cognitivo o comunicativo, aunque la mayoría de las veces las valoraciones de retraso – no retraso o ajuste – desajuste se forma sobre la base de criterios socioculturales de adaptación social al medio.

En ocasiones el niño se mueve en un entorno familiar que no siempre es el idóneo para su desarrollo, por lo que es importante orientar a la familia en relación con el niño, así como el establecer programas dentro del aula para favorecer la relación en el hogar.

Es necesario conocer la información más detallada sobre las actividades del niño, los juegos que llaman su atención e intereses sociales en general, para poder determinar que tipo de motivación y enseñanza se le puede dar al niño para su mejor desarrollo.

Al momento de intervenir, en el desarrollo del niño, se deben de tener presentes tres niveles, que son:

- a) **ENTORNO:** Es importante mantener un ambiente estructurado y poco cambiante (en relación con el niño).
- b) **TERAPEUTA:** Debe tener una relación uniforme con el niño, dándole circunstancias constantes a su actuación.

- c) NIÑO (A): Se debe enseñar al niño el modo de controlar y regular el ambiente y las personas con su propia actuación.

Todo esto se desarrollara dependiendo de los niveles en que se encuentre la dificultad de interacción social del niño.

El ambiente estructurado pretende capacitar al niño para recibir contingencias del exterior y así poder anticipar los cambios que se producen a su alrededor, dotándole de una capacidad para el control y regulación del entorno, y de las personas que lo rodean.

## AREAS DE TRATAMIENTO

### t) RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONDUCTA INSTRUMENTAL

La resolución de problemas no implica que sea una capacidad puramente social sino cognitiva y a través de estas capacidades se le posibilita al niño la comprensión del mundo social.

La finalidad de capacitar al niño en la resolución de problemas, es para conducirlo a:

- a) Tomar conciencia del problema existente y analizarlo.
- b) Hacer planteamiento de posibles soluciones.
- c) Realizar la elección de la solución correcta.

d) Poder analizar las consecuencias de la solución elegida.

Esto se puede hacer provocando situaciones en las que el niño debe conseguir un fin deseado a través de una acción instrumental, de acuerdo a las capacidades del niño.

Es importante enseñar al niño a solicitar ayuda cuando tiene dificultades en la tarea (mediante lenguaje oral o signado).

a) JUEGO

Se diferencian tres tipos de juegos que son: a) juego interactivo; b) juego simbólico; y c) juego en grupo.

**JUEGO INTERACTIVO:** se enseña al niño a jugar, estableciendo juegos repetitivos en los que hay una clara secuencia de acciones dentro de las cuales se establecen turnos (el niño es parte activa del juego).

**JUEGO SIMBÓLICO:** el niño representa acciones que no ocurren en ese momento, pero que él puede vivenciar; es una conducta de simulación que se debe de enfatizar en el niño autista.

La simbolización es una capacidad cognitiva difícil de desarrollar en el niño autista, ya que está alterada, y es posible que algunos no lleguen a interiorizar el juego simbólico, sino que simplemente lo asumen como algo que tienen que realizar.

**JUEGO EN GRUPO:** suele ser difícil para el niño autista debido a que hay un mayor rechazo a sus compañeros que al terapeuta ya que de este le vienen todas las gratificaciones sociales y físicas.

A través del juego se desarrollan el contacto físico, la comunicación verbal o gestual, el asumir una misma actividad, representaciones simbólicas de la realidad, desarrollo de la anticipación, de conductas de petición para que el niño regule y controle su entorno.

El fin de este programa terapéutico es capacitar al niño para una mejor adaptación al medio social que lo rodea, principalmente a su familia.

Wing en 1988 menciona que “ No es posible hacer que una persona autista llegue a ser normal en sus interacciones sociales, puesto que la habilidad intuitiva y espontánea de comprender lo que las otras personas piensan y sienten está ausente. Sin embargo, si es posible ayudarla a aprender, al menos, algunas de las reglas de la vida social, de forma que puedan afrontar un poco mejor el mundo que el autista encuentra tan confuso”.<sup>19</sup>

# CAPÍTULO IV

## MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO AUTISTA

## CAPÍTULO IV

### MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO

La principal función de la educación especial es el enseñar al niño, mediante diversas técnicas y métodos, a superar su dificultad para aprender y lograr una adecuada relación social, por que como ya hemos mencionado, el niño suele encontrarse preocupado por su propio mundo y con frecuencia puede autoestimularse.

Una manera de poder encontrar una solución a este problema, es el tratar de erradicar la autoestimulación estereotípica eliminando la estimulación sensorial y a su vez enseñarlos diversos juegos u otras actividades que logren compensar estímulo sensorial.

Para poder obtener un adecuado resultado, es necesario enseñarle a participar en las sesiones y establecer una rutina particular tanto del tiempo como el espacio, ya que se ha observado que en la repetición cuidadosa de la rutina se logra que el niño tenga seguridad y confianza hacia el educador. Así mismo se recomienda que el lugar donde se imparten las sesiones este condicionada de tal manera que haya pocas distracciones; el educador debe estar lo más cerca del niño (cara a cara); las primeras sesiones se hacen individualmente y conforme se observen algún cambio o mejoría se puede integrar a grupos (aprendizaje paralelo).

## 4.1 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL

### a) MÉTODO MONTESSORI:

Es para poder lograr que le niño libere su potencial de autodesarrollo en un ambiente estructurado, a través de la educación motriz que incluya el cuidado de sí mismo, el desarrollo y coordinación de movimientos; educación de los sentidos, ayudándolo a diferenciar las formas, tamaños, colores, sonidos, etc., así como la educación de las aptitudes para el lenguaje. (Se puede utilizar en la educación especial, con las pertinentes modificaciones).

### b) MÉTODO LE BON DEPART:

Es un método audiovisual y motriz en el que se conjugan tanto el ritmo musical como la visualización y reproducción de la motricidad.

Por este método el niño logra desarrollar su coordinación motriz, adquiere conciencia de su imagen corporal y de su lateralidad; aprende la estructura parcial de las formas, facilitándole así la integración, la comprensión y memorización de la forma a partir del cuerpo y del movimiento; obtiene el sentido del ritmo. Logrando con todo esto que el niño mejore sus relaciones sociales y obtenga un sentido de seguridad.

### c) MÉTODO CARL ORFF:

Es un método de educación musical para los niños en edad preescolar. A sido adaptado para niños autistas, fomentando la comunicación no verbal a través de canciones, movimientos y ritmos.

El desarrollo del lenguaje se lleva acabo a través de signos, sin que ello perjudique la adquisición del habla, así como en su imagen corporal, relaciones espaciales, expresión metódica gruesa, su lateralidad, etc.

Todo esto son posibles pautas de trabajo, que habrán de estar siempre en función del nivel evolutivo de cada niño y sus necesidades.

**TÉCNICAS REEDUCATIVAS:** Se mencionaran cuatro técnicas más importantes para el desarrollo adecuado del niño autista, que son:

a) **MUSICOTERAPIA:**

Ayuda a manifestar al niño sus emociones, su “intimidad”, partiendo al mismo tiempo una toma de conciencia y modulación del mismo.

Así mismo, en el niño autista se pretende que a través de la música, de sus componentes (ritmo, la melodía y la tonalidad), puedan comunicarse con el niño, favorecer sus asociaciones, ayudándole a salir de sí mismo pudiendo afrontar su realidad y sus emociones.

La incidencia de la música estará en función de la capacidad de percepción del niño, del estado psicossomático y sus características sensoriales y afectivas.

b) **PSICOMOTRICIDAD:**

En 1978, Defontaine menciona que “La psicomotricidad es comparable a una melodía en la que se reparten armoniosamente las notas anatómicas,

neurofisiológicas, mecánicas y locomotrices. La psicomotricidad es la melodía del bienestar en la propia piel, tanto a nivel motor como psíquico".<sup>20</sup>

Es una terapia que tiende a la reestructuración de la personalidad por una reeducación de los elementos deficitarios. Su objetivo es rehabilitar los síntomas actuando sobre la tonicidad con el fin de modificar la posición del cuerpo así como el sistema relacional y de orientación.

Así mismo es considerada como elemento insustituible de una educación vivenciada, como una terapia racional que pretende una reestructuración de las relaciones entre el niño y el adulto, entre el niño y el grupo, que potenciará de igual modo, los aprendizajes.

En esta terapia se tiene en cuenta la aceptación, la escucha, el respeto y la empatía con el niño, así como la facilitación de tareas y situaciones adaptadas a los deseos del niño.

#### c) LUDOTERAPIA:

Se puede mediante el juego, establecer vínculos relacionados con el niño y remover su caótico mundo interior, posibilitando al mismo tiempo el aprendizaje de nuevos comportamientos.

Con el juego se pretende vivenciar sus emociones, sus sentimientos, sus comportamientos, su relación con los objetos y las personas.

## 4.2 CENTROS ASISTENCIALES

Estos centros han surgido por un esfuerzo de la iniciativa privada y de los mismos padres. En ellos se trata de ayudar y evaluar las habilidades del niño, sus déficit sensoriales, cognitivos, su habilidad para el lenguaje, su madurez emocional y sus problemas de conducta. Así mismo deberán de tener en cuenta sus habilidades y atributos del niño, con el fin de llevar un programa individualizado.

Algunos de los centros asistenciales que podemos mencionar son:

- Terapia para el desarrollo del centro Rutland
- Programa de intervención Regional, de Nashville
- Programa de tratamiento y Educación de los Autistas y de otros niños con impedimentos de Comunicación Relacionados, de California del Norte
- Programa del Instituto de Investigaciones sobre la Conducta
- Programa del Centro Judevine
- Programa del Desarrollo del Lenguaje
- Asociación Nuevo Horizonte, de Madrid España.

Se le recomienda a los padres es coger un programa que se adapte a las exigencias del niño, así mismo se debe de visitar el centro escogido e

informarse sobre las instalaciones y el equipo que labora en él. Para poder saber si es el centro adecuado se deben de tomar en cuenta tres características, que son:

- a) Qué haya una preocupación por el niño (como persona)
- b) Estrategias de planeación o actividades
- c) Evaluación del enfoque, esto es si el niño va progresando al ritmo esperado se debe de tener un control, vigilancia y modificación de estos programas.

Todos estos programas tienen tres objetivos generales sobre la educación del niño autista:

- Prevenir el desarrollo de impedimentos secundarios.
- Encontrar los enfoques a la educación que superen los impedimentos primarios
- Encontrar las técnicas para ayudara desarrollar las funciones incluidas en los impedimentos primarios.

De igual manera, se pretende educar a los padres sobre las diferentes técnicas y métodos que pueden utilizar en casa o recurrir alguna de las instituciones que crean que es la más adecuada para el problema del niño.

Los mismos padres de estos niños deben de participar, colaborar, desde el propio marco familiar a la educación y terapia del niño autista.

### 4.3 IMPORTANCIA DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DEL NIÑO

En la mayoría de los casos, los padres de los niños autistas, tratan de negar la realidad de tener un niño con discapacidad, pueden llegar a rechazar al niño o incluso llegan abandonarlo, sin embargo, hay muchos padres que tratan de adaptarse y ayudar al niño autista.

En el proceso de adaptación se deben observar varios factores, como son:

- La naturaleza de la discapacidad
- Las necesidades específicas del niño
- La apariencia del niño
- La situación económica de la familia
- Su religión y sus creencias
- La educación de los padres

A su vez se observan cinco etapas de adaptación, las cuales servirán para poder entender a los padres de estos niños y llegar a una conclusión sobre el tipo de tratamiento que se debe llevar a cabo para obtener un mejor resultado; estas son:

#### a) PRIMERA ETAPA ó ESTADO DE SHOCK:

En esta etapa los padres se encuentran confusos, perturbados y sorprendidos de lo que están pasando con su hijo. Frecuentemente se encuentran inaccesibles a cualquier información concerniente al problema de su hijo.

**b) SEGUNDA ETAPA ó ESTADO DE CONFUSIÓN Y NEGACIÓN:**

La mayoría de los padres se rehusan a mostrar sus sentimientos y emociones; en muchas ocasiones e muestran enojados, con fastidio, solos y afligidos. Sin embargo, en esta etapa las personas deben comenzar a vivir con la realidad de su situación.

**c) TERCERA ETAPA:**

Se hace presente la realidad. Frecuentemente se sienten culpables o llegan a culpar a su pareja de la situación por la que están pasando, suele haber una comunicación difícil entre ellos. Algunos se llegan aislar de los demás, con el fin de evitar comentarios, sugerencias o lastimas de la gente que los rodea.

**d) CUARTA ETAPA:**

Inicia la etapa de adaptación y lucha. Llega a desaparecer el estrés y la ansiedad, por lo que los padres se vuelven comprensivos y llegan a descubrir que tienen que seguir adelante. Aceptan al niño observando con mayor énfasis sus capacidades y buscan la forma de ayudarlos.

**e) QUINTA ETAPA ó ETAPA DE REORGANIZACIÓN:**

En etapa los padres luchan con su realidad, reconocen los límites y el potencial del niño, aceptan la ayuda de otras personas y enfrentan las dificultades que se presentan, ven la situación de manera positiva y buscan la manera de enfrentar la realidad en que viven.

Todo profesional debe ayudar a los padres a asimilar el choque emocional, la ira y el dolor de encontrarse así mismos como padres de un niño autista, esto es necesario para obtener una adecuada adaptación con su realidad.

“Tavormina y colaboradores en 1977, describen cuatro estilos de padres, en lo que respecta a afrontar la realidad de tener un niño impedido; estos son:

- Cuando el padre se separa emocionalmente del niño dejando todos los cuidados a la madre.
- Ambos padres suelen rechazar al niño, llegando, en ocasiones, a internarlo.
- Los padres hacen del niño el centro de atención, por lo que satisfacen todos sus deseos y actividades que le producen bienestar; por lo que en ocasiones el niño da cuenta y empieza a chantajear a sus padres haciéndolos sentir culpables.
- Ambos padres se unen para apoyar al niño, manteniendo un sentido de la propia identidad y semejanza de vida normal”.<sup>21</sup>

No obstante, se a podido observar que no hay un solo estilo que sea el mejor para todas las familias ya que en ocasiones suele haber una combinación de estos dependiendo de la situación por la que estén pasando.

Sin embargo, los padres nunca se adaptan completamente al hecho de tener un niño con discapacidad. No obstante encuentran sus prioridades y muchas de las soluciones las encuentran en si mismos, por lo que buscan los servicios que tienden a la mejora de sus hijos, así como la forma de integrarlo a la sociedad.

Enseñar a los padres la forma más adecuada de ayudar a sus hijos va a depender del grado de perturbación o retraso del niño; así como el tiempo que estén dispuestos a dedicarle.

Una vez que se empieza el tratamiento del niño es necesario que los padres observen al terapeuta que trabaja con el niño, para que poco a poco se integren a las sesiones con el fin de que aprendan a darle instrucciones claras e inducirlo a una respuesta; así como el reforzar las respuestas correctas y corregir la incorrecta, todo esto se debe de llevar a cabo dentro del hogar.

El llegar a aprender la realidad del niño impedido es un proceso difícil por lo que se debe enseñarles a mantener un equilibrio en la relación con su hijo así como en las demás etapas de desarrollo.

Por último es recomendable que los padres de estos niños, se alejen un tiempo de su hijo para obtener un descanso o reposo para dar una mejor atención sin preferencia entre ellos u otros de sus hijos.

# CAPÍTULO V

## MANEJO Y PREVENCIÓN DENTAL

## CAPÍTULO V

### MANEJO Y PREVENCIÓN DENTAL

En niños autistas o niños con alguna discapacidad ya sea física, mental o motora, es difícil llevar a cabo un cuidado dental normal debido a la falta de contacto social, su tipo de lenguaje verbal, por sus movimientos repentinos o por sus cambios de actitudes ante algún cambio dentro de su rutina diaria.

Por lo que se ha observado, el tratamiento dental en niños autistas no es frecuente ya sea porque no ha sido identificado por la poca importancia que se le da al cepillado o a la higiene oral.

Sin embargo, de la poca información que se ha podido obtener, estos niños no suelen ser muy cooperadores para el tratamiento dental por lo que es necesario, antes de entablar una relación dentista – paciente, realizar:

- Un acercamiento con el niño para acostumbrarlo a la presencia de este.
- Observar la dificultad en la posición del paciente en odontología (por ejemplo: Observar la apertura de la boca durante el tratamiento dental).
- Observar la conducta del niño dentro y fuera del consultorio
- El dentista debe tratar de entablar una intercomunicación con el paciente
- Debe de tener paciencia, así como comprender las reacciones del niño ante algún cambio.
- Se debe de tomar en cuenta el tiempo para realizar el tratamiento

Para que todo esto se pueda llevar a cabo con éxito es necesario, que el cirujano dentista entable una relación con la persona que esta al cargo del niño

(padres o tutores) de tal manera que pueda auxiliar en el manejo de la conducta del niño.

## 5.1 DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

Lo poco que se ha podido observar en el tratamiento dental del niño autista, es:

- Presentan bruxismo
- Gingivitis debido a la acumulación de placa dentobacteriana
- Problemas parodontales
- Alto índice de caries
- Lesiones en tejidos blandos (autoagresión)

Todo esto es debido a que el niño no entiende la importancia del cuidado y limpieza dental. Así mismo, los problemas motores que suelen presentar ocasionan que les sea difícil el cepillado y no tan fácilmente aceptan la presencia del cirujano dentista así como el mantener la boca abierta por mucho tiempo. Por lo que, estas complicaciones motoras pueden dificultar la masticación y la deglución, por lo que ocurre un acumulamiento de los alimentos en las encías ocasionando graves problemas parodontales.

La importancia del cirujano dentista será el tratar de tener un acercamiento con el niño antes del tratamiento dental; es necesario determinar las conductas del niño para poder lograr y planear un mejor tratamiento.

Una vez establecida la comunicación con el niño se debe de intentar hacer un diagnóstico radiográfico y observar las estructuras extraorales e intraorales, con el fin de determinar el índice de caries y de placa dentobacteriana así como la gravedad de la gingivitis y de la enfermedad parodontal.

Debido a que estos niños, en ocasiones, suelen presentar un umbral al dolor muy alto no muestran ninguna molestia dental hasta que el daño suele ser irreparable.

La técnica que se utiliza para tratar al niño autista dentro del consultorio dental es la Técnica de llamar, mostrar y hacer; esto es una vez establecida la intercomunicación con el niño, se debe de mostrar el procedimiento que se va a realizar así como el material a utilizar y establecido esto, se empieza el tratamiento.

Cuando el niño a aceptado el tratamiento es necesario aplicar reforzadores positivos (verbales) o reforzadores negativos dependiendo de la conducta y la cooperación que muestre; así mismo, se debe de evitar los cambios para no ocasionar alguna descompensación en su conducta y eliminar la sensación de aprensión concerniente al tratamiento dental.

Si el niño no llega a cooperar con el cirujano dentista se puede realizar el tratamiento por medio de sedación con diazepam o valium, ketamine o por inhalación de oxido nitroso en combinación con anestesia local. Estos métodos

se deben de emplear en pacientes pocos severos para suprimir sus movimientos involuntarios.

Así mismo, es recomendable utilizar la anestesia general en casos de que el niño presente conductas difíciles de controlar, pero si se va a emplear, es necesario que se evalúe al niño sistemáticamente, así como el informarse del tipo de medicamentos que acostumbra a tomar para su control y considerar las condiciones físicas y mentales de éste, con el fin de evitar un problema durante o después del tratamiento.

## 5.2 PREVENCIÓN DENTAL

Es necesario inducir a los padres de estos niños, la importancia en la prevención de problemas dentales; mostrándoles las técnicas de cepillado que deben de realizar a los niños después de cada alimento, así como las aplicaciones tópicas de flúor; enjuagues con clorhexidina y flúor, para el control de la gingivitis; la aplicación de selladores de fosetas y fisuras y una adecuada guía nutricional, con la examinación periódica de cada 6 meses después de completar su tratamiento.

Debido a que los niños autistas, pueden desarrollar conductas abusivas contra si, ocasionándose traumas oclusales, se recomienda el uso de protectores bucales combinada con la modificación de la conducta a través de las terapias antes mencionadas.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

El cirujano dentista debe tener bases específicas para determinar el tratamiento dental más adecuado de acuerdo a las características de comportamiento que llegue a presentar el niño autista que requiera de sus servicios.

El cirujano dentista, obtendrá una información confiable acerca de las características de estos niños así como las técnicas más utilizadas para el manejo y control de la conducta dentro del consultorio dental.

Así mismo, fomentará el tratamiento preventivo y la higiene bucal, logrando un interés en el niño para realizar su cepillado así como a los padres de estos para cuidar su higiene evitando así problemas bucales severos.

El cirujano dentista, tendrá la capacidad para aceptar el tratamiento del paciente autista dentro de la práctica diaria.

Tanto el cirujano dentista como los padres de estos niños, tendrán que intentar ponerse en el lugar del niño autista y cuestionarse el cómo quisiera ser tratado para que de algún modo se le brinde una ayuda sin llegar a menospreciarlo.

“No te angusties conmigo, por que me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más. Acéptame como soy”.<sup>22</sup>

- 
- <sup>1</sup> Frith Uta. *Autismo hacia una explicación del enigma*. Ed Alianza. Madrid, 1991. Pp: 31
- <sup>2</sup> Sullivan C. Ruth. *Definiciones, Pasado y Presente*. Autismo en Sociedad. Agosto, 1997, (9). Pp. 6
- <sup>3</sup> Frith Uta. Op. cit.. p.p. 33
- <sup>4</sup> Sullivan C. Ruth. Op. cit. Pp. 31
- <sup>5</sup> Uta Frith. Op. Cit., Pp. 31
- <sup>6</sup> Kaplan I. Harold. *Tratado de psiquiatría*. Ed Salvat. Barcelona, 1992. Pp. 1666
- <sup>7</sup> Kaplan I. Harold. Op. cit. Pp. 1666
- <sup>8</sup> Paluszny María. *Autismo. Guía y práctica para padres y profesionales*. Ed. Trillas. México, 1995. Pp. 38
- <sup>9</sup> Lawrence C. Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*. Ed. La prensa mexicana. México, 1992. Pp. 458
- <sup>10</sup> Lawrence C. Kolb. Op. cit. Pp 453
- <sup>11</sup> Kaplan I. Harold . Op. cit. Pp 1666
- <sup>12</sup> Edelson. M. Stephen. *Visión Global del Autismo*. Centro para el estudio del autismo. Pp.1
- <sup>13</sup> Kolb C. Lawrenc. Op. cit. Pp: 460
- <sup>14</sup> Digby Tantam, PhD MPH. *Síndrome de Asperger*. Hospital Walsgrave USA. Pp. 7

---

<sup>15</sup> Castellanos José Luis. *Desarrollo Social Temprano y Autismo*. Alteraciones Sociales. Centro de Recursos para la Educación Especial Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, España, 1989 (3). Pp: 11

<sup>16</sup> Castellanos José Luis. Et. Al. Op. cit. . Pp. 13

<sup>17</sup> Castellanos José Luis. Et. Al . Op cit. Pp: 16

<sup>18</sup> Castellanos José Luis. Et. Al. Op. cit. Pp: 18

<sup>19</sup> Castellanos José Luis. Et. Al. Op cit., Pp. 31

<sup>20</sup> Fotch Camarasa, Luis. *El Autismo*. Ed. Herder. Barcelona, 1990. Pp. 119

<sup>21</sup> Paluszny Maria. Op. cit. Pp: 175

<sup>22</sup> Anger Riviere. Op. Cit. Pp. 1

## **FUENTES CONSULTADAS**

## FUENTES CONSULTADAS

1. Organización mundial de la salud. Transtornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Meditor. Madrid, 1992
2. Pichot Pierre. Manual diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona , 1983
3. Villard de R. Psicosis y Autismo del Niño. Ed. Masson. Barcelona, 1986.
4. Tinbergen Niko. Niños Autistas. Nuevas Esperanzas de Curación. Ed. Alianza. Madrid, 1985
5. Dental Treatment of the Patient With. Developmental Disability.
6. Niversity of Washington, 1992.
7. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Ed. Salvat. México, 1992
8. Funakoshi Yoshiyuki. Dental Management of Handicapped Children. The Journal of Pedodontics, Spring 1980. Pp. 249 - 53
9. Lowe Oariona. Assessment of the austistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. Journal of Dentistry for Children. Enero - febrero, 1985. Pp. 29 - 34
10. Roeters Joost. Te need for general anesthesia for the dental treatment of mentally handicapped patients: a follow - up study. Journal of Dentistry for Children. September - october, 1985. Pp. 344 - 46.
11. Polyzois Gregory L. Custom mouth protectors: an aid for autistic Children. Quintessence International . Vol. 20. (10) 1989. Pp. 775 - 77.

- 
12. Seiler Connie L. Efficacy and safety of intravenous Ketamine for the severely handicapped. *Journal of Dentistry for Children*. Julio - Agosto, 1990. Pp. 263 - 66
  13. Chikte Usuf M. Evaluation of stannous fluoride and chlorhexidine sprays on plaque and gingivitis in handicapped children. *J. Clin. Periodontol* 1991; (18) Pp. 281 - 86
  14. Roseenberg Morton. Oral ketamine for deep sedation of difficult - to - manage children who are mentally handicapped: case report. *Pediatric Dentistry*: july/august, 1991 (13) Pp: 221 - 23
  15. Williams Karen . Comprender al Estudiante con Síndrome de Asperger. *Universidad de Michigan* . Vol. 10 (2) 1995. Pp. 1 - 10 Nunn j. H. Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children. *Community Dental Health*, Vol. 10. 1993 Pp. 389 - 96
  16. R. D. N. La vida con un niño discapacitado: un mundo para reconstruir. *Autismo en Sociedad*. Vol. 8 jun - jul. 1997. Pp. 1 - 11