

202
2e.
1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL DE LOS
NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA
DEL TERAPEUTA**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

MARGARITA LINARES ZAPIÉN.

TUTORA: C. D. ANGELES L. MONDRAGÓN
DEL VALLE

Vo.Bo. [Firma]



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MÉXICO, D.F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

209283
2097-83



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

<i>CAPÍTULO I</i>	1
<i>ANTECEDENTES</i>	1
<i>DEFINICIÓN</i>	2
<i>CAPÍTULO II</i>	4
<i>GENERALIDADES</i>	4
<i>DESCRIPCIÓN SEGÚN ALGUNOS AUTORES</i>	5
<i>FRECUENCIA POR SEXO</i>	7
<i>EPIDEMIOLOGIA</i>	8
<i>DIAGNÓSTICO</i>	9
<i>DESCRIPCIÓN CLÁSICA DEL AUTISMO</i>	14
<i>SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA</i>	16
<i>SIGNOS CLÍNICOS PRECOCES</i>	24
<i>TRANSTORNOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS AUTISTAS.</i>	31
<i>CAPÍTULO III</i>	34
<i>MANEJO DEL NIÑO AUTISTA DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL</i>	34
<i>EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.</i>	34
<i>CLASIFICACIÓN DEL NIÑO DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO</i>	37
<i>EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DENTRO DEL PROCESO ENSEÑANZA- APRENDIZAJE.</i>	40
<i>ORDEN SISTEMÁTICO DE LOS PASOS A SEGUIR EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO</i>	42
<i>TRATAMIENTO</i>	46
<i>FARMACOLÓGICO PARA LA CONDUCTA DEL PACIENTE.</i>	46
<i>TÉCNICAS DE SEDACIÓN CONCIENTE.</i>	46
<i>AGENTES COMÚNMENTE EMPLEADOS.</i>	50

<i>ANESTESIA GENERAL</i>	54
<i>CAPÍTULO IV</i>	57
<i>IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL DE LOS NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TERAPÉUTA.</i>	57
<i>ELIMINACIÓN DE LA PLACA DENTAL</i>	59
<i>CONCLUSIONES</i>	62
<i>ANEXOS</i>	63
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	66

INTRODUCCIÓN

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TERAPÉUTA.

Es un hecho que los cirujanos dentistas egresan de la Facultad de Odontología excelentemente preparados para brindar atención a todo tipo de personas que llegan al consultorio dental, pero también, es un hecho que hay deficiencias extremas en la atención a personas discapacitadas por falta primordialmente de información.

Existen numerosas discapacidades y muy poca concientización hacia ellas. Por lo que es nuestra obligación, como cirujanos dentistas participar conjuntamente con las asociaciones encargadas de la atención a discapacitados como un equipo en el que intervengan familiares, terapeutas, doctores, psicólogos, etc.; para impedir que se rezague su atención y sobre todo en el aspecto oral pues se relega casi siempre a segundo término.

Es comprensible que en las discapacidades existan prioridades, pero también debe de existir una adecuada atención en la higiene oral, si la meta es conseguir la salud y bienestar integral de éstos.

La discapacidad que va a ser objeto de estudio en mi trabajo es el Autismo infantil, éste es un trastorno que se presenta en algunas personas desde el nacimiento y cuyo signo patognomónico fundamental es la incapacidad que tienen éstas para relacionarse normalmente con las personas y situaciones a su alrededor. A pesar de esto y en algunos casos es sorprendente la excelente habilidad que pueden desarrollar los niños, por lo que no se debe tratar a un niño autista con un mismo patrón.

Por lo anterior, el problema fundamental en su atención es el hecho de que tienen serias deficiencias en las pautas de interacción social recíproca y en la comunicación verbal y no verbal, por lo que los familiares buscan la ayuda de instituciones.

Siendo los terapeutas las personas encargadas de buscar formas de comunicación y entendimiento y que de alguna forma asesoran a los familiares me pareció importante indagar la importancia que éstos dan a la atención oral de los niños autistas, pues la concientización del cuidado de la higiene oral debemos hacerla llegar a las personas más cercanas a ellos, para que nuestro objetivo de salud y bienestar en éstos niños autistas sea cada vez más real.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

El autismo es un trastorno del desarrollo en la infancia que más controversia ha causado, dado que sus síntomas se consideran insólitos y estigmatizantes. La inadecuada atención ha provocado la carencia de terapias o agentes farmacológicos efectivos así como la existencia de pocas instituciones educativas para éstos niños.(1)

Leo Kanner en U.S.A. remarca un acontecimiento similar escrito por Hans Asperger en Austria, cada uno por su lado fueron los primeros en publicar descripciones de éste trastorno. La descripción de Kanner en 1943 y la de Asperger en 1944, los dos eligieron la palabra "autista" para llamar la naturaleza de éste trastorno. Este término ya había sido introducido por un psiquiatra eminente Eugen Bleuer en 1911, lo refirió originalmente a un trastorno básico de la esquizofrenia que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, de ahí las palabras "autista" y "autismo" que provienen del término griego *autos*, que significa sí mismo.(2)

DEFINICIÓN

El autismo es un síndrome de disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta. El DSM-III-R (Manual de diagnóstico y estadística de la asociación Psiquiátrica Americana, 1987), incluye al autismo entre los trastornos profundos del desarrollo y los grupos de categorías menos definidas aplicables a niños menos afectados como Trastornos Profundos del Desarrollo - No Especificados. El DSM-IV agrega el síndrome de Asperger que aún se discute si este se refiere a niños con una conducta autista moderada, estrecho espectro de intereses, capacidades lingüísticas normales y torpeza motriz frecuente, se distingue de los niños autistas de alto funcionamiento o se agrupa en éstos (Wing 1991). (1)

La definición más universal y más abarcadora es la facilitada por la O.M.S. : "El autismo incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje

verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los cinco años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal o por encima. La actuación es en general mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio- visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.(9)

CAPÍTULO II

GENERALIDADES

ETIOLOGIA

El autismo puede tener una etiología genética (Ritus y otros, 1989, Folstein y Rutter, 1987) o ser consecuencia de rubeola congénita (Chess y otros 1971), espasmos infantiles (Taft y Cohen, 1971), esclerosis tuberosa (Hunt y Dennis, 1987), malformación cerebral o muchas otras lesiones al cerebro en desarrollo (Golden, 1987; Gillberg y Coleman, 1992). Aunque hay muchos niños, que se encuentran en éstas condiciones y no son autistas, lo que indica que más que la etiología es la localización de la patología en el cerebro lo que determina la emergencia de la sintomatología autista. Un informe del Proyecto Colaborativo Perinatal del Instituto Nacional de Enfermedades Neorológicas de México, indica que los problemas perinatales cumplen un papel insignificante en la etiología de los desórdenes del desarrollo de la función cerebral incluyendo el autismo.(1)

Teoría Organicista. El síndrome autista es considerado como un producto de una alteración orgánica en lo que se llama el "equipamiento de base" (inmadurez del SNC, vegetativo o motor) que imposibilita a éstos niños poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismos. Alteración que viene a ser una desorganización químico - orgánica, no necesariamente

manifestable desde un primer momento. La investigación actual se centra en el estado de posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas que pueden aportar claridad en el problema etiológico.(3)

Con el estudio de las alteraciones bioquímicas, se pueden obtener resultados esperanzadores que nos aporten nuevas dimensiones para el abordaje pedagógico- terapéutico éstas pueden ser de incalculable valor para una labor preventiva necesaria pero no para un diagnóstico definitivo.

DESCRIPCIÓN SEGÚN ALGUNOS AUTORES

1.- Tustin .

- a) Autismo primario normal. APN. Solipsismo neonatal normal.
- b) Autismo primario anormal. APA. Prolongación anormal del autismo primario.
- c) Autismo secundario encapsulado. ASE. La inhibición como defensa.
- d) Autismo secundario regresivo. ASR. La regresión como defensa.(10)

2.- R.Diatkine.

- a) Autismo de Kanner.
- b) Psicosis precoces.
- c) Las prepsicosis.(4)

3.- R: Milses y M. Moniot.

Retoman las psicosis autistas, y son los primeros en describir las psicosis de expresiones deficitarias y las disarmonías evolutivas de estructura psicótica.(4)

4.- D.J. Duche y H. Stork.

Hablan de autismo infantil precoz y de psicosis del desarrollo.(4)

5.- M.Mahler.

Describe el autismo infantil patológico y sobre todo las psicosis simbióticas.(4)

6.- Lang.

Aporta la noción de disarmonia evolutiva y de parapsicosis.(4)

7.- Ph. Mazet y D. Houzel. Reagrupando todas éstas alteraciones, distinguen:

- a) Las psicosis autistas.
- b) Las psicosis simbióticas.
- c) Las psicosis deficitarias.
- d) Las distorsiones psicóticas precoces.(4)

8.- J. Ajuriagueira.

Ha realizado un capítulo que comprende:

- a) Los desórdenes psicóticos precoces:

- el autismo de Kanner.
 - las alteraciones de las primeras relaciones objetales por desafrentización.
 - hospitalismo.
 - hospitalismo intrafamiliar.
- b) Desórdenes psicóticos precoces por sobreprotección materna:
- psicosis simbiótica.
 - síndrome regresivo precoz.
- c) Las alteraciones psicóticas que aparecen a partir de los cinco años.(4)

FRECUENCIA POR SEXO

Como sucede en todos los desórdenes de desarrollo de la función cerebral, el autismo es de 3 a 4 veces más frecuente en niños que en niñas. Geschwind y Galaburda (1985) explica la impactante preponderancia de éstos desórdenes en el varón con una teoría aun no validada referente a efectos de la testosterona en la maduración del cerebro y el desarrollo intrauterino del sistema inmunológico.(1)

EPIDEMIOLOGIA

En 1966 Lotter realizó el primer estudio epidemiológico del autismo y mostró que la prevalencia del autismo era de 4.5 por 10 000. En los quince años siguientes a éste trabajo pionero, la mayoría de los estudios de todo el mundo establecieron que la prevalencia es alrededor de 2 a 5 por 10 000.(5)

Luego de los años 80 en ciertos estudios se ha registrado una prevalencia mayor de autismo (Ishii et.al.,1983, Matuishi et.al., 1987; Tanuue et.al.,1988; Othaki et.al.1992; Gillberg et.al.,1991 y Sugiyama et.al.1992). La mayoría de éstos estudios fueron hechos en Japón y Suecia. quizá porque éstos países poseen un sistema de salud pública completo para los niños pequeños. En Japón hay una prevalencia de 13 a 16 por cada 10 000 niños, y en Suecia, 4 por cada 10 000 ,1980; 7.5 por cada 10 000 ,1984 y 11.6 por cada 10 000 niños en 1988. Esto se debía en parte a una mejor detección, pero también a nuevos casos.(1)

Por otro lado, varios autores de procedencia estadounidenses, franceses, austriacos y escoceses también han realizado numerosos estudios en los que la incidencia va desde 2 a 11 por cada 10 000 niños.(1)

En México no hay diferencia entre la población rural y la urbana en cuanto a la presencia del trastorno y este es de 4.06 a 6.07 autistas por cada 10 000 niños sanos.(5)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa principalmente en la conducta del niño. La interpretación de su actitud alterada, ausente, retrasada depende de una sólida base del conocimiento clínico y de la experiencia. La experiencia permite a los profesionales que diagnostican y perciben rápidamente esa característica evasora, la soledad autista. Se tendrá que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente. Administrarán pruebas psicológicas y construirán una historia del curso del trastorno desde el comienzo, así puede diagnosticarse el autismo de forma fiable. Para valorar los síntomas autistas es necesario tener en cuenta la edad del niño y lo que es más importante su edad mental, ya que el autismo generalmente se manifiesta desde el nacimiento.

Las siguientes son algunas escalas de diagnóstico :

Los nueve puntos de CREAK.

- 1.- Deterioro total y duradero de los modos de relación afectiva con el entorno humano, que va desde la reserva descrita habitualmente hasta la más completa indiferencia.
- 2.- Ausencia de toma de conciencia , gestos de autoagresividad repetidos y confusión con los pronombres personales
- 3.- Preocupación patológica por objetos muy particulares.

- 4.- Resistencia muy mantenida a todo cambio en el cuadro de vida y en el medio ambiente así como la necesidad de mantener el orden de las cosas.
- 5.-Están perturbadas las capacidades de percepción es decir la respuesta a los estímulos sensoriales es imprevisible.
- 6.-Ansiedad violenta, excesiva y en apariencia ilógica.
- 7.-El lenguaje no se ha desarrollado más allá de unos murmullos.
- 8.-Se describe una cierta distorsión en las actitudes y en los comportamientos ; exceso de movimientos , inmovilidad catatónica , rituales,etc.
- 9.-Todos los signos precedentes se observan en un contexto de retraso psicomotor serio, con capacidades intelectuales por debajo de lo normal.(3)

Los catorce puntos de CLANCY.

Si se encuentran en un niño al menos 7 de los 14 puntos, puede decirse que este niño desarrollará un autismo.

- 1.-Una gran dificultad para mezclarse y jugar con otros niños.
- 2.-El niño se comporta como si fuera sordo.
- 3.-Una fuerte resistencia a cualquier aprendizaje.
- 4.- Ausencia de miedo ante un peligro real .
- 5.-Resistencia a los cambios de costumbre.
- 6.-Prefiere señalar sus necesidades por medio de gestos.
- 7.-Sonríe sin razón aparente.
- 8.-No es cariñoso como un bebe normal.(3)

- 9.-Una marcada hiperactividad física.
- 10.-Evita las miradas, ausencia de contacto visual.
- 11.-Un apego raro a uno o varios objetos.
- 12.-Hace girar los objetos.
- 13.-Una actividad inadecuada repetida y sostenida.
- 14.-Una actitud altanera.(3)

Los criterios de SCHOPLER.

Los 15 puntos de Schopler constituyen, más que criterios, puntos que pueden ser como señal de alarma ante un riesgo de evolución psicótica:

- 1.-Dificultad en establecer relaciones con las personas.
- 2.-Ausencia de imitación.
- 3.-Alteración de la afectividad.
- 4.-Movimientos raros y estereotipados.
- 5.-Relaciones particulares con los objetos.
- 6.-Resistencia a todo cambio.
- 7.-Particularidades de la respuesta visual.
- 8.-Particularidades de la respuesta auditiva.
- 9.-Utilización de los receptores de contacto.
- 10.-Reacciones de angustia
- 11.-Comunicación verbal perturbada.
- 12.-Comunicación no verbal utilizada (gestos).
- 13.-Nivel de actividad bajo.(3)

14.-Funcionamiento intelectual perturbante.

15.-Impresión general del comportamiento del niño.(3)

O bien como señala el análisis diagnóstico de Perelló.

1.- Análisis de la organización afectiva.

2.- Estudio de las capacidades intelectuales, incluyendo todo lo que hace referencia al esquema corporal y la organización espacial.

3.- Análisis de la organización del lenguaje, en los cuatro aspectos que señala Ajuriaguerra (1967) : El soporte (lo fonético), los significantes (el vocabulario), la coordinación de los significantes (el vocabulario), la coordinación de los significantes (sintaxis) y la coordinación de las ideas (diálogo y relato).

4.-Exploración de la percepción auditivo - verbal que haga referencia no sólo a la capacidad de identificación de sonidos, sino también a la capacidad de repetición de conjuntos y de fonemas sin significado.

5.- Una exploración neurológica que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

a) Exploración de la madurez psicomotriz y su organización en el tiempo.

b) Estudio de las actividades cinéticas.

c) Estudio del tono muscular y sus trastornos (9)

d) Estudio del nivel de educación práctica, poniendo especial cuidado en la exploración de los praxis constructivos, los praxis buco-linguo-faciales y los praxis del vestirse.

e) Exploraciones complementarias, tanto bioquímicas (screening metabólico sistémico) como bioeléctricos.(9)

Existen otros autores que han descrito también ciertos criterios basados en su mayoría en los antes mencionados, como Rutter, Kolvin, etc. Estos criterios en general, no tienen en cuenta la evolución de la sintomatología en función de la edad. Su número, con sus múltiples autores, muestran que no hay una visión común de los criterios diagnósticos, los cuales continúan siendo difíciles de precisar. (4)

De acuerdo con el ICD-10 y el DSM-III, según los criterios de Kanner (1943) el diagnóstico debe elaborarse en consideración de tres aspectos:

- I. Dificultades cualitativas en la interacción social recíproca.
- II Dificultades cualitativas en la comunicación (verbal y para verbal).
- III. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, así como también en los intereses y actividades.

Los criterios diagnósticos deben ser complementados con cuestionarios específicos para los padres de éstos niños, debe

haber una observación clínica directa y en la medida posible realizar pruebas de ejecución y habilidades.(5)

Todo esto es fundamental ya que tanto en ICD 10 como el DSM-III R proporcionan datos poco precisos, que no hacen diferencias con otras alteraciones como el síndrome de Rett y el de Asperger, que se parecen al autismo.(5)

DESCRIPCIÓN CLASICA DEL AUTISMO

El retraimiento autista (Aloneness). Estos niños tienen una clara tendencia al aislamiento, con un desinterés completo por el mundo sonoro. Son particularmente sensibles a ciertos ruidos , y paradójicamente otros niños, parecen no oír ruidos, incluso más intensos. No responden cuando se les llama por su nombre. La mirada es huidiza, sin fijarse ni en las cosas ni en los rostros. Puede interesarse en una parte del cuerpo del otro. El contacto con él es imposible pues no soporta que lo toquen. Los objetos y juguetes, los manipula rascándolos, golpeándolos, mordisqueándolos, chupándolos y haciéndolos girar o rodar. El niño permanece sólo sin reír ni llorar jamás. Es capaz de tener explosiones autoagresivas, parece como si reemplazase los afectos por descargas motrices o expresiones de sufrimiento corporal (2)

La necesidad de inmutabilidad (Sameness). Necesidad específica de vivir con un cuadro inmutable, en la inmovilidad de los objetos, de los seres, de los lugares y de las situaciones. Esta necesidad es primordial en la vida del niño autista, que tiene la preocupación de mantener todas las cosas tal y como las percibió por primera vez. Por lo que sus actividades se desarrollan en forma de ritos : vestirse, alimentarse, dormir y jugar. Cualquier cambio en el entorno provoca crisis de rabia o reacciones de angustia con gritos, alaridos, etc. Cada objeto debe estar en su lugar fijo y definitivo. A menudo presenta comportamiento de exploración de todos los rincones en una habitación nueva, que puede durar varios días.(2)

Las estereotipias . Son característicos los gestos, a éstos pueden añadirse reacciones paradójicas, movimientos pendulares y, según los periodos, una forma particular de caminar rígido con los brazos pegados al costado, etc.(2)

Características generales del autismo descritas por Kanner .

Soledad Autista.

Incapacidad que tienen éstos niños, desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con las personas y situaciones. Hay, desde el principio, una extrema soledad por la que el niño, siempre que es posible, desatiende, ignora, excluye

todo lo que viene desde fuera. Una profunda soledad domina toda su conducta.(2)

Deseo de Invarianza.

Los sonidos, movimientos y todas sus actividades, son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontáneas. La conducta se rige por un deseo ansiosamente obsesivo de mantener la invarianza.(2)

Islotes de Capacidad.

El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, excelente memoria y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas, indica la existencia de una buena inteligencia.(2)

SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Las características conductuales que diferencian a los niños autistas de aquellos con otros problemas de desarrollo se relacionan con la sociabilidad, el juego, los impulsos y afectos, el lenguaje, la comunicación, y el patrón de habilidades cognitivas. Las estereotipias motrices conductuales son tan salientes y predominantes que merecen ser incluidas entre los principales síntomas del autismo. El DSM-R (Folstein y Piven, 1991) acentúa

apropiadamente que lo que caracteriza al niño autista es un deterioro cualitativo de sus capacidades.

a) **JUEGO.** La observación de un niño que juega con objetos representacionales es el modo más eficiente de acceder a su status mental. Las características conductuales de un niño autista preescolar se ven claramente reflejadas en el empobrecimiento de su juego. Por lo general, manipulan los juguetes en vez de jugar con ellos; si son capaces de realizar algún juego imaginativo, éste suele ser la repetición de un escenario aprendido reiteradamente.

Pueden acumular o elegir juguetes, y se sienten bien jugando solos, ya que tienen una notoria incapacidad de incorporar a otro niño a su juego.(1)

b) **SOCIABILIDAD.** Puede variar desde un completo desinterés, hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social. Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas, o entrometerse en el espacio de otros acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos . Es erróneo pensar que ningún niño autista tiene la capacidad de expresar afecto; mientras que a algunos los irrita el contacto físico y se alejan de quién trata de abrazarlos, otros se cuelgan de las personas familiares o hasta llegan a ser indiscriminadamente afectuosos con extraños. Por lo general prefieren a los adultos, lo que quizás sea consecuencia de

que aquellos son más tolerantes con los comportamientos autistas.(1)

c) AFECTO. Sólo una parte de los niños autistas son nulos o severamente aislados afectivamente. El entorpecimiento de la experiencia afectiva puede deberse en parte, al deterioro de sus impulsos comunicativos a la decreciente afectividad de las penalidades y premios que modelan la conducta. Con frecuencia llevan como sostén del cual se resisten a separarse, un palo, un pedazo de tela o un hilo. El niño puede parecer feliz y sonreír mientras todo sea hecho en sus términos; sólo se producen berrinches, gritos o comportamientos autoagresivos si no se accede a sus peticiones.(1)

d) COGNICIÓN. Las habilidades de los niños autistas varían desde una deficiencia mental profunda hasta capacidades superiores. En algunas personas autistas la irregularidad de las capacidades cognoscitivas es tan marcada que un talento excepcional puede llegar a coexistir con una incompetencia mental total, produciéndose el llamado síndrome savant (Obler y Fein, 1988; Treffert, 1989; Wing, 1981). El término "savant" es una capacidad especial para la música, el dibujo, los cálculos, la memoria mecánica, las habilidades espacio - visuales, lo que produce genios de la música y artistas,, calculadores de calendarios, memoristas, adivinadores de acertijos. etc El patrón

más frecuente del funcionamiento cognoscitivo en el autismo muestra capacidades verbales disminuidas con mejores habilidades no verbales . La denominación de éste patrón es el síndrome de Asperger (Wing, 1991; Wing,1981) por lo que la expresión "síndrome de Asperger" ha comenzado a considerarse más aceptablemente que "autismo" para niños autistas de alto funcionamiento verbal, aquellos a quienes el DSM-III-R (Folstein y Piven,1991) llaman PDD-NOS.(1)

Los niños autistas inteligentes pueden tener la incapacidad para imaginar lo que una persona está pensando y experimentando, y como su propio comportamiento podría ser percibido por otras personas. Éste déficit es llamado frecuentemente "teoría de la mente". (11)

e) ATENCIÓN.Sufren significativos trastornos en la atención .Pueden ser extremadamente perturbables. Algunos otros durante un lapso prolongado pueden mantener la atención en sus actividades favoritas. Las marcas centrales de éstos niños son la rigidez, la insistencia en la repetición y una marcada dificultad para cambiar de actividad.(1)

f) SISTEMA MOTOR. La estereotipia es una marca de autismo casi universalmente presente en todas las edades. Estas personas pueden mecerse en la cama mientras concilian el sueño, aletear con las manos , patear, etc. una explicación de éstas

actitudes es la función de autoestimulación. Algunos otros sufren una apraxia (dificultad de programar actos motores complejos) tan severa que no tienen idea de como imitar gestos, saltar, tomar un lápiz, etc.(1-3)

g) SISTEMA SENSORIO - PERCEPTUAL. Por lo general los niños autistas emplean mejor la modalidad visual que la auditiva. La memoria visual de caminos y lugares puede ser excelente, algunos de éstos niños son extremadamente observadores y focalizan blancos invisibles.

Se llama "defensa táctil" a la reacción que consiste en arquear la espalda y empujar cuando alguien trata de abrazarlos o acariciarlos y algunos otros adoran que los acaricien y les hagan cosquillas. Una anomalía notoria en algunos niños , especialmente no verbales severamente retardados es el comportamiento autodestructivo que consiste en golpearse, pellizcarse, etc; éste puede ser tan frecuente que se requieren ciertas restricciones para evitar heridas permanentes.(1-3)

Estos niños exploran su entorno y se exploran a sí mismos a través del tacto, el gusto y muy especialmente el olfato. Lo olfatean todo; pelo, manos, vestimenta y muy especialmente sus genitales, tocándose primero con sus manos y olfateándolas después, ésta actividad trae para ellos satisfacción y a la vez relajación (3)

En la mayor parte de ellos su sordera es ficticia y aparece una respuesta selectiva a los sonidos. Su mirada es vacía y no son

capaces en muchos casos de soportar que alguien más los vea , porque la mirada del otro puede violar su intimidad. A medida que aumenta el centraje de su mirada da más cabida al contacto personal , y por lo tanto a una relación pedagógico- terapéutica más constructiva y enriquecedora. En algunos niños aparece una gran insensibilidad al dolor, y en otros una hipersensibilidad, aunque lo primero sea más frecuente. (3)

h) TRANSTORNOS DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN. La comprensión y la pragmática (uso de lenguaje) son siempre deficientes. (Allen 1988;Allen 1989). Una minoría de niños autistas, que sufren lo que actualmente se llama síndrome de Asperger (Wing, 1991) hablan a temprana edad, fluida y claramente, con frases bien formadas, pero sólo pronuncian repeticiones lentas ,palabra por palabra, de oraciones que les han enseñado repetidamente y fragmentos de comerciales de televisión. El niño acompaña su juego con una serie de discursos irrelevantes e insistentes y así mantiene una interacción social consigo mismo. Rapin y Allen (1983) han denominado a éste lenguaje síndrome semántico- pragmático. Inhabilitados para descodificar el código fonológico (sonidos del habla), del lenguaje acústico, los niños no entienden nada o casi nada de lo que se les dice, y son incapaces de desarrollar una expresión verbal .Todos los niños autistas pequeños necesitan una terapia intensiva del habla y del lenguaje (Allen y otros, 1989).(1-3)

Podemos establecer unas categorías descriptivas de las distintas situaciones en las que se puede encontrar un niño autista en relación con el lenguaje:

A) Los que se mantienen totalmente mudos. Está más que demostrado que no existen en la mayoría de las ocasiones trastornos orgánicos bucofaríngeos que dificulten o impidan la correcta utilización del lenguaje.

B) Los que utilizan algunas palabras, las más de las veces incompletas o deformadas.

C) Aquellos que permanecen mudos, pero que tienen una comprensión razonable.

D) Los que cuando hablan lo hacen con un lenguaje ecolálico, pareciendo unos loros al repetir lo que oyen decir de otras personas. Puede suceder también que cuando hablan no son capaces de controlar el volumen de la voz (átonos y arrítmicos) y, por lo general, en éste tipo de niños se da una ausencia de intencionalidad comunicativa.

E) Los que habiendo conseguido un determinado vocabulario lo interrumpen bruscamente.

F) En algún caso hemos apreciado una doble utilización del lenguaje, del habla; si se refieren al tiempo, a todas aquellas cosas, personas o situaciones que sean ajenos a su persona o en las que su "yo" no está implicado, su habla normal. (3)

i) **TRANSTORNOS RELACIONALES.** EL aislamiento considerado por Kanner (1934) como uno de los rasgos fundamentales y confirmado por muchos otros autores, entre los que cabe citar a Ando y Yoshimura (1979), quienes señalan que el aislamiento va aumentando conforme progresa la edad mientras se aprecia una mejoría en la comprensión y conversación. Aislamiento apreciable en el retraimiento y la búsqueda de soledad impide la creación de vínculos relacionales y sociales. Actúa ignorando la presencia de otros, evita la mirada y la suya es huidiza. No podemos encontrar niños totalmente pacíficos (no es lo más habitual) o, con los que se presentan conductas socialmente embarazosas que no tienen en cuenta ninguna normativa comportamental - racional. Conductas embarazosas que se intensifican cuando se les cambia de ambiente y que se explican en gritos , rabietas, etc. Siendo la heteroagresividad la nota más sobresaliente (Graziano 1977) Por lo que respecta a las autoagresiones conocemos algunos casos en los que la agresión sistemática ha llegado a desfigurar toda la cara y en otros hasta arrancarse totalmente el cuero cabelludo de la cabeza y propiciarse toda una serie de arañazos. Este tipo de conductas son las más llamativas y peligrosas y las que más angustia generan al educador. Existen causas desencadenantes, como pueden ser molestias auditivas, táctiles y gustativas En segundo lugar, anotan las situaciones agresivas que corresponden a "reacciones ante

órdenes recibidas, fracasos en una tarea, negativas diversas”, esto es una medida para neutralizar las sensaciones penosas.(3)

SIGNOS CLÍNICOS PRECOCES

La lista de signos y síntomas descritos no es exhaustiva; para una mayor objetividad se ha formulado según la edad, pero según los autores, la jerarquía es diferente, ya que con frecuencia está en función de las doctrinas patogénicas de cada uno. Ninguno de éstos signos y síntomas es patognomónico si es transitorio. Son susceptibles de evolución o de aparición con la edad, según las edades de desarrollo. Este análisis semiológico aún cuando su importancia es capital, debe integrarse y referirse al contexto relacional y a la historia propia de cada niño. (4)

a) NACIMIENTO A TRES MESES

Sueño.

- Llanto frecuente, a veces de día y de noche.
- Disminución de la duración del sueño (hipersomnía), ésta es la característica más significativa. Ya que en la población general son comunes éste tipo de alteración del sueño en el primer trimestre.
- Despertar nocturno.

Comportamiento

- Inconsistencia del reflejo de orientación con relación a una fuente sonora.
- La sonrisa que normalmente aparece entre los cuatro y ocho semanas es muy poco marcada.
- Demasiado calmado.
- La madre no distingue los gritos, no sabe lo que pide.*
- Ausencia de sonrisa en el rostro.
- Rostro poco expresivo, triste e indiferente.
- Indiferencia cuando se le toma en los brazos, a veces rigidez o resistencia al contacto físico.*
- Grita si alguien se acerca a la cuna.
- La madre tiene una sensación confusa de que algo es anormal.

b) TRES A NUEVE MESES

Sueño.

- Insomnio agitado o calmado
- Hábitos particulares durante la noche (dormir enrollado en sus sábanas).
- Comportamiento con los objetos.
- Se interesa tan sólo por una parte del cuerpo del otro (ojos o boca) u objeto brillante (aretes, gafas, etc.) .

*Signos específicos

- Interés particular por los movimientos de las manos y de los dedos.*
- No da patadas de alegría ni se ríe ahogadamente.
- Toma los objetos sin mirarlos.*
- Manipulación defectuosa de un objeto.
- No encuentra un objeto que ha caído o que está escondido, o no lo busca.
- Atracción por los objetos en movimiento.
- Utiliza los objetos haciéndolos girar.
- Dependencia particular por un objeto.
- Contacto preferente y particular: piel, superficies lisas, cabellos, etc.*
- Balanceos, movimientos curiosos de los dedos y de las manos.*
- Abúlico o hiperexitable.
- Golpea, lanza y tira los objetos(pseudoolfateo).
- Pseudoinsensibilidad al dolor
- Ignora la parte del cuerpo agredida
- Hipotonía, deflexión de la cabeza hacia atrás y el retraso en la adquisición de la postura

Serie visual.

- Interés por algunos detalles (migas de pan, perlas, etc.).
- Pestañeos inconstantes ante una luz fuerte.
- Evita la mirada.*
- Gira la vista cuando alguien se le acerca bastante

Mirada vacía, ausente

*Signos específicos

- Ojeadas furtivas.
- Fijación de la mirada (delante de la televisión, un disco, una fuente luminosa...).*

Serie auditiva.

- Le gusta la música.
- Sensibilidad e incluso fascinación por el ritmo.
- Indiferencia o miedo a ciertos ruidos
- Indiferencia a la llamada por su nombre.
- No hay manifestación ante la voz materna.
- Le gusta crear fuentes sonoras o pone su oído sobre ciertos aparatos.

Comunicación preverbal.

- No responde a los estímulos verbales.
- Emite ruidos monocordes y muy posteriormente.
- Ausencia de murmullos, no vocaliza.
- Signos específicos.
- Emite sonidos no adaptados a las circunstancias.*
- No llama, no hay variaciones en las entonaciones de voz.
- Ausencia de mímica facial.
- Indiferencia a los rostros y a sus mímicas.
- Sensibilidad al tono y al timbre de voz.
- Exigencia de inmutabilidad.
- Le gusta la repetición de ciertos gestos

*Signos específicos

- Desarraigo o regresión en caso de cambio (casa, habitación, padres, etc.)
- Rituales (acostarse, lavarse, vestirse, horarios, comidas, etc.).
- Dependencia particular de un objeto, un rincón, una situación, un juego.*

c) NUEVE A VEINTICUATRO MESES.

Sueño.

- Insomnio.
- Terrores y gritos nocturnos.
- Siestas inesperadas.

Comportamiento con los objetos y el cuerpo.

- Actividades repetitivas (hacer girar los objetos, queda fascinado por un disco o un objeto preferido...).
- No puede simular.*
- Recorre las paredes, se fija en las superficies.
- Le gusta el agua, sin jugar en ella.
- No diferencia un objeto estático de un ser vivo.*
- Lo toca todo.
- Le llama la atención los juegos mecánicos.
- No parece que la marcha le sirva para afianzarse.
- Balanceos muy acentuados, saltos sobre un mismo lugar, movimientos repetitivos.

*Signos específicos

- Da vueltas sin vértigo.
 - Le gusta poco la marcha.
 - Permanece mucho tiempo en un mismo lugar.
 - Se aficiona a un rincón en particular o inhabitual.
 - Deambulación particular (punta de pies, lanza la pierna, pasos desmesurados...)*
 - Evita o teme ciertas sensaciones (superficies lisas y frías, superficies inhabituales; arena, hierba, viento, etc.).
 - Postura estática.
-
- Comportamiento con las personas.
 - Se deja tocar cada vez menos.
 - Risas incongruentes.
 - No llora o llora sin lágrimas, o sin razón.*
 - No sabe besar o lo olvida en seguida.
 - No dice adiós con la mano o solamente cuando se le ordena.*
 - No pone los brazos alrededor del cuello.
 - No parece comprender lo que el entorno quiere expresarle.
 - No procura que le reconforten ni busca signos de ternura.*
 - Le gusta estar sólo.
 - No sigue a sus padres.
 - Indiferencia general.
 - Indiferencia a su imagen en el espejo.*
 - Reacción violenta o retraimiento si se interviene en su actividad repetitiva.

*Signos específicos.

Visión.

- Evita la mirada.
- No parece prestar atención a lo que se hace.*
- Da la impresión de no ver.
- Nunca choca con los objetos.
- Fija la mirada cuando realiza movimientos repetitivos.
- Mirada inexpresiva.
- Sobreobservación del detalle,

Audición.

- Sensible al ritmo y a la música.
- Golpea ciertas superficies.
- Parece no entender (cuando hay demasiado ruido o demasiada gente: se tapa los oídos, el rostro, o se va).
- Se acerca al ruido o hace ruido cerca de sus oídos.
- Fijación o fascinación por ciertos ruidos
- Selecciona lo que escucha*.
- Comunicación.
- No señala con el dedo.*
- Repetición diferida a menudo sin significación, ecolalia.*
- Palabras ya pronunciadas desaparecen o se difuminan (fenómeno de extinción de la palabra).*
- Prefiere el canto o la música tarareada.
- Explora palabras o frases nunca repetidas.*

*Signos específicos

- No sabe decir -no- con la cabeza.*

Exigencia de inmutabilidad.

- Ritualización.
- Memorización importante: orden de clasificación*, sucesiones, repeticiones de actividades, situaciones de objetos...
- Consecuencias y recuperaciones de los cambios.

TRANSTORNOS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS AUTISTAS.

Aquí es donde se manifiestan los verdaderos trastornos, hasta los más contradictorios. Ya desde el nacimiento pueden aparecer anomalías en el automatismo oroalimentario. Una observación descrita en varios niños es que desde el nacimiento se ven normales hasta les gusta comer, pero cuando se alimentan con el pezón y éste se les escapa, no hacen el intento de buscarlo, detienen en seco sus movimientos de succión y no continúan hasta que alguien se los vuelva a colocar en la boca otra vez. Esta actitud fundamentalmente pasiva se debe a la debilidad del reflejo de búsqueda y se repite en niños autistas más grandes, que al saborear una golosina con placer no manifiestan ningún deseo de recibir otra. Por otro lado cuando se trata de pasar algún alimento menos líquido, es frecuente que aparezcan dificultades. Al menor grumo se anuncian los vómitos, por lo que muchas madres y familiares hacen verdaderos batidos y papillas de la comida del

niño, por lo que éstos niños quedan rápidamente condicionados por las facilidades ofrecidas y el descondicionamiento no siempre es cosa fácil, pues a veces en los hogares no se encuentra el apoyo para cesar ése tipo de hábitos.(12)

Muchos niños autistas experimentan dificultades reales para masticar, tragan el alimento en pedazos enteros y otros mantienen la comida en la boca. Es preciso, por lo tanto, enseñar a masticar, imprimir en la mandíbula el movimiento correspondiente (siempre que el niño acepte el contacto), eligiendo un alimento que ceda con rapidez. La mayoría de éstos niños no saben cortar con los incisivos y se meten a la boca todo lo que tienen en la mano. La acción educativa no es fácil de realizar, y debe de adaptarse a cada niño. Puesto que no podemos recurrir al razonamiento, debemos de tratar de introducir ritos que el niño acepte y que induzcan a alguna moderación ya que tienen un problema de incapacidad de control de los deseos.(8)

A continuación se mencionan algunas características de la alimentación que describen algunos autores:

a) NACIMIENTO A LOS TRES MESES

- Vómitos.
- Anorexia .
- Defecto de succión.
- No mirar al tomar el pecho
- Indiferencia en el momento de tomar el pecho *

*Signos específicos

- Defecto del contacto ocular con la madre.(4)

b) TRES A NUEVE MESES

- Dependencia excesiva del biberón.
- Rechazo de una alimentación variada.
- Dificultades para comprender sus gustos o desagradados.
- Desinterés ante la preparación de la comida.
- Vómitos reflejo sal deglutir.
- No quiere masticar.
- Rechazo o dificultades en la utilización de la cuchara.(4)

c) NUEVE A VEINTICUATRO MESES

- Atracción hacia lo no comestible.
- No acepta ciertos alimentos(rechazo de lo triturado).
- Huele y resopla.
- Ritualización de las comidas.

*Signos específicos

CAPÍTULO III

MANEJO DEL NIÑO AUTISTA DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

El niño autista al igual que cualquier otro niño tiene cambios de actitud ante ciertas situaciones y son expresadas con actitudes inadecuadas para su óptimo tratamiento, pero ésta situación no debe cambiar la mentalidad del cirujano dentista ante la atención de éste tipo de pacientes, puesto que su problema radica únicamente en su campo cognoscitivo. Para su atención es importante analizar su conducta que va a definir en gran parte el seguimiento del tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

Debido a las diferencias de personalidad del niño autista, el Cirujano Dentista tiene que tratar de lograr un comportamiento cooperador de una manera diferente para cada niño en particular ya que es un individuo único; mental, física y emocionalmente.

Las técnicas para el manejo de los niños autistas en el consultorio dental comprenden desde las más simples y sencillas hasta utilizar métodos que produzcan inconsciencia en el niño. Éstos son los siguientes:

Método de persuasión.

Decir - mostrar - hacer.

Empatía y apoyo.

Modelaje.

Control de la voz.

Restricción física.

Sedación consciente.

Anestesia general.(6)

Las manifestaciones emocionales que se presentan en las distintas etapas de la vida del niño autista pueden ser exacerbadas o moduladas, teniendo en cuenta los factores del medio ambiente que lo rodea, principalmente. En el diagnóstico de problemas de comportamiento y en el planteamiento del tratamiento, se debe considerar tanto la edad psicológica como la fisiológica.(6)

Cuando un paciente niño llega para ser atendido, trae consigo más que una molestia en sus tejidos de la cavidad bucal, una carga emocional, ya que es un ser humano con miedos y ansiedades igual a otro niño, pero que los manifiesta de diferente forma

Las expresiones de miedo y ansiedad dependen de la madurez psicológica del niño, la personalidad y experiencias previas dentro del consultorio dental. El niño puede reaccionar ante el miedo y la ansiedad: huyendo, agresivamente, llorando, evadiendo, con apatía y eludiendo, regresionando, vomitando y escondiendo el dolor o tratando de suprimirlo.(6)

A pesar que el Cirujano Dentista tiene un limitado conocimiento de la sicología infantil, hace todo lo posible por

entenderse con los niños sin esperar respuestas en particular, por lo que existe la necesidad de conocimiento de ciertas características de conducta y desarrollo psicológico para poder encontrar una sistematización en el buen manejo del comportamiento del niño en el ambiente odontológico

Sin embargo, para el buen manejo del comportamiento del niño, no sólo es necesario conocimientos amplios y profundos de la psicología sino también mucha destreza en las técnicas y procedimientos operatorios. Para lograr buenos resultados, es necesario un método de trabajo que coordine adecuadamente éstos aspectos, estableciendo un sistema secuencial y lógico de eventos.

Para reducir el miedo y la ansiedad el mejor tratamiento es la prevención. Los métodos más efectivos para aliviar el temor y la ansiedad en los niños , son introducir actitudes receptivas a través de

Modelos positivos.

Reducir incertidumbre.

Darle apoyo emocional a través de comunicación no verbal.

Eliminar dolor a través de analgesia efectiva.(6)

a) EFECTO DE LA ACTIVIDAD DEL ODONTÓLOGO Y SUS ACTITUDES

Las actitudes del cirujano dentista apoyan a un niño en su intento de establecer una conducta adecuada. Jenks ha afirmado "Los métodos con los que un cirujano dentista aborda y trata a un niño, son de importancia crítica para las reacciones y actitudes del mismo, en la actuación del tratamiento odontológico".(6)

b) EFECTO DE LA PRESENCIA DE UN ACOMPAÑANTE EN EL AMBIENTE DE TRABAJO

La presencia de un acompañante en el ambiente de trabajo tiene algunas ventajas , así como también desventajas , pero es necesaria la presencia de un acompañante al menos hasta lograr que el niño tome confianza y familiaridad, si el niño por el contrario responde desfavorablemente será mucho mejor que el acompañante espere afuera.(6)

CLASIFICACIÓN DEL NIÑO DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO

E. Lamsphire.

- 1.- Paciente cooperador.
- 2.- Paciente tenso - cooperador.
- 3.- Paciente aprehensivo.
- 4.- Paciente miedoso.

- 5.- Paciente desafiante.
- 6.- Paciente hiperemotivo
- 7.- Paciente excepcional.

Facultad de Estomatología. UPCH. R. Castillo.

- 1.- Paciente receptivo.
- 2.- paciente no receptivo.
- 3.- Paciente físicamente afectado.
- 4.- Paciente mentalmente afectado.
- 5.- Paciente física y mentalmente afectado.

F. Escobar.

- 1.- Paciente cooperador.
 - 2.- Paciente con falta de capacidad de cooperación.
 - 3.- Paciente cooperador potencial.
- Paciente con conducta incontrolada.
- Paciente con conducta desafiante.
- Paciente con resistencia pasiva.
- Paciente tímido.
- Paciente cooperador tenso.

Por las diferentes actitudes que pueden llegar a presentar los niños autistas sería difícil en las clasificaciones de que tipo es, ya que aunque tenga serias dificultades en su conducta pueden llegar a ser excelentes pacientes. Pero generalmente se clasifican en los siguientes

a) PACIENTE NO RECEPTIVO.

Son aquellos pacientes con los cuales no se puede establecer una buena comunicación verbal, por problemas neurológicos y/o que están bajo medicación con tranquilizantes. Estos a veces son muy emotivos e hiperactivos y al mínimo procedimiento, responden con llanto, resistencia, condiciones incontroladas, etc. El niño no receptivo siempre será un "paciente difícil" y por lo tanto, las precauciones de su manejo deben tomarse en cada una de sus visitas, aún cuando los procedimientos sean muy sencillos. Los movimientos del cirujano dentista, de las asistentes dentales así como el pase instrumentos o material debe tener una lógica secuencia (decir- mostrar- hacer) y que la compañía del personal profesional debe ser constante.(6)

b) PACIENTE MENTALMENTE AFECTADO.

Este tipo de paciente corresponde a aquel cuyo desarrollo psicológico, así como mental están afectados. En éste tipo de casos sería ideal emplear técnicas de sedación y anestesia general pero sólo para tratamientos extensos o muy complejos. Es imprescindible la participación de otros profesionales que conocen la historia del paciente más cercanamente.(6)

EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DENTRO DEL PROCESO ENSEÑANZA- APRENDIZAJE. (MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA)

La conducta de un niño, no se cambia o modifica por el solo hecho de tener que realizar un procedimiento odontológico. En la adquisición de una conducta positiva existen dos situaciones:

La primera, es facilitar la adquisición de una conducta que el individuo no posee, mediante enseñanza- aprendizaje, y la segunda, modificar una conducta adquirida pero inadecuada, en cuyo caso, antes del nuevo aprendizaje existe una fase previa de extinción de la conducta inadecuada. James Baremie explica que las técnicas de modificación de la conducta en el niño han obtenido grandes beneficios en los estudios controlados en las ciencias de la conducta, son:

Desensibilización.

Modelamiento.

Manejo de la contingencia.(6)

a) DESENSIBILIZACIÓN

Los terapeutas de la conducta, han encontrado que una reducción muy importante en las respuestas de ansiedad a situaciones similares de la vida real, suele resultar de la participación en sesiones sistemáticas de desensibilización. Wolpe ha sugerido que la desensibilización sistemática es efectiva,

debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa - la relajación- en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada como sería la ansiedad. Los pacientes más ansiosos podrían ser tratados inicialmente por un terapeuta de la conducta y subsiguientemente, recibir tratamiento odontológico por un conocedor de la técnica. La técnica de desensibilización usada por los autores, es similar al enfoque de "decir - mostrar - hacer".(6)

b) MODELAMIENTO

Consiste en permitirle al niño, que observe uno o más modelos que muestren una conducta apropiada en un determinado momento. Los niños aprenden también por imitación de un modelo. Este modo de aprendizaje es muy frecuente en la infancia y servirá para imitar la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El modelo puede ser vivo o simbólico, también el odontólogo es un modelo, por lo que tiene que mantener siempre una actitud calmada y segura, para eliminar del ambiente, modelos negativos.(6)

c) MANEJO DE CONTINGENCIA

La presencia o el retiro de reforzadores, se denomina manejo de la contingencia. Existen dos tipos de reforzadores: positivos o negativos. Un reforzador positivo es aquel, cuya presencia contingente aumenta la frecuencia de una conducta favorable.

Los reforzadores pueden ser de variada naturaleza: materiales, sociales y de actividad.(6)

ORDEN SISTEMÁTICO DE LOS PASOS A SEGUIR EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO

a) MANEJO DEL NIÑO NO RECEPTIVO.

1.-Contacto con los padres o encargados.

- Recibir la información general de los padres y pacientes, incluyendo el motivo de la consulta.
- Recibir información sobre las molestias mas frecuentes, hábitos, etc.
- Recibir información sobre la constitución familiar.
- Identificar el tipo de padres de familia por sus reacciones conductuales.
- Recibir información sobre el desarrollo físico del niño.
- Recibir información sobre el desarrollo psicológico del niño.
- Explicar a los padres o encargados, el método de manejo del niño.

2.-Recepción y preparación del paciente (primera cita).

- Preparar al personal auxiliar en la recepción del paciente.
- Preparar el ambiente odontológico.
- Establecer el primer contacto con el niño.
- Instalación del niño en el sillón dental.
- Familiarizar al niño con el equipo e instrumental que lo rodea.

3.-Evaluación y clasificación del paciente.

- Establecer una relación amigable con el niño.
- Explicar al niño lo que se va a hacer en la primera visita.
- Evaluar las respuestas y actitudes del niño.
- Identificar el tipo de paciente niño, por sus intereses y temores.
- Coordinar mentalmente la conducta a seguir con el paciente.

4.-Preparación preoperatoria del paciente.

- Historia médica.
- Recepción de la información sobre alguna medicación que ha recibido o está recibiendo el niño.
- Explicación a los padres o encargados, frente al tipo de paciente que el operador se encuentra y de las variaciones en el manejo del niño.
- Indicación a los padres o encargados, de la necesidad de premedicación.
- Prescripción detallada de la premedicación necesaria en cada caso.
- Indicación a los padres o encargados, la hora más adecuada para la ejecución del tratamiento.

5.-Preparación del operador.

- Recordar la información básica familiar y del niño, registrada previamente.
- Preparación de la apariencia física del operador y del personal auxiliar.
- Preparación emocional del operador y del personal auxiliar.

- Eliminar toda interferencia con su actividad inmediata.

6.-*Selección del instrumental y materiales a utilizar.*

- Indicar se prepare el instrumental básico para el examen inicial.
- Colocar lejos de la vista del niño y al alcance del operador, sólo el instrumental básico para el examen inicial.
- Agregar otro instrumental necesario para la primera visita, siempre que por su diseño, no produzca temor al niño.

7.-*Examen clínico y diagnóstico.*

- Iniciar el examen clínico oral, sin instrumental.
- Continuar el examen sólo con el instrumental básico.
- Enseñar al niño todo instrumento nuevo que se va a utilizar.
- Crear en el niño, confianza y libertad para actuar.
- Tomar radiografías de mordida y periapicales, cuando sean necesarias y no produzcan una reacción negativa. La toma de radiografías puede darnos una idea del comportamiento del niño y así puede ayudarnos a decidir el tipo de manejo de su comportamiento.

8.-*Programación del tratamiento.*

- Planear la mejor alternativa de tratamiento en cada niño.
- Explicar al padre o encargado, la programación del tratamiento.

9.-*Ejecución del tratamiento.*

- Ejecución de una actividad sencilla, no desagradable al niño en las primeras fases del tratamiento.
- Explicación al niño en toda actividad a realizar durante el tratamiento.

- Evaluación del comportamiento del niño, al final de cada visita.
- Planteamiento de cambios en la programación del tratamiento.
- Explicación a los padres, lo que se va a realizar y lo realizado en cada visita.

b) MANEJO DEL NIÑO MENTALMENTE AFECTADO.

1.-*Contacto con los padres o encargados.*

2.-*Recepción y preparación del paciente.*

3.-*Evaluación y clasificación del paciente.*

4.-*Preparación preoperatoria del paciente.*

- Obtención del diagnóstico médico.
- Recibir la información sobre alguna medicación que ha recibido el niño.
- Explicación a los padres o encargados, frente al tipo de paciente que el operador se encuentra y de las variaciones en el manejo del niño.
- Adecuación del equipo odontológico a este tipo de pacientes.
- Indicación a los padres o encargados, de la necesidad de premedicación, analgesia o anestesia general.
- Prescripción detallada de la premedicación.
- Indicaciones necesarias, previas a la decisión de ejecutar el tratamiento con analgesia o anestesia general.
- indicación a los padres o encargados, de la hora más adecuada para la ejecución del tratamiento.

5.-*Preparación del operador.*

6.-Selección del instrumental y materiales a utilizar.

- Indicar la preparación del equipo e instrumental básico para el examen.
- Indicar con un listado, el instrumental y material a usarse durante todo el tratamiento, especificando la secuencia de éste.
- Constatar inmediatamente, antes de iniciar el tratamiento, si el instrumental y material a usarse están adecuadamente preparados.

7.-Examen clínico y diagnóstico.

8.-Programación del tratamiento.

9.-Ejecución del tratamiento.

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO PARA LA CONDUCTA DEL PACIENTE.

Para prestar servicios odontológicos de la mejor calidad para los pacientes pediátricos, podemos necesitar el uso de medios farmacológicos con el fin de lograr un paciente cooperador y tranquilo.

TÉCNICAS DE SEDACIÓN CONCIENTE.

Son las técnicas que utilizan drogas para inducir un estado cooperador.

OBJETIVOS.

- 1) Brindar los servicios odontológicos de mayor calidad, más confortables y más eficientes para él.
- 2) Controlar las conductas inadecuadas del paciente que interfieren con esos servicios.
- 3) Producir, por medio de esto, en el paciente una actitud síquica positiva hacia la atención futura .
- 4) Retornar al paciente a su estado cognitivo pretratamiento al abandonar el consultorio.

Estas técnicas producen en el paciente un estado de depresión mínima del nivel de conciencia, en el cual retiene la capacidad de mantener expedita la vía aérea en forma independiente y continua y de responder apropiadamente a la estimulación física o a las órdenes verbales. Todos los reflejos están esencialmente intactos. Las técnicas y las drogas que se usan para producir ese estado deben poseer un margen de seguridad de amplio espectro, de manera que se evite la pérdida de conciencia no buscada.

Hay diversos requisitos que deben ser satisfechos cuando se considera la utilización de la sedación consciente :

- 1) El profesional debe poseer conocimientos integrales del agente o los agentes que ha de emplear y debe estar entrenado en los métodos correctos para su aplicación.
- 2) Debe haber un fundamento cuidadosamente planificado y documentado para el uso de la sedación en cada paciente. La decisión debe tomarse basándose sobre un cuidadoso análisis del

perfil de conducta del paciente, la naturaleza o la duración del tratamiento requerido; la relación riesgo/beneficio en relación con el estado físico del paciente, la capacidad de la familia para responder a las demandas de un amplio plan de tratamiento y la posibilidad económica con respecto a opciones alternativas.

3) El paciente tiene que ser evaluado cuidadosamente para asegurarse de que no existen estados que puedan alterar las respuestas esperadas al agente o a la técnica sedativa ni impliquen riesgos adicionales a él.

4) Debe haber un consentimiento escrito bien documentado.

5) No debe haber barreras físicas en el consultorio o falta de equipamiento adecuado que compliquen el tratamiento de cualquier emergencia que pueda surgir.

6) Debemos tener rápidamente disponibles servicios de emergencia médica móvil.

7) Debemos hacer la selección del agente y de la técnica que mejor se adecue al tipo de paciente y a la naturaleza de lo que es necesario hacerle. Se requiere una historia médica completa junto con un examen clínico reciente.

La historia médica debe contener información acerca de lo siguiente:

a) Presencia de alergias y un registro de reacciones adversas anteriores.

b) Registro de las medicaciones actuales, incluyendo la dosificación y la vía de administración y las veces por día

c) Enfermedades o anormalidades del paciente o de su familia inmediata.

d) Hospitalizaciones previas y en especial anestésias previas con evolución de éstos procesos.

a) VIAS DE ADMINISTRACIÓN.

Las drogas sedantes pueden ser administradas por inhalación o por las vías oral, rectal, submucosa, intramuscular o intravenosa.

b) SEDACION POR INHALACIÓN.

Existe solamente un agente que se puede usar en la sedación por inhalación y que cumple con todos los requisitos de la sedación a la vez que mantiene la conciencia. Ese agente es el óxido nitroso.

El óxido nitroso es un gas de aroma ligeramente dulzón, incoloro e inerte. Su capacidad de mantener la combustión es importante porque para la seguridad de su uso en sedación consciente siempre debe asociarse con no menos del 20% de oxígeno. Se recomienda que el paciente sea mantenido al 100% de oxígeno durante 5 o preferentemente 10, minutos después del procedimiento de sedación. También es prudente mantener las concentraciones de óxido nitroso tan bajas como sea posible en los procedimientos prolongados.

c) SEDACIÓN ORAL.

El método más aceptado universalmente para administración de drogas y el más fácil es, la vía oral. El método depende de la absorción a través de la mucosa intestinal. Esto significa que el estado del estómago, las características de absorción de la droga y la biodisponibilidad son puntos que se deben considerar.

La recuperación puede ser prolongada porque la droga se metaboliza muy lentamente. Sería más prudente hacer que el niño acuda al consultorio una hora antes de la cita, para la administración del sedante por personal entrenado. Debe tenerse cuidado en calcular la dosis correcta de la medicación para el niño. Éste tipo de sedación puede lograrse utilizando una combinación de drogas.

AGENTES COMÚNMENTE EMPLEADOS.

Aunque se dispone de muchas drogas para la sedación consciente, son relativamente pocas las que se usan en la actualidad. Excepto el óxido nitroso, esas drogas se encuentran en una de las siguientes clases:

a) ANTIHISTAMÍNICOS.

HIDROXIZINA (Atarax y Vistaril).

Los efectos clínicos se observan a los 15 a 30 minutos, con niveles pico a las dos horas. Se administra preferentemente por vía oral.

Sus reacciones adversas: somnolencia extrema, boca seca, hipersensibilidad, disnea.

Dosis. Oral, 0.6 mg/kg.

IM 1.1 mg/kg.

Prometazina (Fenergan)

Es un antihistamínico fenotiazínico. El comienzo de su acción está dentro de 15 a 60, minutos con un pico de los 60 a 120 minutos y una duración de 4 a 6 horas.

Reacciones adversas: Boca seca, visión borrosa. hipotensión leve.

Dosis. Oral, 1.0mg/kg

IM, 0.5mg/kg

Difenhidramina (Benadryl)

Tiene efectos máximos a la hora y una duración de 4 a 6 horas.

Reacciones adversas: Hipersensibilidad , alteración de la coordinación, molestias epigástricas.

Dosis. Oral, IM o IV, 5mg/kg/24hrs, hasta un máximo de 300 mg por día

Clorpromazina (Thorazine)

Se trata de una fenotiazina potente con acción psicotrópica. En la sedación consciente se emplea más frecuentemente en combinación con la meperidina y la prometazina (coctel lítico). La droga prolonga e intensifica la acción de los depresores del SNC y puede bajar el umbral de los ataques.

Reacciones adversas: Taquicardia, hipotensión.

Dosis Oral, rectal e IM, 0.5mg/kg

b) BENZODIACEPINAS.

Diazepam (Valium)

Es un derivado benzodiazepínico liposoluble e insoluble en agua. Se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal con niveles pico a las 2 horas. La droga tiene tres metabolitos activos, uno de los cuales también es muy lipofílico y tiene una vida media de 96 horas. Esos metabolitos son más ansiolíticos que sedantes.

Luego de la administración intravenosa, el diazepam se distribuye en 30 a 45 minutos y el paciente parece no estar sedado sino libre de ansiedad.

El diazepam tiene fuerte acción anticonvulsiva y brinda cierta profilaxis contra ésta reacción adversa de otras drogas durante la intervención.

EL diazepam puede ser administrado por vía oral, rectal o intravenosa. Si se usa la vía intravenosa se recomienda la administración lenta, debido a la propensión de la droga a causar irritación de la vena con la resultante tromboflebitis.

Dosis: Oral, rectal, 0.2 a 0.5 mg/kg.

IV 0.25 mg/kg.

c) HIPNÓTICOS SEDANTES.

BARBITÚRICOS.

Lo barbitúricos de acción rápida secobarbital (Seconal) y pentobarbital (Nembutal) son conocidos como drogas sedantes

Hidrato de Cloral. (Noctec, Aquachoral, Supretes).

Se administra por vía oral o rectal e inicia su acción a los 15 a 30 minutos por vía oral. La duración de su efecto es de 5 o más horas.

El hidrato de cloral es irritante para la mucosa gástrica. La droga produce somnolencia prolongada o depresión respiratoria. En grandes dosis produce anestesia general. Se recomienda que los niños pequeños no reciban un total más de 1g. Los riesgos se incrementan cuando el hidrato de cloral se combina con el hidróxido nitroso, narcóticos o agentes anestésicos locales.

Dosis. 25 a 50 mg/kg. hasta un máximo de 1g.

d) NARCOTICOS.

Meperidina (Demerol).

Es un opiáceo sintético. Muy hidrosoluble pero incompatible con muchas otras drogas en solución, como los barbitúricos. La meperidina se puede administrar por vía oral o subcutánea, intramuscular o intravenosa.

Dosis. Oral, subcutánea o IM 1 a 2.2mg/kg, sin exceder los 100mg.

e) ANTAGONISTAS DE NARCÓTICOS.

Naloxona (Narcan).

Es un antagonista semisintético de los opiáceos derivado de la tebaína, usado con el solo propósito de revertir los efectos de las drogas narcóticas. Revierte exitosamente casi todos los efectos de los opiáceos. Comienza a actuar 2 a 5 minutos después de su inyección subcutánea o intramuscular y en 1 a 2 minutos por vía intravenosa

Dosis. IV 0.01 mg/kg. cada 2 a 3 minutos hasta observar los efectos deseados. IM, 0.01 mg/kg. El efecto será de mayor duración y puede darse después de una dosis IV inicial para mantener los efectos.

ANESTESIA GENERAL

Cuando se tiene a un paciente autista con un serio problema dental que nos llevaría varias sesiones el tratamiento así como una conducta totalmente no cooperadora, la anestesia general representa una buena opción para su tratamiento.

Una vez que se ha tomado la determinación de hacer el tratamiento bajo anestesia general se tiene que poner atención en los medicamentos que habitualmente toman algunos niños para corregir ciertos síntomas asociados al padecimiento como son: haloperidol, fenfluramina, naltrexone, clomipramine y clonidina; ya que actúan a nivel del SNC y podrían potencializarse con el anestésico.(13)

Las situaciones en las cuales la anestesia general se consideró la técnica de elección incluyen las siguientes:

- 1) Afecciones odontológicas severas en los niños discapacitados físicos o sensoriales.
- 2) Enfermedad odontológica grave en niños con deficiencias mentales o psíquicas severas.

3) enfermedades odontológicas graves en niños incontrolables de toda edad que resisten continuamente todo abordaje convencional, incluyendo la contención y la premedicación.

4) Enfermedad odontológica grave en niños con enfermedad médica significativa como por ejemplo discracias sanguíneas, afecciones cardíacas o renales o con alergia reconocida a la anestesia local.

El odontólogo deberá evaluar la historia médica del niño, su estado actual de salud y las posibilidades de complicaciones a causa del procedimiento.

Los padres deben ser advertidos de toda complicación potencial y se obtendrá su consentimiento informado.

El anestesista evaluará el estado de salud actual del niño y revisará los registros hospitalarios previos o del presente en busca de exposiciones anteriores a la anestesia general y de toda complicación que haya ocurrido. El anestesista explicará los procedimientos que realizará durante la intervención y responderá a las preguntas que el niño o sus padres formulen.

Todos los anestésicos por inhalación producen anestesia por depresión de áreas específicas del cerebro. Los agentes por inhalación usados frecuentemente incluyen: óxido nítrico, halotano, enflurano e isoflurano. El halotano es el anestésico halogenado por inhalación usado más extensamente. Se prefiere la intubación nasotraqueal para asegurar un buen acceso a la cavidad oral. Se tendrá especial cuidado en la protección de los

ojos del niño. Se limpia y prepara el campo. Se coloca un paquete faríngeo para evitar que el niño se trague algún objeto usado en el procedimiento. Y se efectúa el procedimiento exactamente igual que en la práctica diaria , con dique de hule y los mismos instrumentos. EL anestésista se encarga de checar los signos vitales del paciente a través del monitoreo.

El anestésista debe ser avisado 5 minutos antes de terminar la intervención, de modo que pueda empezar a despertar al niño y hacer las preparaciones para retirar los tubos.

CAPÍTULO IV

IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL DE LOS NIÑOS AUTISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TERAPÉUTA.

La salud oral de los niños autistas es muy importante ya que el cuidado de todos sus órganos dentarios va a determinar en gran medida su nutrición, su fonación, su futura articulación, su crecimiento facial y su estética principalmente . Es crítico que hoy en día los adultos no valoren la importancia de la higiene y de un óptimo cuidado oral en los pequeños autistas por ignorancia o por apatía o tal vez ante el hecho de que su discapacidad representa un obstáculo para llevar a cabo técnicas correctas de higiene oral. Para los padres representa un serio problema el tratar de comunicarse con sus hijos autistas pues no encuentran los medios y caen en la desesperación de querer ayudarlos y no saber cómo hacerlo.(12)

Por eso es que se recomienda el tratamiento de los niños autistas desde una edad temprana para tratar de conseguir un mejor pronóstico en todos los aspectos, de igual forma se les enseña a los padres los medios para comunicarse con ellos.(12)

Existen en México muchas instituciones encargadas de la atención de niños autistas pero muy pocas de asistencia social. El modelo de atención para niños autistas se abrió a la población que no contaba con una protección de éste tipo. Como el costo de un

plan de ésta naturaleza es elevado y superaba las posibilidades existentes, se creó en 1984 la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, institución de asistencia privada el cual orienta a familias que se encuentran en ésta condición. Entre las instituciones de asistencia privada se cuenta con el Centro Educativo Domus, que ofrece varios tipos de atención, desde las 9:30 horas hasta las 17:30 de lunes a viernes en el que se dan terapias tales como ambiental, de lenguaje, psicomotricidad, juego dirigido y libre, actividades de la vida diaria socialización e integración; cuidados de enfermería y alimentación; psicología para padres y educación especial. En éste centro después que los niños comen, los terapeutas les asean la boca pero no llevan ningún tipo de control dental.

Los terapeutas de la institución son después de la familia los más allegados a ellos y son los que les han dado las pautas para tratar de integrarse a la sociedad sin embargo actualmente no se tiene claro la importancia que estos dan a la higiene oral de sus pacientes autistas, la cual debería ser enorme pues recordemos que algunos niños tienen problemas para masticar y para mover la boca y lengua y tienen particular propensión a la caries, porque les dan muchos alimentos blandos y no usan la lengua para extraer los restos de alimento atascados entre los dientes por lo que es esencial el cepillado en ellos con regularidad.

Es triste que una discapacidad represente una seria barrera para la atención oral o se rezague por su condición pues nadie le da la importancia que se requiere.

ELIMINACIÓN DE LA PLACA DENTAL

(Técnicas de limpieza oral)

La labor del cirujano dentista debe incluir la formación de los terapeutas y/o de los padres en las técnicas de eliminación de placa con ayuda del cepillo y la seda dental, y los estimulará para que los pongan en práctica.

Con el fin de no olvidar ningún diente, los padres primero y los niños después, cuando van creciendo deben ser acostumbrados a:

- 1.- Comenzar el cepillado siempre por la misma arcada y por el mismo lado.
- 2.- Limpiar todas las superficies vestibulares de una arcada y después todas las linguales.
- 3.-Terminar con las superficies oclusales.
- 4.-Cepillar la lengua.
- 5.-Utilizar la seda dental.
- 6.-Enjuagar y eliminar los restos.

En un niño normal la edad hace variar totalmente la responsabilidad sobre el cepillado pero un niño autista la responsabilidad siempre va a ser de los padres y de los terapeutas.

Podrá ser de ayuda para ellos explicarles algunos aspectos como:

1.-*Posición del niño.* La forma más cómoda para tener un buen acceso es colocar al niño recostado sobre una superficie plana y con su cabeza en el regazo del adulto.

2.-*Apertura de la boca.* Al principio, el niño puede llorar, siendo ésta un excelente forma de que abra la boca. Una forma de conseguir que el niño abra la boca es deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de éste.

3.-*Control de los movimientos.* Con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza.

4.-*Dentífrico.* Debe utilizarse una mínima cantidad, ya que si se usa en exceso dificultaría la visión de los dientes y estimularía la secreción de saliva , esto causaría confusión y además sería ingerida.(8)

Una vez que el terapeuta o el padre tienen acceso a los dientes del niño, se podrá eliminar la placa. El cepillo se colocará a la altura de los molares más distales con las cerdas anguladas hacia la encía. Con frecuencia es necesario colocar el cepillo verticalmente en la zona palatina anterior. Deberá tener cuidado para no realizar una fuerza excesiva que lesionaría los tejidos y haría daño al niño (8)

Generalmente las mejores posiciones para el cepillado son:

1.- *Adulto y niño de pie mirando en la misma dirección.* La nuca del niño se apoyará en el abdomen del adulto para que sirva de apoyo. Con la mano izquierda se controlan los labios y las mejillas, y con la derecha se procede al cepillado.

2.- *Adulto y niño situados frente a frente.* La cabeza del niño debe apoyarse en una pared para evitar el desplazamiento de ésta que dificultaría el cepillado o haría perder el equilibrio.

Para saber ¿qué tanta importancia dan los terapeutas a la higiene oral de los niños autistas? Se visitó el Centro Educativo Domus para aplicar una encuesta, dirigida a los terapeutas y así verificar los resultados.

El modelo de encuesta tiene por objeto investigar los programas de salud oral en el centro educativo Domus, así como la preparación de los terapeutas acerca de higiene oral para aplicarla a sus pacientes y para orientar y motivar a los padres acerca de tal cuidado

CONCLUSIONES

1.- Se debe motivar a los padres de los niños autistas para que los lleven a revisión al consultorio dental de cuatro a seis veces por año, así como darles instrucciones de higiene oral para que las apliquen dentro de su hogar.

2.- Se debe instruir a los terapeutas en los centros de rehabilitación sobre higiene oral, ya que las terapias son por lo regular muy extensas y en ellas se les da alimentación a los niños.

3.- La importancia que dan los terapeutas a la higiene oral fue más alta de la que se pensaba ya que en el Centro Educativo Domus se incluye dentro de los programas.

4.- Fue agradable conocer mediante este estudio que la mayoría de los terapeutas tienen ganas de adquirir conocimientos de higiene oral para contribuir a la salud de sus pacientes.

5.- El Cirujano Dentista debe contar con los conocimientos y habilidades necesarias para no temer enfrentarse al tratamiento de un niño con autismo

6.- En los centros de rehabilitación se debería contar con un estricto control dental de los niños para dar atención preventiva en lugar de restauradora

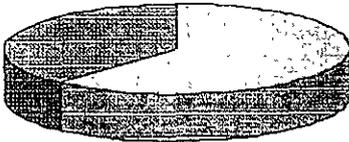
ANEXOS

¿Motivas a los padres a que lleven a sus hijos autistas a revisión al consultorio dental?



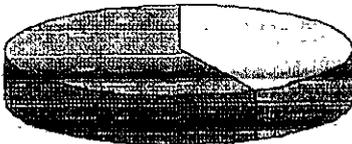
□ si = 14.2%
▣ no = 85.7%

¿Revisas la higiene oral de tus pacientes autistas?



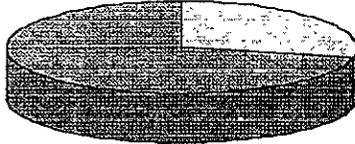
□ si = 61.9%
▣ no = 38%

¿Sabes si tus pacientes autistas son actualmente atendidos odontológicamente?



□ si saben = 42.8%
▣ no saben = 57.1%

¿Les das instrucciones de higiene oral a los padres de los niños autistas?



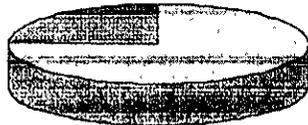
□ si = 28.5%
▣ no = 71.4%

¿Conoces alguna técnica de cepillado?



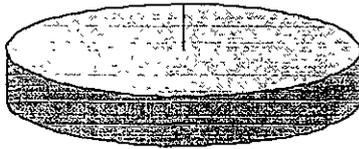
□ si = 80.9%
▣ no = 19%

En la institución, ¿cuántas veces les cepillas los dientes a tus pacientes autistas?



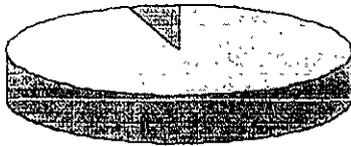
□ dos veces = 76.1%
▣ una vez = 23.8%

¿Consideras importante el cuidado de la salud oral de tus pacientes autistas?



□ si = 100%
■ no = 0%

¿Te gustaría adquirir conocimientos de higiene oral para tus pacientes?



□ si = 95.2%
■ no = 4.7%

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Fejerman Natalio. *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Editorial Paidós. Primera edición. Buenos Aires-Barcelona- México,1994.
- 2.- Frith Uta. *Autismo hacia una explicación del enigma*. Editorial Alianza. 1989.
- 3.- De Villard Regis.*Psicosis y autismo del niño*. Editorial Masson. Primera edición. Barcelona-México,1986.
- 4.- Tustin Frances. *Autismo y psicosis infantiles*. Primera edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1987.
- 5.- Escotto Jorge / Morett. *El autismo infantil. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento*. Gaceta Médica de México Vol. 127 No. 6 noviembre- diciembre 1991.
- 6.- Castillo Mercado Ramón. *Manual de Odontología Pediátrica*. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. Primera Edición. Colombia 1996.

7.- McDonald Ralph E./ Avery David R. *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Editorial Panamericana. Quinta Edición. Buenos Aires, 1990.

8.- Wing Lorna. *La educación del niño autista (Guía para padres y maestros)*. Editorial Paidós. Segunda Edición. Buenos Aires, 1978.

9.- Garanto Alós J. *El autismo*. Editorial Herder. Barcelona 1990.

10.- Baron – Cohen et.al. *Another advanced test of theory of mind*. J. Child Psychol. Psychiat. Vol.38. No. 7. 1997.

11.-Brauner Alfred. *Vivir con un niño autístico* Editorial Paidós. Primera edición. Barcelona - Buenos Aires, 1981

12.- S. Wakschalag / L. Leventhal. *Consultation with young autistic children and their families*. J. Am. Acad. : Child Adolesc. Pssycchiatry, 35:7, July 11996.

13.- Campbell M. et.al. *Treatment of Autistic Disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 35:2, February 1996.