



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON AUTISMO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ALEJANDRA NOGUERÓN MARTÍNEZ

TUTORA: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA

ASESORA: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES



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.

Agradecimientos.

Han sido 6 años de mi vida llenos de esfuerzos, sacrificios, y satisfacciones pero esto no lo he logrado sola por ello agradezco:

A Dios.

Por darme el don de la vida, permítirme elegir a las personas que serían parte de mi vida, por mostrarme el camino a esta profesión desde pequeña, por siempre guiar mis pasos, por no dejarme caer, por todos los sueños brindados, por ayudarme a concluir este proyecto, por darme la fuerza para lograr que este sueño se hiciera realidad.

A mi madre.

Que es la persona más importante de mi vida, gracias por darme la vida, por siempre estar a mi lado por no darte por vencida y trabajar sin cansancio, por tu paciencia y apoyo incondicional, por tu amor que cada día me hace más fuerte, por enseñarme a vivir sin temor y lograr todo lo que me proponga, por la confianza, gracias a ti soy lo que soy, eres un gran ejemplo para mí por eso y más te dedico este logro TE AMO.

A mi padre.

Por darme la vida junto con mi madre, porque aunque lejos siempre estas presente en mis pensamientos, en mis bendiciones, y doy gracias a Dios por permítirme tenerte a mi lado y gracias por el apoyo brindado para que lograra terminar este gran sueño TE AMO.

A mi abuelo.

Por ser el mejor hombre del mundo, por ser una persona honesta, entregado a todo lo que haces y un triunfador, por quererme tanto y por ser parte de este logro desde un principio siempre has creído en mí, gracias por todo lo que has hecho por mí, lo que soy en gran parte te lo debo a ti, gracias por estar en los momentos más importantes y difíciles de mi vida, TE AMO.

A mi abuela Ara.

Por ser mi gran amiga, por tus consejos, tu fuerza y dedicación a todos, por siempre estar al pendiente de todo, pido a Dios que te mantenga mucho tiempo más conmigo TE AMO.

A mi hermana.

Eres la mejor hermana que me pudo haber mandado Dios, gracias por ayudarme a madurar, y por tu madurar tan rápido, solo por mí, aunque tuviste que dejar cosas importantes de tu vida, gracias por ser mi amiga, mi segunda madre, por siempre estar al pendiente de mí, seguir a mi lado a pesar de todo, por ser tan fuerte te admiro y TE AMO.

A mi novio.

Primero que nada por ser mi mejor amigo pero sobre todo mi compañero de vida, gracias por tu paciencia, gracias por ser esa persona tan especial que me llena de felicidad cada vez que te veo. Gracias por dejarme saber que existes TE AMO hoy, mañana y siempre.

A mi abuela Lola.

Por confiar en mí y a pesar de todo nunca dejarnos, siempre has estado presente en mi mente muchas gracias por quererme. TE ADORO.

A mi Tutora

Gracias Doctora Vicky por su paciencia y dedicación hacia mi trabajo, gracias por su amistad, por su apoyo y conocimientos, sin Ud. No hubiera sido posible concluir este proyecto Gracias.

A mis Asesoras.

Muchas gracias por sus desvelos, a pesar de todo el trabajo que tienen por darse el tiempo de revisar mi trabajo, gracias por su conocimiento, y dedicación. Gracias. Doctora Patricia y Doctora Lu.

A mis pacientes.

A las personas que fueron mis pacientes durante toda la carrera gracias por tener la confianza de ponerse en mis manos, gracias porque si no hubiera sido por Uds. Jamás hubiera reafirmado mi amor hacia mi carrera Gracias.

A los angelitos que aparecieron a lo largo de toda mi carrera en distintas formas doctores, compañeros, amigos, se que Dios los mando para poder hacer este camino un poco más fácil muchas gracias por todo su apoyo y amistad los quiero.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	8
1 Autismo	10
1.1 Definición	10
1.2 Antecedentes	10
1.3 Criterios empleados para el diagnóstico	11
1.4 Clasificación	14
1.4.1 Trastornos Generalizados del Desarrollo	17
1.4.2 Trastornos espectro autista	19
1.5 Etiología	20
1.5.1 Agente	20
1.5.2 Huésped	21
1.5.3 Ambiente	21
1.5.4 Causas psicológicas	22
1.5.5 Causas genéticas	22
1.6 Epidemiología	23
1.7 Descripción clínica general (signos y síntomas).según Kanner	24
1.8 Patología Oral	31

2 Características Conductuales	35
2.1 Desarrollo temprano	36
2.2. Desarrollo del lenguaje	38
2.3. Trastornos de socialización	38
2.4 Problemas cognitivos sensoriales y perceptual-motores.	39
2.5 Aspectos Neurológicos	40
2.6 Características Neuropsicologías	41
3 Tratamiento Médico	48
3.1 Fármacos empleados en el manejo del autismo y sus efectos adversos a nivel de la cavidad oral	48
4 Manejo Conductual, técnicas y recursos aplicados	50
4.1 Acondicionamiento Clásico	50
4.2 Acondicionamiento Operante.	51
4.3 Refuerzo.	51
4.4 Enseñanza Estructurada	54
5 Tratamientos Odontológicos	56
5.1 Restricción Física	61

Introducción

La O.M.S. define la discapacidad como: cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Según la OMS la discapacidad, se divide en: Física, Sensorial, Cognitiva y Psíquica, dentro de la discapacidad neuropsicológica o psicosocial se encuentra el Autismo, cuando el Autismo está acompañado de una discapacidad intelectual (retraso mental) se considera dentro de la discapacidad cognitiva.

En 1943 Leo Kanner identificó por primera vez un caso de autismo cuando describió a 11 niños que mostraban un aislamiento extraño a edad temprana, denominándolo “*autismo de la infancia temprana*”. Al principio, se pensó que el autismo era un trastorno afectivo, consecuencia de una crianza deficiente por parte de los padres, lo cual resultó ser solo un factor predisponente en la etiología de este síndrome.

El autismo es un trastorno del desarrollo en el que la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas; es la condición más común del grupo de trastornos generalizados del desarrollo, los primeros signos del autismo se pueden observar generalmente antes de los tres años de edad.

Los niños con autismo presentan numerosos problemas médicos y trastornos de la conducta que hacen que su tratamiento dental sea difícil de llevar a cabo, debido al complejo cuadro que presentan estos pacientes, es necesario hacer un abordaje integral e interdisciplinario donde sean tomadas en cuenta sus características biológicas, psicológicas y sociales con el fin de brindar una correcta atención odontológica.

El punto más importante para el éxito de un tratamiento en un paciente con discapacidad es el adecuado abordaje conductual ya que mediante éste el manejo del paciente se facilitará notablemente.

Pero, ¿estamos realmente preparados los futuros odontólogos para tratar pacientes especiales? Esta interrogante debe hacernos reflexionar y construir el inicio de un cambio de paradigmas establecidos en la odontología del siglo pasado. Debemos capacitarnos para la nueva odontología, esa que se dedica a la atención de pacientes discapacitados y medicamente comprometidos.

1 Autismo.

1.1 Definición.

Etimológicamente, el término autismo proviene de la palabra griega *eaftismos*, cuyo significado es "encerrado en uno mismo".

Es un síndrome de la niñez que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio.¹

1.2 Antecedentes.

La primera descripción de Autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos, en 1943. En su artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Los trastornos autistas del contacto afectivo), reporto detalladamente las observaciones realizadas a once niños que compartían unas características conductuales especiales, definiendo el termino *early infantile autism* (autismo infantil precoz).²

Pocos meses después, a principios de 1944, Hans Asperger, médico vienes, identificó un grupo de cuatro niños con características similares, utilizando el término *autistic psychopathy* (psicopatía autista).³

¹ GOMEZ, B., Badillo, V, Martinez, E.M, Planells, P. Intervencion odontologica actual en niños con autismo. La desensibilizacion sistematica. 3, s.l. : Cient Dent, 2009, Vol. 6, págs. 207- 215.
Disponble en: http://www.peques.com.mx/que_es_el_autismo_y_cuales_sus_clasificaciones.htm

¹ Ib.

³ Art. Cit Gomez, B.

Kanner y Asperger no fueron los primeros en observar estas conductas. En 1908, Heller publicó un artículo acerca de seis niños de edades comprendidas entre tres y cuatro años con insidiosa pérdida del lenguaje y habilidades mentales, los cuales quedaban severamente discapacitados con sintomatología idéntica a la de los niños autistas.⁴

Pocos años después, en 1911, Bleuler utilizó por primera vez el término *autism* para describir la deficiente habilidad de los pacientes esquizofrénicos para relacionarse con las otras personas y su retracción de la interacción social.⁵

1.3 Criterios empleados para el diagnóstico.

Para un buen diagnóstico es necesario realizar una historia clínica muy cuidadosa, explorando especialmente la época durante el embarazo, el parto, la evolución perinatal y los primeros años de vida. La historia familiar puede ser útil para descartar ciertos trastornos de naturaleza genética. El examen físico debe ser minucioso, incluyendo el estado actual de desarrollo, la consulta con psicólogos, psiquiatras, neurólogos, y fonoaudiólogos, suele ser necesaria. El rango para realizar un diagnóstico de Autismo primario va de los 4 meses a los 4 años de edad.⁶

⁴Ib.

⁵Ib.

⁶ **PALUSZNY, Maria.** Autismo, Guía practica para padres y profesionales. septima reimpresion. s.l. : Trillas, 2004.

Sin embargo el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), 4ª edición (*DSM-IV*) propone criterios más completos y concisos:⁷

El primer punto, indicado como: *alteraciones cualitativas de la interacción social*. Se divide en cuatro elementos:

- a) Una grave alteración en el uso de comportamiento no verbales como la mirada recíproca, las expresiones faciales, las posturas corporales y los gestos que regulan la interacción social.
- b) La incapacidad de formar relaciones con los coetáneos de manera adecuada a su nivel mental.
- c) La incapacidad de compartir intereses y momentos gozosos con los demás.
- d) Una falta de reciprocidad social o emocional.

El segundo se refiere a: *alteraciones cualitativas en la comunicación* y se subdivide en:

- a) Retardo o ausencia del lenguaje verbal (no compensado por gestos o expresiones mímicas)
- b) Grave alteración en la capacidad de iniciar o sostener una conversación (en sujetos con lenguaje adecuado).
- c) Uso repetitivo o estereotipado de la conversación.
- d) Falta de juegos espontáneos de ficción y de iniciativas sociales de juego adecuadas a la edad mental.

⁷ **ZAPPELLA, Michelle.** Autismo infantil, estudios sobre la afectividad y las emociones. [trad.] Ildro Rosas Alvarado. s.l. : Fondo de cultura económica.

El tercero se refiere a comportamientos, intereses, actividades repetitivas, limitadas y estereotipadas como:

- a) Una intensidad o una focalización exagerada sobre uno o más esquemas de intereses limitados;
- b) Una insistencia en rituales o rutinas no funcionales;
- c) Amaneramientos motores repetitivos;
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.⁸

Para el diagnóstico del autismo se requieren por lo menos dos elementos de la primera categoría, uno de la segunda y uno de la tercera, seis en total.

En el caso de que los síntomas del autismo estén presentes de manera incompleta o atípica, el DSM IV habla de trastornos difusivos del desarrollo no especificados de otra manera (comprendido el autismo atípico). Hoy en día se puede recurrir a estudios bioquímicos, genéticos y cromosómicos, electroencefalográficos imágenes cerebrales. No obstante el diagnóstico sigue siendo predominantemente clínico.⁹

⁸ Op. Cit. **Zapella, Michelle.**

⁸ **NOWAK, Arthur j.** Odontología para el paciente impedido. s.l. : Mundi, 1979. págs. 106-123.

1.4 Clasificación.

En 1958 J. Anthony diferencia un autismo primario idiopático de un autismo secundario. Atribuye al primero un retraimiento neonatal o de privaciones sensoriales, con posible lesión cerebral, mientras que el secundario aparecería después del año o año y medio presentando con posterioridad retraimiento psicótico.¹⁰

Años posteriores se le consideró como un trastorno del lenguaje por un déficit cognitivo (Rutter, 1968). Por otra parte Tustin (1973) en su libro *Autism and childhood psychosis* (Autismo y psicosis infantil), describe la etapa infantil temprana como un autismo primario normal. El bebé experimenta sensaciones, pero no tiene conciencia de las partes de su cuerpo ni reconoce los límites entre el “yo” y el “no yo”; es decir, no tiene conciencia de que su madre está separada de él.¹¹

Gradualmente con la ayuda materna, el bebé empieza a diferenciar las partes del propio cuerpo, se observa separado de su madre y se distingue de las demás personas y de las cosas.

Durante mucho tiempo se ha aceptado como normal esta etapa del desarrollo temprano, que acentúa la inconsciencia del niño de las cosas que están fuera de él y la importancia de la madre, y subraya la relación que existe entre la madre y su hijo por medio de la alimentación con el pecho.¹²

¹⁰ Op. Cit. **Paluszny, Maria.**

¹⁰ Ib.

¹¹ Ib.

Esta etapa se llama *fase oral, fase de confianza, básica en oposición a desconfianza o fase del narcisismo primario o analítico*. Por su parte Tustin se refiere a esta etapa como *autismo primario normal*, y la diferencia de una prolongación anormal de aquella que conduciría al autismo patológico.¹³

Esta investigadora considera que el autismo primario anormal aparece cuando la primera etapa normal del desarrollo se prolonga, ya sea debido a que el niño experimenta una falta total de cariño en la crianza o una falta parcial de afecto.¹⁴

Tustin propone otra forma de autismo a la que denomina autismo secundario encapsulado, el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando todavía no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la sensación de separación.

Para no experimentar nuevamente esta separación tan violenta y atemorizante, el niño adopta la parte del mundo que no le corresponde -el "no yo"- y crea una barrera entre sí y el mundo que lo rodea.¹⁵

En el momento actual, el autismo se clasifica de dos maneras diferentes. En la mayoría de las clínicas psiquiátricas o de salud mental, el autismo se clasifica bajo el rubro de alteraciones psicóticas de la niñez. Según lo que ahora se sabe del autismo, esta parece ser una clasificación aceptable, pues la psicosis no implica etiología y puede resultar de una disfunción orgánica y ser una alteración funcional. Por lo tanto el Autismo es una forma de psicosis.

¹³ Op. Cit. **Paluszny, Maria.**

¹⁴ Ib.

¹⁴ Ib.

Otra forma de clasificar el autismo es como una deficiencia del desarrollo.

Posiblemente la mejor y más razonable manera de clasificar al autismo es el empleo de un enfoque multiaxial, propuesto por la World Health Organization, enfoque que combina una clasificación descriptiva con otra funcional, el sistema incluye cuatro ejes: “El primero especifica el síndrome clínico; el segundo, el nivel intelectual; el tercero, cualquier asociación o factores etiológicos biológicos, y el cuarto, cualquier asociación o factores etiológicos psicosociales.”¹⁶

Este sistema es útil para clasificar cualquier perturbación psiquiátrica de la niñez, pero lo es específicamente en síndromes como el autismo.

Esta práctica es importante cuando se decide la ubicación escolar del niño autista, si el autismo quedo en el rubro de “psicótico”, se recomendará un salón de clases para niños con perturbaciones emocionales, y si se considera como disfunción del desarrollo, se recomendará otro tipo de situación educacional.¹⁷

Hoy en día las nuevas corrientes neuropediátricas lo caracterizan como un síndrome que se manifiesta en el área de la conducta más que en lo sensorio-motor. Lorna Wing (1976) lo define como un impedimento social, del lenguaje y conductual. Ya en 1980 el DSM-III lo definió como Pervasive Development Disorder (PDD). El DSM-III-R (1087) Incluye el Autismo dentro de los cuadros de trastornos profundos del desarrollo.¹⁸

¹⁶ Op. Cit. **Paluszny, Maria.**

¹⁷ Ib.

¹⁸ Op. Cit. **Gomez, B.**

1.4.1 Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se expresan por compromiso en la socialización, déficit del desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal) e intereses restringidos con conductas estereotipadas.¹⁹

La categoría TGD se divide en dos grupos: TGD específicos y TGD no específicos. El primer grupo incluye aquellos trastornos y síndromes con características clínicas definidas y diferenciales de otros (aunque no exista un marcador biológico), el segundo agrupa los Trastornos del Desarrollo que presentan algún rasgo Autista, pero no evidencian las suficientes características clínicas para poderlos clasificar dentro de una entidad patológica específica.²⁰

Dentro de los TGD específicos se incluyen el Síndrome de Rett, el Síndrome de X Frágil, el Síndrome de Angelman, el Síndrome de Laudau-Kleffuer y los Trastornos Espectro Autista.

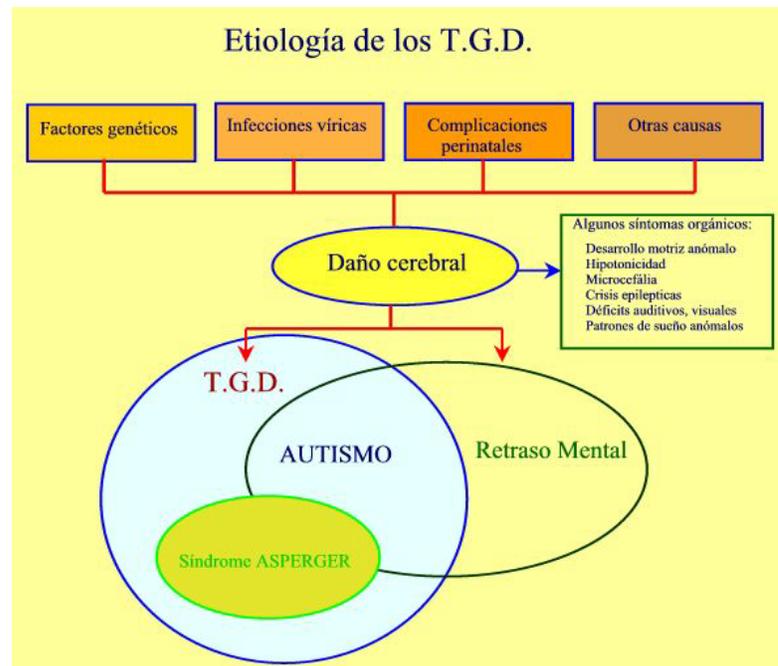
Cada uno de ellos cumple con características específicas que los diferencian entre sí, presentando la mayoría de ellos cualidades comunes tales como: anormalidades en el electroencefalograma, epilepsia, y conductas Autistas. (Muñoz Yunta, 2005^a).²¹

¹⁹ **YUNTA, Jose Antonio Muñoz.** Autismos, su clasificacion, 2005

¹⁹ Ib.

²⁰ Op. Cit. **Yunta, Jose Antonio Muñoz.**

Fig. 1. Etiología de los trastornos generalizados del desarrollo.



Fuente: Yunta, Jose Antonio Muñoz.²²

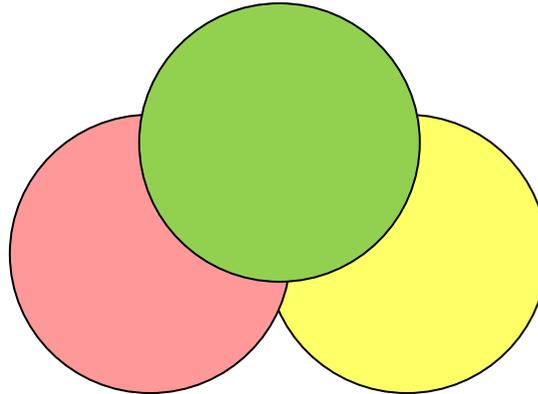
²²Op. Cit. Yunta, Jose Antonio Muñoz.

1.4.2 Trastornos del Espectro Autista. (TEA).

Están definidos por la triada de Wing que se manifiestan en forma de alteración de la interacción social recíproca, alteración cualitativa de la comunicación y la presencia de patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas.

Fig. 2. Triada de alteraciones conductuales en los trastornos del Espectro Autista.

Alteración cualitativa de la interacción
social recíproca.



Alteración cualitativa de la comunicación. Actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados.

Fuente: WING, Lorna. Autistic Children: a guide for parents and professionals.

1.5 Etiología.

Diversas investigaciones han demostrado que la etiología del autismo está vinculada con un desajuste orgánico. Se desconoce la causa de tal desajuste, pero varias “causas” diferentes pueden producir el defecto fundamental del sistema nervioso central (SNC) que origina los síntomas del autismo.²³

1.5.1 Agente

Alrededor del 10% de todos los casos de autismo se asocian o son atribuibles a alguna condición médica. Por lo general son patologías prenatales o posnatales; los factores perinatales tienen un papel etiológico pequeño en el autismo. Son agentes etiológicos conocidos como infecciones intrauterinas por citomegalovirus y en particular la rubeola, en la etapa posnatal, la encefalopatía obstétrica y la encefalitis herpética.²⁴

²³ **MARTINEZ.Roberto**, Pediatría Martínez salud y enfermedad del niño y del adolescente. 6. centro occidente de mexico : Manual Moderno federacion de pediatria.

²⁴ Ib.

1.5.2 Huésped.

La mayoría tienen un factor genético, con múltiples genes participando en la fisiopatología del autismo primario (autismo en otra patología neurológica asociada), lo que explica 3 a 8 % de riesgo de recurrencia en familias con un niño afectado, así como la concordancia hasta de un 90% entre gemelos monocigotos.

Entre las patologías coexistentes se encuentran: anomalías cromosómicas (síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Angelman y síndrome de Down); trastornos de migración neuronal y disgenesias cerebrales (esclerosis tuberosa, hipomeganosis de Ho); aminoacidopatías (fenilcetonurias, síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de West e hidrocefalia).²⁵

1.5.3 Ambiente.

Las dificultades perinatales (encefalopatía hipóxico- isquémica, etc.,) tiene poca influencia causal, Existen factores epigenéticos que modulan la expresión del padecimiento.²⁶

²⁵ Op. Cit. **Martinez, Roberto.**

²⁶ Ib.

1.5.4 Causas Psicológicas.

La observación de Kanner que señala que los padres de sus pacientes parecían ser mecánicos en la crianza de sus hijos, llevo a la conclusión que el niño autista era consecuencia de la patología de los padres – especialmente la madre-, sin embargo estudios posteriores no encuentran diferencia significativa en la sociabilidad, calidez o incidencia de diversos trastornos psiquiátricos en los padres de los niños autistas.²⁷

Por lo tanto no hay entonces relación causal entre esas variables y la incidencia de autismo en la niñez, pero la calidad del medio ambiente del niño ciertamente modifica la evolución del trastorno.

1.5.5 Causas Genéticas.

Se sabe que los factores genéticos pueden incrementar la vulnerabilidad del niño o el riesgo de autismo. Este tipo de influencia es diferente de la que se aprecia en otros trastornos, tales como el síndrome de Down o la fibrosis quística, en los que el trastorno esta provocado por una mutación genética.²⁸

Ensayos con gemelos homocigotos han demostrado que si un gemelo tiene autismo, es muy probable (en una proporción superior al 50%) que el otro también lo desarrolle.

²⁷ Op. Cit **Nowak, Arthur j.**

²⁸ Op. Cit. **Gomez, B.**

Los investigadores creen que una tendencia genética hacia el autismo puede operar en combinación con otros factores no heredados, tales como las influencias medioambientales, como la interrupción del aporte de oxígeno al cerebro durante el embarazo o incluso la exposición a pesticidas.²⁹

1.6 Epidemiología.

Desde los años 90 la prevalencia de población con autismo más aceptada esta en el orden de 5-13 por cada 10,000 siendo tres o cuatro veces más frecuente en niños que en niñas. En el género femenino la alteración es mucho más grave si se añade un CI inferior a 50 y un déficit masivo en el lenguaje. Los estudios más recientes tienden a dar índices mucho más altos que la cifra tradicional de 4-5 por cada 10,000 basada en los criterios de diagnostico de Kanner.

Los resultados obtenidos por Fombonne, estiman la prevalencia actual del trastorno autista en valores situados en el rango de 10/10000 y 16/10000. En los Estados Unidos se han encontrado incluso cifras superiores 34/10,000. Estos estudios demuestran que el autismo es una discapacidad relativamente frecuente.^{30 31 32 33 3435}

²⁹ Ib.

³⁰ **BONDI, Ana M. Silvina G. Cortese.** Odontopediatria fundamentos y practicas para la atencion integral personalizada. s.l. : Alfaomega

³¹ **PALUSZNY, Maria.** Autismo, Guia practica para padres y profesionales. septima reimpresion. s.l. : Trillas, 2004

³² **ANDRADE León, Carlos, Ortega, Hector** Autismo Aspectos biologicos. 3, septiembre de 1985, Salud Mental, Vol. 8, págs. 33-40.

³³ Op. Cit. **GOMEZ, B.**

³⁴ **DONALD, Mc.** Odontologia para el niño y el adolescente. [trad.] Horacio Martinez. 2a. Buenos Aires : Mundi, 1969.

³⁵ **FOMBONNE E.,** Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo. Madrid : s.n., 2005, Nuevos desarrollos en el Autismo, págs. 21- 44.

1.7 Descripción clínica general (signos y síntomas) según Kanner.

Desde el nacimiento hasta los 3 meses.

-Alimentación:

Vómitos.

Anorexia.

Defecto de succión, no mira al tomar el pecho* defecto del contacto ocular con la madre.

-Sueño.

Gritos frecuentes, a veces día y noche.

Disminución en la duración del sueño.

Despertar nocturno.

-Comportamiento.

Inconstancia del reflejo de orientación con relación a una fuente sonora.

Sonrisa rara, demasiado calmado, la madre distingue mal los gritos, no sabe lo que pide*.

Ausencia de sonrisa en el rostro*.

Rostro poco expresivo, triste, indiferente.

Indiferencia cuando se le coge en brazos, a veces rigidez o reticencia al contacto físico*.

Grita si alguien se acerca a la cuna, rítmicas en la cuna.

La madre tiene la sensación confusa de que algo es anomal.³⁶

*Signos específicos.

³⁶ Villard, Regis de. *Psicosis y autismo del niño, clínica y tratamiento*. Barcelona- México. : Masson.

De 3 a 9 meses.

-Alimentación.

Dependencia excesiva del biberón.

Rechazo de una alimentación variada.

Dificultades para comprender sus gustos o desagradados.

Desinterés ante la preparación de la comida.

Vómitos reflejos al deglutir.

No quiere masticar.

Rechazo o dificultades en la utilización de la cuchara.

-Sueño.

Insomnio agitado o calmado.

Hábitos particulares durante la noche.

-Comportamiento con los objetos y el cuerpo.

Desinterés precoz por los juguetes.

Interés particular por los movimientos de las manos y de los dedos*.

No da patadas de alegría, ni se ríe ahogadamente, coge 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 de un objeto.³⁷

*Signos específicos.

³⁷ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

Contacto preferente y particular: piel, superficies lisas, cabellos, etc.*.

Balances, movimientos curiosos de los dedos y de las manos*.

Abúlico o hiperexcitable, golpea, lanza, tira los objetos.

Se lleva a la boca todos los objetos (pseudo-olfateo).

Pseudo-sensibilidad al dolor, ignora la parte del cuerpo agredida, se interesa tan solo por una parte del cuerpo del otro (ojos, boca) u objeto brillante (anteojos, aretes...)*.

-Comportamiento con las personas...

Inexistencia de la angustia del octavo mes (ausencia de llanto o, en muy pocas ocasiones, ante una cara desconocida o el alejamiento de la madre), indiferencia o rechazo del balance en brazos*

Le gusta el balanceo por medio de una cuna, cochecito, mecedora, baby-relax, coche*.

No le gusta que le toquen: rechazo, gritos o pasividad.

No se inclina por si mismo hacia un objeto*.

Coge la mano del adulto para reclamar o actuar y le conduce hacia lo que desea*.

Interés por los gestos de los allegados aun cuando sea indiferente hacia la persona, no hay actitud anticipadora (no tiende los brazos)*.

Pasividad en el baño o cuando le arreglan, no grita de cólera o de miedo.

Ausencia de reflejo para volverse a levantar (hipotonía y retraso de la posición sedente), defecto de ajuste postural, necesita ser llevado de una determinada manera.

Ausencia o retraso de la sonrisa.

Tristeza o indiferencia del rostro.³⁸

*Signos específicos.

³⁸ Op. Cit. Villard, Regis de.

-Serie visual:

Interés por algunos detalles (migas de pan, perlas, agujas...)*.

Pestañeos inconstantes ante una luz fuerte.

Evita la mirada*.

Gira la vista cuando alguien se le acerca bastante.

Mirada vacía, ausente, 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 a la llamada por su nombre, no hay manifestación ante la voz materna*.

Indiferencia o miedo a ciertos ruidos, le gusta crear fuentes sonoras o pone su oído sobre ciertos aparatos (aspirador, radio, televisión...).

-Comunicación pre-verbal:

No responde a los estímulos verbales, emite ruidos monocordes, y muy posteriormente.

Ausencia de murmullos, no vocaliza, emite sonidos no adaptados a las circunstancias.*

No llama, no hay variaciones en las entonaciones,

Ausencia de mímica facial.

Indiferencia a los rostros y a sus mímicas.

Sensibilidad al tono y al timbre de voz.³⁹

*Signos específicos.

³⁹ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

-Exigencia de inmutabilidad:

Le gusta la repetición de ciertos gestos.

Desarraigo o regresión en caso de cambio (casa, habitación, padres...).

Rituales (acostarse, lavarse, vestirse, horarios, comidas...).

Dependencia particular de un objeto, un rincón, una situación, un juego*.

De 9 a 24 meses.

-Alimentación:

Atracción hacia lo no comestible.

No acepta ciertos alimentos (rechazo de lo troceado o triturado...).

Huele, resopla.

Ritualización de las comidas.

Todo es paradójico y difícil de comprender para la madre.

-Sueño:

Insomnio, terrores y gritos nocturnos.

Rítmicas al adormecerse.

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 (hacer como si...)*

Recorre las paredes, se fija en las superficies.⁴⁰

*Signos específicos

⁴⁰ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

Le gusta el agua, sin jugar en ella.

No diferencia un objeto estático de un ser vivo*

Lo toca todo, llama la atención los juegos mecánicos.

No parece que la marcha le sirva para afianzarse.

Balancesos, saltos sobre un mismo lugar, movimientos repetitivos, da vueltas sin vértigo.

Deambulación a cuatro patas más rara.

Le gusta poco la marcha.

Permanece mucho tiempo en el mismo lugar, se aficiona a un rincón particular o inhabitual.

Deambulación particular (punta de los pies, lanza la pierna, pasos desmesurados...)*.

Evita o teme ciertas sensaciones (superficies lisas y frías, superficies inhabituales: arena, hierba, viento...).⁴¹

-Comportamiento con las personas.

No llora o llora sin lágrimas o sin razón*.

No sabe besar o lo olvida enseguida.

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 solo, 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

⁴¹ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

Se deja tocar cada vez menos.

Risas incongruentes.

-Visión:

Evita la mirada, no parece prestar atención a lo que hace.

Da la impresión de no ver, nunca choca con los objetos.

Fija la mirada cuando realiza movimientos repetitivos.

Mirada inexpresiva, sobre-observación del detalle.

-Audición:

Sensible al ritmo y a la música.

Golpea ciertas superficies, parece no entender.

Selecciona lo que escucha (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.

-Comunicación:

No señala con el dedo,*

No imita los sonidos, no repite espontáneamente, 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*.⁴²

*Signos específicos.

⁴² Op. Cit. **Villard, Regis de.**

No sabe decir “No” con la cabeza*.

No puede imitar los gestos de “adiós”, “bravo”, marionetas, o no lo hace espontáneamente.

-Exigencia de inmutabilidad:

Ritualización, memorización importante: orden de clasificación*.

Sucesiones, repeticiones de actividades, situaciones de objetos....

Consecuencias y repercusiones de los cambios.⁴³

*Signos específicos.

1.8 Patología Oral.

Familiarizar al niño autista con la figura del odontólogo, puede ayudar en la consecución de los objetivos de salud oral que, sin duda, mejoraran su calidad de vida futura. Son niños que, en ocasiones, no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones tales como miedo o dolor, lo que hace más complicado su manejo.⁴⁴

Debido a las características conductuales y psicológicas del paciente odontopediátrico con autismo, los protocolos que habitualmente se emplean, deben modificarse en cierta medida. La labor de la familia y de los centros de educación especial son fundamentales para conseguir unos niveles óptimos de salud dental.⁴⁵

⁴³ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

⁴⁴ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁴⁵ Ib.

Una atención integral del paciente, incluye el consejo a los padres, la educación especial (a veces con un mayor énfasis en la modificación de conducta) en un entorno altamente estructurado, terapia de lenguaje y entrenamiento en habilidades sociales con el fin de alcanzar la independencia en actividades de la vida diaria y de autocuidados, como es el mantenimiento de la salud oral.⁴⁶

La salud oral y las necesidades dentales de los niños jóvenes autistas fue estudiada por Shapira et al. Compararon la salud oral de los niños autistas y esquizofrénicos institucionalizados y encontraron que los niños autistas, presentaban mayor frecuencia y severidad en patología periodontal, pero menores niveles de caries. Se comprobó que la mayor prestación de servicio dental en los niños autistas era a nivel de cirugía periodontal y de instrucciones sobre higiene oral y nutrición.

Lowe y Lindemann estudiaron un grupo de veinte niños autistas y compararon con otros veinte no autistas empleados como control. En la dentición primaria, los pacientes con autismo demostraron índices significativamente superiores, de caries que el grupo control en una exploración inicial, pero en exámenes sucesivos, los niveles eran equivalentes, lo mismo que ocurría en la dentición permanente.⁴⁷

Tampoco se encontraron valores con diferencias significativas en cuanto a higiene oral se refiere, pero si enfatizaron en la necesidad de enseñar instrucciones sobre higiene oral y un mayor entrenamiento para los pacientes a fin de incrementar sus habilidades motoras y conseguir una higiene oral más eficaz.⁴⁸

⁴⁶ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁴⁷ Ib.

⁴⁸ Op. Cit. **Gomez, B.**

Karmen y Skier encontraron una mayor incidencia de caries. Swallow postuló que la necesidad actual de las familias y los pacientes no era tanto en tratamiento dental, sino en tratar de incrementar la familiarización con el cuidado dental y preventivo.

En un estudio reciente en el que se evaluaron 301 niños, de los cuales 62 eran autistas, se concluyó que el autismo no es un factor de riesgo para la caries en niños entre 7 y 12 años. La experiencia de caries en dientes permanentes en los niños autistas fue menor que en los que no padecían este desorden, atribuyéndose a que los pacientes autistas consumían menos azúcar y el mayor cuidado dental por sus madres que les cepillaban los dientes. También se encontró que el nivel del tratamiento dental era menor en los niños con autismo.⁴⁹

La mayoría de los autores, por tanto, no encuentran diferencias significativas en cuanto a susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal en los niños autistas, siendo incluso menor en algunos estudios. Contrastando esta información, otros encuentran una mayor susceptibilidad a caries atribuyéndola a la preferencia por parte de los niños autistas de una dieta dulce y blanda y a la incapacidad de desarrollar unas perfectas habilidades masticatorias, de autoclisis y cuidados de higiene.⁵⁰

Se han descrito problemas relacionados con hábitos nocivos tales como bruxismo, autolesión en la lengua, labios y encías, mordisqueo de uñas, bolígrafos, mayor incidencia de traumatismos... Para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales, pero en muchas ocasiones estos no pueden ser tolerados por los niños diagnosticados de autismo.⁵¹

⁴⁹ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁵⁰ Ib.

⁵¹ Op. Cit. **Gomez, B.**

La prevención es un pilar fundamental en el niño con discapacidad, para conseguirlo, los padres/educadores se deben involucrar a través de la promoción de la salud oral llevada a cabo por la odontología, lo que es a menudo muy complicado. Milius recuerda, que en estas situaciones, el comportamiento del dentista debe basarse en el respeto de los miedos, sentimientos hostiles... que en ocasiones pueda presentar la familia.

Las patologías orales que presentan estos pacientes se pueden resumir en:

- Bruxismo.
- Maloclusiones.
- Caries.
- Problemas periodontales.
- Babeo.
- Protrusión lingual.
- Micrognatía.
- Masticación anormal.
- Patologías asociadas a fenobarbital.
- Arco maxilar estrecho y paladar ojival.⁵²

⁵² Op. Cit. **Gomez, B.**

2 Características Conductuales.

La forma en que se expresa el autismo varía mucho de un niño a otro, pero cualquiera que sea la gama, intensidad o frecuencia de los síntomas, incluirán un desarrollo atípico en tres áreas primarias: 1) habilidades sociales, 2) habilidades de lenguaje y 3) comportamientos limitados y repetitivos.⁵³

- 1) En cuanto a las habilidades sociales, los niños con autismo a menudo no muestran el desarrollo esperado de las habilidades tempranas de interacción social. Dan la sensación de no tener el mismo “motor impulsor” para interactuar socialmente como lo hacen sus iguales. La realidad es que, el desequilibrio de las interacciones sociales constituye la piedra angular del autismo y está presente en todos los niños con este diagnóstico. Estos desequilibrios afectan tanto a las interacciones de los niños con los adultos como con otros niños, influyendo en la capacidad para iniciar interacciones con otras personas y en la capacidad de responder a los que otros han iniciado. Podemos encontrarnos con niños que no sonríen respondiendo a la sonrisa del adulto, no responden cuando se les llama por su nombre, no imitan acciones tales como decir “adiós” con la mano, no participan en el juego con otros niños, no imitan las acciones de otros niños...⁵⁴
- 2) La característica más común del autismo en el ámbito del lenguaje y la comunicación es el desarrollo retrasado del lenguaje hablado. Pero a menudo los problemas van más allá del simple lenguaje.

⁵³ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁵⁴ Ib.

Muchos niños con autismo no comprenden lo más mínimo el proceso de comunicación, no saben, por ejemplo, pedir ayuda, no saben hacer una elección si no es recurriendo al llanto o las rabietas, no miran a los ojos en las interacciones lúdicas. A demás suelen recurrir a la ecolalia retrasada (repetición de palabras escuchadas en el pasado en medios como la radio o la televisión), variando de forma muy precisa en énfasis, grado de elevación y velocidad del ritmo.⁵⁵

- 3) Estos niños suelen basar sus vidas en la repetición de rutinas, pautas o rituales, llegando a explotar en una rabieta de profunda frustración si se produce un cambio en esta rutina diaria.

2.1 Desarrollo temprano.

En realidad esos niños con a menudo, “diferentes” desde el nacimiento pero los padres raramente se preocupan hasta que aparece un retardo significativo en las pautas de desarrollo. A veces formas más leves del trastorno pueden manifestarse hasta más tarde. No obstante como infantes, ya puede haber una cantidad de dificultades evidentes. Puede haber una historia de dificultades prenatales o perinatales. Los infantes pueden haber nacido con poco peso, y posteriormente presentar bajo peso, baja estatura, y tamaño pequeño de la cabeza, la edad ósea también puede ser inmadura, durante el primer año pueden existir problemas de alimentación, como pobres succión y regurgitación frecuente.⁵⁶

⁵⁵ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁵⁶ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

El sueño puede estar perturbado, a menudo con necesidad disminuida de dormir, Los infantes pueden parecer estar en movimiento constante - golpeando sus pies o su cabeza contra la cuna- o haciendo gestos repetitivos con sus manos. Pueden ser resistentes al contacto físico con sus padres, llorar excesivamente y ser inquietantemente temerosos de los extraños.

En el otro extremo estos niños pueden ser sumamente apáticos, con poco interés en la gente, fallando a menudo en la respuesta anticipatoria cuando se les acercan. Pueden llorar muy poco y se les describe como niños “muy buenos” Parecen poseer lo que Kanner considera como “extrema soledad autística”⁵⁷

Es solamente a medida que el niño crece y aparecen otros síntomas autísticos, que es posible una diferenciación más exacta de otros trastornos. Los padres se preocupan cuando su hijo no alcanza las pautas normales de desarrollo, a menudo hasta los 2 a 4 años de edad.

El niño es lento en desarrollar habilidades de autoayuda: el entrenamiento para el control de esfínteres, puede ser difícil y los problemas alimentarios persisten, aparecen preferencias inusuales por determinados alimentos y comen solamente aquellos con cierto color y textura. Usan los dedos en lugar de utensilios, y tienen más interés en jugar con ellos que en comerlos.⁵⁸

⁵⁷ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

⁵⁸ Ib.

2.2 Desarrollo del lenguaje.

El lenguaje esta siempre perturbado. Dos tercios de los niños autistas alcanzan una dicción funcional, pero un tercio permanece sin vocalizaciones funcionales toda su vida.

Los padres suelen creer que su hijo tiene una pérdida de la audición porque “actúa como si fuera sordo”. La conducta del niño recuerda la de alguien con sordera parcial o un déficit receptivo del lenguaje, hay una grave dificultad expresiva.⁵⁹

Las palabras se usan inflexible y literalmente, la ecolalia y la ecolalia demorada son comunes, las letras pueden ser revertidas u omitidas al hablar, y en general la pronunciación puede ser pobre, con dificultades en el control de la voz.

2.3 Trastornos de socialización.

Los niños autistas están disminuidos en su capacidad para relacionarse con la gente, hay un pobre contacto visual y el niño puede resistir ser sostenido o puede permanecer pasivamente. Si los niños autistas buscan contacto es para gratificar una necesidad. No suelen jugar con otros niños, pero pueden buscar a otros para que los balanceen o hamaquen. A medida que crecen se puede esperar mejoría pero es muy inusual que un niño autista establezca relaciones intimas con otros física o emocionalmente.⁶⁰

⁵⁹ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

⁶⁰ Ib.

Pueden tener berrinches con gritos, a menudo sin razón aparente, durante los cuales son destructivos y pueden lastimarse, pero no es común que la agresión sea dirigida hacia otros, pueden haber temores excesivos o inusuales que hacen difícil el manejo, o en el otro extremo, un niño puede no tener sensación del peligro y ser una preocupación constante para los padres.⁶¹

2.4 Problemas cognitivos, sensoriales y perceptual-motores.

Todos los grados de deterioro intelectual se encuentran en el autismo- la mayoría de los niños autistas funcionan en la escala de los mentalmente retardados. Kanner manifestó que a pesar de sus problemas tenían “buen potencial cognitivo”, pueden poseer en verdad a veces gran destreza o habilidades inusuales, como memorizar largas lista o trozos musicales.⁶²

Los problemas sensoriales y perceptuales se manifiestan por el uso aumentado de los sentidos del tacto, gusto y olfato. A menudo hay una menor sensibilidad a la temperatura y al dolor. Las respuestas a los sonidos son impredecibles, o una hipersensibilidad al ruido, o una sensibilidad disminuida a los ruidos fuertes.

Pueden parecer incapaces de ver objetos fuera de su alcance e igualmente tener dificultades para entender gestos. La capacidad para imitar esta disminuida, pero esas dificultades probablemente están relacionadas con el disturbio para ejecutar la respuesta necesaria o lograr la asociación necesaria con la respuesta directa y apropiada.⁶³

⁶¹ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

⁶² Ib.

⁶³ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

2.5 Aspectos Neurológicos.

Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica. Cuyas posibles causas sean trastornos pre y perinatales y anomalías cromosómicas. El tamaño del tronco cerebral y el cerebelo es menor en los pacientes con autismo que en los controles, presentando una disminución del número de células de Purkinje, especialmente en el neocerebelo posterobasal y la porción posterior e inferior del cerebelo.⁶⁴

Técnicas de neuro-imágenes, muestran el cuerno del lóbulo temporal izquierdo más grande que el derecho, lo que permitiría pensar en las bases neurofuncionales del trastorno del lenguaje y en las alteraciones del comportamiento y afectivas de base límbica (Hauser 1975).⁶⁵

Se ha observado aumento en la densidad celular del cerebelo (Williams, 1980), disminución de las células de Purkinje en el vermis y en los hemisferios cerebelosos (ritvo. 1986); decrecimiento del volumen celular bilateralmente en la hipocampo, corteza entorrinal, amígdala, cuerpo mamilar y el núcleo septal medial (Bauman y Kemper 1986. Bauman 1991).⁶⁶

⁶⁴ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

⁶⁵ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁶⁶ Op. Cit. **Villard, Regis de**

2.6 Características Neuropsicológicas.

Las características clínicas del autismo se observan desde el análisis de los siguientes ítems:

- 1- Sensopercepción.
- 2- Atención.
- 3- Lenguaje.
- 4- Motilidad.
- 5- Afectividad.
- 6- Inteligencia.
- 7- Memoria.
- 8- Comportamiento social y lúdico.⁶⁷

1-Sensopercepción.

Las alteraciones que presentan no son de origen sensorial sino perceptivo, como función superior cerebral. Las agnosias que se presentan con mayor frecuencia son las prosopagnosias y las agnosias auditivo- verbal.

Son niños que se manejan mejor con lo visual que con lo auditivo. Las conductas que adoptan frente a los estímulos auditivos son tan variadas que no existen patrones de referencia, algunos disfrutan con los sonidos musicales y otros reaccionan en forma violenta ante los ruidos.

Muchos niños autistas casi no reaccionan a los sonidos, presentándose a la vista del observador con posibles daños auditivos. La agnosia auditivo-verbal puede estar ocasionada por un déficit de la percepción auditiva. Muchos de ellos reaccionan a los estímulos auditivos tapándose los oídos.

⁶⁷ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

Frente a los estímulos táctiles los niños reaccionan defensivamente, cuando alguien se les acerca, ellos se arquean y empujan, como para evitar el contacto con el otro (defensa táctil)⁶⁸

2- Atención:

Uno de los signos más característicos de los niños autistas es un déficit en la atención y fundamentalmente en la selectiva.

Presentan la incapacidad de cambiar de objeto, a pesar que son extremadamente perturbables. Pueden tocar o dejar juguetes a cada instante, son fácilmente distraíbles; pero cuando encuentran algo de sumo interés para ellos, también resulta difícil, sacarlos de esa situación.⁶⁹

Esta problemática del área de la conciencia se extiende al ciclo circadiano, pueden presentar tanto insomnio como hipersomnia, incluso en el mismo niño, en periodos diferentes.

3- Lenguaje:

En el niño autista esta función está seriamente comprometida y su deterioro se observa fundamentalmente desde el punto de vista del procesamiento de la información en la decodificación y desde el punto de vista de los niveles que conforman el lenguaje, en el pragmático.⁷⁰

⁶⁸ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

⁶⁹ Ib.

⁷⁰ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

Es necesario distinguir los trastornos del lenguaje del autista de las disfasias del desarrollo, aunque deba encararse el tratamiento del lenguaje como si fuesen difásicos.

Rapin I. (1987) en su clasificación de las disfasias menciona características del autismo infantil, las define como trastorno grave de la comunicación con dificultad para leer el lenguaje del cuerpo, la expresión facial o el tono de la voz y las clasifica según la iniciativa verbal en:

- a) Autista fluente: (ecolálico, prosodia variable que puede ser monótona, vacilante, con buena memoria verbal, fonología aceptable, (repiten como loros) y fallas en la codificación sintáctica y semántica.
- b) Autista no fluente: Virtualmente mudo o con déficit fonológico grave y déficit severo de comprensión.⁷¹

A los cinco años un niño autista presenta siempre déficit en el lenguaje, en su uso (pragmático) como en su comprensión, siendo este el motivo de consulta neurológica.

Rapin observó que los niños con deficiencias en el desarrollo del lenguaje, que no son autistas, presentan a la misma edad, sintomatología similar, salvo que a los niños autistas, se les añaden dificultades en la comunicación no verbal.

Esta autora hace referencia en su clasificación el síndrome semántico- pragmático, en el que el niño puede jugar acompañado de un gran discurso, pero que en ningún momento, el mismo es para intercambiar información, sino para sostener una interacción social.

⁷¹ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

El discurso puede ser muy fluente, pero carecer de comprensión del mismo. Motivo por el cual, le resulta difícil, y hasta imposible contestar preguntas como: cuando, que, por que, ya que en las mismas la comprensión juega un rol mucho más importante que la expresión.⁷²

El más raro y severo trastorno del lenguaje en los niños autistas es la agnosia auditiva, verbal o sordera de palabra (Rapin y Allen 1983). No pueden decodificar el código fonológico (sonidos del habla) del lenguaje acústico, no entienden nada de los que se les dice.

Las características del lenguaje en el niño autista pueden resumirse en:

- Déficit en la codificación.
- Disprosodia.
- Mutismo.
- Jergafasia.
- Ecolalia.
- Verborragia.
- Apragmatismo.⁷³

Es importante para el pronóstico la conservación del lenguaje; el distanciamiento social es menor y por lo tanto la vía de acceso a ellos presenta menos dificultades.

Autismo no es sinónimo de mutismo y aislamiento social (Wing, L. 1981). Un buen lenguaje permite un testeo de las funciones cognitivas, teniendo en cuenta que un mejor cociente intelectual verbal es de mejor pronóstico.⁷⁴

⁷² Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

⁷³ Ib.

⁷⁴ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

4- Motilidad.

Los déficits motores del síndrome autista se presentan generalmente como alteraciones del tono y estereotipias motrices. Una hipotonía postural puede relacionarse con posibles déficits cerebelosos condicionando los movimientos anticipatorios. Las estereotipias son movimientos repetitivos y rítmicos no- propositivos, que pueden interpretarse como compensatoria de autoestimación.

En el caso del niño autista prevalecen los aplausos inmotivados y golpes contra los objetos. El “rocking”, el “head rolling” y el “knitting” son conductas comunes en este síndrome. La succión y mordedura de la mano, el aleteo, los movimientos de marioneta, el bruxismo en vigilia, la manipulación de cabellos y telas, completan las conductas estereotipadas y compulsivas.⁷⁵

Rocking: Balanceo rítmico de tronco en sentido anteroposterior en posición de pie o balanceo lateral.

Head rolling: Movimientos de negación cefálica, rítmicos, regulares.

Knitting: Frotación de manos, movimientos manuales.

⁷⁵ Ib.

5- Afectividad:

No todos los niños se encuentran incapacitados para reflejar sus afectos, sus estados de ánimo reflejan ansiedad, que les impide enfrentar lo inesperado o cooperar en situaciones que sienten peligrosas para su integridad.

Reacciones emocionales inmotivadas se presentan con bastante asiduidad y carentes de sentido. La indiferencia y el aislamiento son los modos de vincularse con los otros.⁷⁶

6- Inteligencia – Cognición.

Generalmente se asocia el autismo al retardo mental, pero no todos los niños autistas tienen comprometidos sus procesos cognitivos. Las estadísticas marcan que un tercio de los pacientes no presentan alteraciones de esta función cortical superior, es el caso de los niños con síndrome de Asperger; mientras que las dos terceras partes registran un C.I menor a 70 (Allen 1983).

Los puntajes oscilan desde el retardo mental hasta capacidades superiores, que implican por supuesto que su competencia social sea favorable. Estas capacidades diferenciables los hacen destacar en memoria mecanicista, habilidades espaciales, verbales, musicales y artísticas.⁷⁷

⁷⁶ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

⁷⁷ Ib.

7- Memoria.

Los niños autistas tienen una memoria verbal y /o visoespacial superior. La ecolalia retardada, la repetición de mensajes o canciones, nos muestran una memoria verbal superior, no coincidente con la posibilidad de comprensión de lo expresado y de rendimientos normales en la producción del lenguaje.⁷⁸

8-Comportamiento social y lúdico.

El juego está claramente comprometido y deteriorado, la ausencia de juego realista espontáneo o de juego imitativo, marca uno de los criterios indispensables para el diagnóstico del trastorno.⁷⁹

Los niños autistas con un C.I no verbal mayor a 80 tienen el mismo porcentaje de juego simbólico que el grupo de deficientes mentales no autistas y son mucho menores que los que sufren trastornos de lenguaje.

Esta alteración del juego son el reflejo de un proceso de socialización deficiente, la mirada – como constituyente y estructurante del yo- está ausente. La relación con los otros se limita generalmente a los adultos, con lo que puede tener conductas muy disímiles, desde evitar tener contacto físico hasta acercarse con conductas viscosas y perseverantes.⁸⁰

⁷⁸ Op. Cit. **Risueño, Alicia.**

⁷⁹ Ib.

⁸⁰ **CHAVEZ, Mariana Carolina Morales.** Abordaje Conductual del paciente autista en la consulta estomopediátrica. Caracas Venezuela : s.n., 09 de 05 de 2006, Revista europea de odontoestomatología.

3 Tratamiento Médico.

El manejo exitoso de un paciente discapacitado requiere consideraciones especiales las cuales incluyen la aplicación de técnicas psicológicas, restricción física y terapéutica farmacológica.⁸¹

El manejo de los niños autistas es multidisciplinario debido a la complejidad del trastorno. Hay dos formas principales de terapia: farmacoterapia y la psicoterapia, esta última debe ser individualizada y la farmacológica debe dirigirse al control de síntomas específicos^{82 83}

3.1 Fármacos empleados en el manejo del autismo y sus efectos adversos a nivel de la cavidad oral.

Los pacientes con Autismo son tratados farmacológicamente con:

Anticonvulsivantes, como Carbamazepina y Ac. Valpróico los cuales actúan controlando el humor, y contra los ataques de autoagresión, los efectos secundarios en la cavidad oral son: Xerostomía, Glositis, Estomatitis y Disgeusia.

Antimaniacos como el Litio: el cual se utiliza para el control de la autoagresión, provocando en cavidad oral: Xerostomía, Sialodentitis, Disgeusia, Estomatitis.

⁸¹ Op. Cit. **Villard, Regis de.**

⁸² Op. Cit. **Martinez, Roberto.**

⁸³ Ib.

Antidepresivos como Fluoxetina y Sertralina: están indicados para reducir convulsiones, ansiedad, miedo y prevenir autolesiones, los efectos en cavidad oral son Xerostomía, Sialodentitis, Disgeusia, Estomatitis, Gingivitis, Glositis, Cambios linguales de color, Bruxismo.

Antipsicóticos: Olanzapina y Risperidona, actúan para disminuir alucinaciones, irritabilidad y anti-agresiones, los efectos en cavidad oral son la: Xerostomía, Sialorrea, Disgeusia, Disfagia, Estomatitis, Gingivitis, Glositis, Edema lingual, Cambios linguales de color.

Estimulantes del SNC: Metilfenidato: utilizado para calmar hiperactividad, y ganar atención, provoca: Xerostomía.

Antagonistas opiáceos: Naltrexona el cual reduce el aislamiento social, y previene autolesiones, el efecto secundario será la: Xerostomía.⁸⁴

El uso de drogas para tratar a los niños autistas sigue siendo motivo de controversia, quizá la terapia más frecuente aconsejada sea megavitaminas.

Los neurolépticos han sido usados con algún éxito, Los estimulantes cerebrales, aunque se utilizan a menudo en un intento de controlar la hiperactividad tienden a tener un efecto desorganizador en esos niños, aunque ocasionalmente son exitosas, pero probablemente sea mejor evitarlas en niños autistas.

El uso agudo de sedantes, como el diazepam y el fenobarbital, tiene efectos variables, y a menudo impredecibles, y el uso crónico tiende a empeorar la condición de los niños.

La medicación nunca debe ser utilizada como la forma primaria de tratamiento.⁸⁵

⁸⁴ Op. Cit. **Gomez, B.**

⁸⁵ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

4 Manejo Conductual técnicas y recursos aplicados.

Es el enfoque terapéutico principal empleado con los niños autistas, este tipo de terapia ha sido comparado con la terapia de juego (Ney y colaboradores, 1971) y con la terapia de descubrimiento (Bartak y Rutter, 1971), y parece que es la más eficaz con los niños autistas.

La modificación de la conducta está basada en la teoría del aprendizaje y enfoca las perturbaciones del niño sobre las circunstancias externas. La causa real de la condición del niño no es realmente importante, sino mas bien la conducta del niño sobre las circunstancias externas. El tratamiento tiene por objeto no descubrir la razón por la que el niño autista no habla o no juega, sino enseñarle como llevar a cabo estas funciones.

En este método de terapia se siguen varios pasos: a) se debe definir primero los síntomas que se modificaran, ya sea una conducta que debe eliminarse o una que debe incluirse; b) Identificar las pistas o los estímulos que producen esa conducta; c) diseñar un plan de terapia; d) mediante reforzamientos positivos y /o negativos, en pasos planeados, se debe hacer que las respuestas del niño se dirijan hacia la conducta deseada.⁸⁶

4.1 Acondicionamiento clásico.

El acondicionamiento clásico o Pavloviano implica el sencillo paradigma estímulo- respuesta: un estímulo o cambio en el ambiente es seguido por, o conduce a, una respuesta o conducta individual.⁸⁷

⁸⁶ Op. Cit. **Paluszny, Maria.**

⁸⁷ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

4.2 Acondicionamiento operante.

En el acondicionamiento operante la respuesta de la conducta del niño es seguida por un cambio en el ambiente. Si bien el paradigma estímulo-respuesta se refiere a un reflejo, la notación respuesta- seguida- por- estímulo, en el acondicionamiento operante, significa que el estímulo es contingente con la respuesta.⁸⁸

4.3 Refuerzo.

La clave al manejo de la conducta esta en el efecto de la recompensa, la cual es contingente con la respuesta del individuo. Brindando una retroalimentación agradable (positiva) o desagradable (negativa), las personas quienes proporcionan el refuerzo determinan el carácter de la conducta del niño. Hay dos tipos básicos de reforzadores: sociales y no sociales. Ejemplos de reforzadores sociales (los que involucran personas) son las sonrisas, fruncir el ceño, elogio, regañar y el afecto físico.⁸⁹



Fig. 3 Refuerzo positivo no social. Guedes- pinto.

⁸⁸ Op. Cit. Nowak, Arthur j.

⁸⁹ Ib.

Postres, privilegios y objetos tangibles deseados o el retiro de estos, son reforzadores no sociales. Los reforzadores pueden clasificarse también en naturales y artificiales, Recompensas naturales como el elogio y la atención son comunes en el ambiente hogareño. El refuerzo artificial no se usa generalmente en forma espontanea en situaciones de la vida real. Los comestibles, recompensas artificiales muy eficaces, se usan para conformar una nueva conducta, mientras que un refuerzo natural se una para mantenerla.⁹⁰

Los dulces son generalmente muy deseados por los niños autistas, quienes todavía no valoran la aprobación social. (aunque frutas, nueces y hasta vegetales pueden ser preferidos).

Para determinar el reforzador más eficaz para un niño determinado, habrá que brindar un “menú de refuerzos”, antes de iniciar el programa de manejo, se registran sus reacciones a una variedad de alimentos, líquidos y objetos. Si se encuentra especialmente deseable un reforzador no social, se utiliza como recompensa en cantidades cuidadosamente evaluadas.⁹¹

Si se da muy poco el niño podría considerar que no merece la pena trabajar para obtenerlo, si se da demasiado, la saciedad ocurre rápidamente y el niño ya no se esforzara para recibirla. Con el tiempo, el niño puede cansarse de un objeto previamente valorado. En realidad las preferencias del niño pueden cambiar rápidamente y requerir otro reforzador.

⁹⁰ Op. Cit. **Nowak, Arthur j.**

⁹¹ Ib.

Cualquiera que sea el reforzador no social elegido, siempre debe entregarse con una recompensa social, como el elogio, para agregar otra dimensión al refuerzo. Las recompensas sociales, a menudo, no buscadas ni deseadas por el niño autista, desarrollaran un refuerzo propio.⁹²

El niño puede ir a buscar elogio tan activamente como antes buscaría una golosina, un beneficio pro-social evidente de refuerzo positivo.

Cuanto más tiempo pasa, menos eficaz es la recompensa. Cualquier conducta (incluyendo la autoestimación, berrinches, etc.) que ocurre entre el contacto visual y el refuerzo, también será consolidada. Cuando se está modelando la conducta, cada éxito es reforzado.⁹³

Fig. 4 Contacto visual.



Fuente: **Nowak**, Arthur.

⁹²Op. Cit. **Nowak**, Arthur j.

⁹³ Ib.

4.4 Enseñanza Estructurada.

El desarrollo en el conocimiento social de los niños autistas, no se logra por los medios en los que los demás lo logran. El niño autista no es que no quiera aprender el conocimiento social, es que no sabe, no puede aprenderlo a través de medios naturales. Por esta razón se hace necesario programar la enseñanza. (Duffy, 2005).

En los últimos años se ha desarrollado el uso de agendas en los contextos de aprendizaje de los niños autistas. Se trata de procedimientos que implican el registro (grafico o escrito) de secuencias diarias de actividades, y frecuentemente el resumen simple de sucesos relevantes en el día. Esto facilita la anticipación y comprensión de las situaciones, incluso a autistas de nivel cognitivo relativamente bajo.⁹⁴

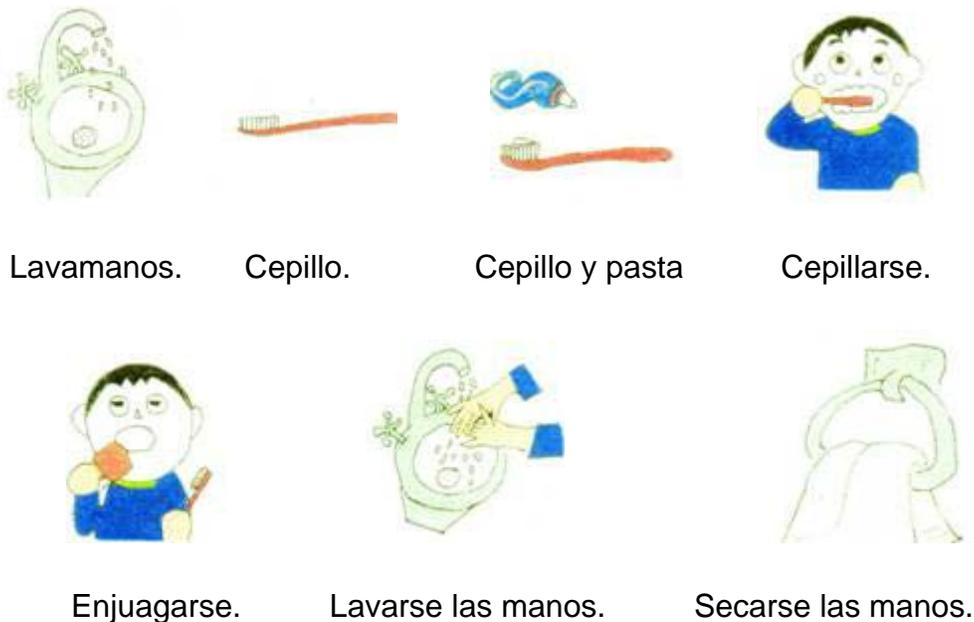
Las agendas tienen efectos positivos en la tranquilidad y el bienestar de los niños autistas, favorecen su motivación para el aprendizaje y contribuyen a dar orden a su mundo.

Un programa efectivo que se usa en la enseñanza estructurada es el método TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados). Su objetivo primario es preparar a las personas autistas para vivir y desenvolverse mas efectivamente en todos los roles de su vida, reduciendo o removiendo los comportamientos autistas (Tortosa y Medida, 2003).

⁹⁴ Op. Cit. Chavez, Mariana Carolina Morales.

En resumen, el método TEACCH basándose en elementos visuales (fotografía, miniaturas, pictogramas, palabras, etc.), utilización de agendas y del modelaje uno a uno, ofrece a las personas con autismo, las guías que necesitan para saber qué es lo que van a hacer, como, quien, cuánto tiempo va a estar en esa actividad, este método sería de gran utilidad a la hora del abordaje conductual del niño autista en la consulta odontológica, donde a través de pictogramas se puede explicar cada actividad que se realizara, aprovechando las fortalezas visomotoras que presentan estos pacientes (American Society of Autism, ASA, 2000).⁹⁵

Fig. Ejemplo de Secuencia de Pictogramas para Cepillado Dental.



Fuente: Chavez, Mariana Carolina Morales.

⁹⁵ Op. Cit. Chavez, Mariana Carolina Morales.

5. Tratamiento odontológico.

Estos pacientes no suelen presentar una patología bucodental característica, sin embargo, debido a unos cuidados dentales deficientes, junto a una cierta hiposialia secundaria a algunos medicamentos que se les administra, podría favorecerse la aparición de caries dental.

También pueden influir otros factores locales como las dietas muy azucaradas, la poca coordinación de la lengua o el empaquetamiento, manteniendo la comida en la boca durante tiempo. En pacientes que tomen antiepilépticos también puede observarse hiperplasia gingival.

En pacientes con altos índices de caries hay que detectar si se les administra dietas inadecuadas (azucaradas) o toman medicamentos que disminuyen el flujo salival. En general, se ha de prevenir estableciendo una correcta higiene oral y pauta de fluorizaciones, así como corregir los hábitos anormales si se presentan.

Es difícil el manejo odontológico debido a los trastornos de comunicación y del lenguaje que presentan. Es conveniente tratarlos en un ambiente de rutina, siempre por el mismo profesional y en idénticas condiciones. Si surgiera algún problema para el tratamiento, se puede recurrir a una técnica de sedación. Aun así es difícil y se hace necesario, en muchas ocasiones recurrir a la anestesia general en procedimientos largos y complejos.⁹⁶

⁹⁶ **SILVESTRE Francisco J., Plaza Andres.** Odontología en pacientes especiales. s.l. : Universitat de valencia, 2007. págs. 298, 299.

El 70% de los niños autistas suele presentar conductas autolesivas que van desde pellizcarse o rascarse hasta mordidas severas y golpes en la cabeza, presentan áreas de alopecia por arrancarse el cabello. Algunos pacientes debido a automutilaciones presentan recesiones gingivales e incluso exposición radicular, habiéndose sugerido hiposensibilidad al dolor en estos pacientes.⁹⁷

Fig. 6 Autolesión gingival, por apoyo constante con la uña del dedo.



Fuente: J.R Boj, M. Catala.

⁹⁷ **BOJ J.R, M. Catala.** Odontopediatria , la evolucion del niño al adulto joven. s.l. : Medica Ripano, 2011. págs. 638- 644.

Fig. 7 Lesión crónica dorso de la mano

Fig. Alopecia por autolesión.

por autolesión (mordiscos).⁹⁸



Fuente: J.R Boj, M. Catala.

Aunque estos pacientes presentan un índice de caries bajo, las medidas preventivas son las más importantes, y se debe recalcar la importancia del cepillado a sus tutores o cuidadores.

En la consulta dental, el niño debe ser atendido tan pronto llegue y en un ambiente tranquilo, ya que suelen ponerse nerviosos en las salas de espera. Muestran falta de atención, se distraen fácilmente, son pocos previsibles, tienen dificultad para seguir una orden verbal concreta, además, les molestan los ruidos de la consulta.⁹⁹

⁹⁸ Op. Cit. **BOJ J.R, M. Catala.**

⁹⁹ Ib.

Al tratar a estos pacientes es útil la técnica del refuerzo positivo o negativo, según la conducta. Está prohibido el uso de la técnica “mano sobre boca”; el tratamiento debe ser rutinario y repetitivo procurando no introducir cambios ya que los cambios les asustan, la presencia de los padres puede ayudar al niño a sentirse más relajado en el ambiente odontológico.¹⁰⁰

Se recomienda la utilización de sistemas de comunicación visual para enseñar a estos niños porque las imágenes permanecen más tiempo que el mensaje verbal, creándose una atmosfera predecible y ordenada. Los soportes visuales se usan para aumentar la comprensión del vocabulario y de los eventos rutinarios; así, la pedagogía visual ayuda a mejorar la higiene oral de los niños cuando se colocan imágenes de la técnica de cepillado correcta en los lavabos y se instruye a los padres como realizarla.

Las claves visuales deben ser específicas y, además, deben representar, en diversos pasos, instrucciones cortas y sencillas, porque estos pacientes tienden a focalizarse en detalles y tienen dificultad para la abstracción. Una vez organizada la actividad, debe llevarse a cabo con el apoyo de recompensas, según los apegos que presenta para este momento, ya que estos niños presentan falta de motivación por lo que no les interesa. Todo este procedimiento se enfoca mediante el trabajo uno a uno (terapeuta-paciente), planteado en la enseñanza estructurada, donde se van explicando las actividades que se realizan, para que el niño vea y luego el mismo debe hacerlas.

¹⁰⁰ Op. Cit. J.R Boj, M. Catala.

Es importante hacer que el niño mantenga contacto visual con el especialista, que este atento y que este comprendiendo lo que se le está diciendo, además, estos pacientes tienen una baja tolerancia a la frustración por lo cual el odontopediatra debe estar preparado para las crisis y conductas de enfado y berrinche que puede desarrollar el niño durante la consulta debido a que alguna de las actividades no sea agradable para él.¹⁰¹

Dentro de los tratamientos que se utilizan en niños autistas son:

- Técnica de cepillado.
- Aplicación tópica de fluoruro.
- Sellador de fosetas y fisuras.
- Amalgamas.
- Resinas.
- Reconstrucciones con ionómero de vidrio.
- Reconstrucciones con resina en dientes anteriores.
- Extracciones.
- Extracciones seriadas.
- Coronas Acero cromo.
- Saforide.
- Pasta CTZ. para terapia pulpar.¹⁰²
- Papacarie (técnica restaurativa atraumática).¹⁰³

¹⁰¹ Op. Cit. ¹⁰¹ J.R Boj, M. Catala.

¹⁰² GONZÁLEZ Núñez, Darío, TREJO Quiroz, Técnica de endodoncia no instrumentada mediante el uso de la pasta CTZ., *Rev. Estomat.* 2010; 18(2):27-32.

¹⁰² Ravaglia Dr. Clemente "El Problema de la Salud Bucodental de los Pacientes Discapacitados y/o Especiales en América Latina.". Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm>

5.1 Restricción Física.

Existen otras opciones de control no farmacológico, que implican restricción física de grados variables. Los instrumentos para restricción física se utilizan para la inmovilización parcial o completa del cuerpo o algunas de sus partes. Su objetivo es reducir o eliminar el movimiento indeseable, proteger de lesiones al paciente y al personal, y facilitar los procedimientos.

Se indican en pacientes que no cooperan a causa de inmadurez (menores de 3 años), incapacidad mental o física (síndrome de Down), ineficiencia de otras técnicas de tratamiento, emergencias o cuando existe peligro para la seguridad del paciente o el dentista.¹⁰⁴

Tipos de restricción:

- a) Psicológica.
- b) Química o medicamentosa.
- c) Física.

Tipos de restricción física

Los restrictores físicos pueden ser clasificados según:

- I) El momento en que se aplican.
- II) Su forma de aplicación.

¹⁰⁴ **QUINTANA del Solar, Carmen** *Manejo Conductual del paciente especial, mediante técnicas de restricción física.* Lima- Perú. : s.n., 2009.

l) El momento en que son aplicados: (Foxy, R., 82)

- a) Restrictores físicos de custodia.
- b) Restrictores físicos de conducta.

a) Restrictores físicos de custodia:

Se aplican independientemente de que haya o no mal comportamiento, no son usados como una consecuencia; son pasivos, preventivos y pueden ser usados sin límite de tiempo. Entre este tipo de restrictores se encuentran todas las bandas de seguridad para niños con parálisis cerebral infantil, las ligaduras suaves (Harris, 01), los cascos de protección, cinturones de seguridad y todo tipo de bandas de sujeción que se colocan en el sillón dental para dar al paciente hipotónico, sedado o con movimientos involuntarios, seguridad y estabilidad. También se pueden citar entre este tipo de restrictores, todos los protectores bucales usados en la prevención de las lesiones deportivas. (Pinkham, 91).^{105 106}

Desventajas de la restricción física de custodia:

- No tiene grandes desventajas.

Ventajas de la restricción física de custodia:

- Se puede colocar fácilmente con el niño bien portado, en caso de que se presente mal comportamiento ya se encuentra colocado.
- No crea revanchismo y el niño no se enoja.
- El paciente no se siente castigado.

¹⁰⁵ Op. Cit. **Quintana del Solar, Carmen.**

¹⁰⁶ **J., Pikhham.** *Odontología Pediatrican.* mexico : interamericana, 1991.

b) Restrictores físicos de conducta.

Se aplican después de la presentación de un comportamiento no deseado, como una consecuencia; son activos y no deben ser usados en un período mayor de 30 minutos.¹⁰⁷

Desventajas de los restrictores físicos de conducta:

- Al colocarse como resultado de un mal comportamiento, en medio de un berrinche es difícil su aplicación.
- Enoja mucho al niño y crea un forcejeo para soltarse que lo puede maltratar.
- Se requiere la participación de mucho personal para su colocación.

Ventajas de los restrictores físicos de conducta:

- Producen una inmediata supresión de la conducta no deseada y este nuevo comportamiento se mantiene durante toda la cita.
- Generalmente estas conductas son erradicadas.

Según su forma de aplicación:

- 1- Restricción física corporal.
- 2- Restricción física mecánica.

¹⁰⁷ Op. Cit. **Quintana del Solar, Carmen.**

1) Restricción Física corporal.

Es la restricción física que una persona (el restrictor) aplica con sus manos o su cuerpo, directamente al cuerpo de otra persona (el paciente).¹⁰⁸

Ventajas de la restricción física corporal:

- La cantidad de fuerza aplicada se puede modificar en cada momento, según sea el forcejeo del niño.
- El paciente aprende fácilmente a relajarse.
- Entre el paciente y el restrictor, existe contacto físico, calor humano.
- Es fácil usarla como modificador de conducta, ya que el restrictor siente cuando el paciente se relaja y puede aflojar la fuerza aplicada, esto permite que se modifique la conducta no deseada.
- Se puede usar para tranquilizar e inducir a la calma al paciente, mediante palmaditas y caricias, además de que se está tan cerca del paciente que se le puede hablar, arrullar o cantar.
- Siempre está disponible en todos los consultorios dentales.
- No es de costo económico elevado y su uso es muy fácil.
- No requiere de un equipo muy sofisticado.

¹⁰⁸ Op. Cit. Quintana del Solar, Carmen.

Desventajas de la restricción física corporal:

- Algunas veces, en situaciones de mucha tensión, no se mide la fuerza aplicada, que puede ir aumentando con la dificultad del tratamiento y el llanto del niño.
- Alguien puede salir herido.
- Requiere de mucho personal, ya que mantiene muchas manos ocupadas, aplicadas a diferentes puntos del cuerpo del paciente.
- No es posible aplicarla en pacientes muy grandes, obesos, muy enojados o muy fuertes.

Restricción física corporal para el cuerpo:

En esta técnica, los padres o personas acompañantes de los pacientes son los restrictores a la hora de inmovilizar a un niño, para realizarle un tratamiento dental. Todos los métodos empleados tienen en común que el cuerpo de la madre está en contacto directo con el sillón dental y el cuerpo del niño. Entre ellos están:

- a) El niño está recostado sobre los brazos, el pecho o el regazo de la madre.
- b) La madre se sienta en forma cruzada en el sillón dental, sobre las piernas del niño, éstas pasan directamente debajo de las corvas de la madre.
- c) La madre se recuesta sobre el niño “panza sobre panza”, apoyándose en sus codos mirando directamente hacia la cara del niño y le toma sus manitas. A esta técnica el Dr. Olman Montero S. la bautizó como “mama´s board” (Montero, 04).

Fig. 9 y 10 El niño está recostado sobre el pecho o el regazo de la madre.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio

Fig. 10.



Fuente: Facultad de Odontología División de Estudios de Posgrado

Fig. 11 La madre se recuesta sobre el niño “panza sobre panza”, apoyándose en sus codos mirando directamente hacia la cara del niño y le toma sus manitas.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio.

Fig 12. La madre se sienta en forma cruzada en el sillón dental, sobre las piernas del niño, éstas pasan directamente debajo de las corvas de la madre



Fuente: **BIONDI**, Ana M.

Fig 13 Knee to Knee.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio

2) Restricción Física mecánica:

Es la restricción física que se aplica por medio de aditamentos o aparatos, directamente al cuerpo del niño, sin mediar las manos ni partes del cuerpo de otra persona.¹⁰⁹

Ventajas de la restricción física mecánica:

- El niño aprende rápidamente que no le vale combatir.
- No se maltrata el personal, ni los padres ni el paciente.
- Es posible aplicarla a pacientes grandes y fuertes.
- La fuerza aplicada siempre es la misma, del principio al fin de la cita y no se cambia por difícil que sea el tratamiento.
- Requiere menos personal y quedan más manos libres.

¹⁰⁹ Op. Cit. **Quintana del Solar, Carmen**.

Desventajas de la restricción física mecánica:

- La cantidad de fuerza aplicada no puede ser cuantificada, por lo que no existe una relación directa entre la conducta y la consecuencia aunque el niño se calme y se relaje, la restricción no desaparece inmediatamente.
- No existe relación personal, no hay calor humano entre el restrictor y el paciente, la relación es tirante y fría.
- El paciente al tratar de soltarse, se puede lastimar.

Puede ser que el profesional lo use para distanciarse del niño, y poner una barrera mecánica.

- No está siempre disponible en todos los consultorios dentales.
- Algunos de ellos son aditamentos costosos.
- El personal requiere estar entrenado para su correcta aplicación.
- A los padres no les agrada su aplicación.

Control de la cabeza:

Consiste en sostener y fijar la cabeza del paciente, de tal forma que quede inmovilizada.¹¹⁰

Ejemplos de restrictores físicos mecánicos para la cabeza:

- Posición de la cabeza de la silla de ruedas (Finn, 73).
- Casco de plástico (casco de ciclista).
- Bandas de tela (5 cm de ancho) con velcro.
- Rectángulos de vinil (de colocación bilateral).

¹¹⁰ Op. Cit. Quintana del Solar, Carmen.

Control de boca:

Consiste en evitar que el paciente mueva la boca constantemente durante el procedimiento que se esté realizando.

Ejemplos de restrictores físicos mecánicos para la boca:

- Todo tipo de abre bocas: metálicos en forma de tijera con protectores, Molt mouth prop. (Hu- Freedy, Chicago), abre bocas de hule (Mc. Kensson Co., Mocks Corner, S.C.), triángulos de hule dentados con forma de curva de spee (Mouth props semi-hard neoprene), dedos hechos de madera, espátulas para morder de goma dura (Finn, 73), abatelenguas unidos con cinta adhesiva.
- Espejo dental usado para retraer la mejilla o lengua.
- Eyector de saliva desechable
- Separadores de lengua forrados (Open Wide, Specialized Care, Edison, N.J.).
- Separadores de lengua almohadillados (Mc. Donald, 98)
- Retractores de labios y carrillos (www.sullivanschein.com).^{111 112}

¹¹¹ Op. Cit. **Quintana del Solar, Carmen.**

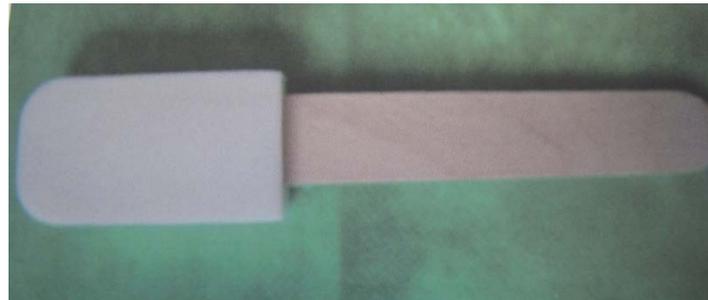
¹¹² Op. Cit. **Donald, Mc.**

Fig. 14 y 15 Abrebocas de Mc Kenson y Molt.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio

Fig. 16. Abrebocas desechable.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio

Control de brazos y piernas:

Se controla el movimiento de brazos y piernas del paciente mediante algún tipo de cinturón, toalla o hasta una sábana. Aquí el asistente puede ayudar colocando sus manos cerca de las piernas y brazos del niño.

Ejemplos de restrictores físicos mecánicos para las extremidades:

- Bandas de tela de diferentes largos y de 5 cm. De ancho, con velcro en las puntas, para la sujeción al sillón dental.
- Correas de Posey.
- Tubos de plástico para mantener los brazos estirados (los que se usan para impedir la autoagresión).
- Inmovilizadores anatómicos tipo férula (usados en ortopedia).

Control del cuerpo

Ejemplos de restrictores físicos mecánicos para el cuerpo:

- Papoose board ®.
- Restrictores de vinil y madera, de cuerpo completo, tipo papoose.
- Sábana triangular.
- Pedi-wrap (Clark Ass., Charlton City, Mass).
- Sábana o paño para envolver al niño, sellado con maskin tape.
- Camillas para bebé (Macri) (Figueiredo, 2000).
- Cinturones de seguridad de cochecitos, porta bebés y sillas de ruedas.
- Bolsas de frijoles (bean bag) o de bolitas espuma, tipo puff (aditamento de posición) (mas nueva)¹¹³

¹¹³ Op. Cit. Quintana del Solar, Carmen.

Fig.17.Hamaca Macri.



Fuente: **GUEDES- PINTO**, Antonio

Fig. 18. Hamaca Macri.



Fuente: **BIONDI**, Ana M.

Papoose Board y Pediwrap.

El movimiento total del cuerpo se restringe mediante la tabla de Papoose o con pediwrap. La tabla de Papoose es rígida y tiene cintas para sujetar al paciente. Hay varios tamaños y se puede utilizar en pacientes desde los 2 años de edad hasta el adulto. Está indicada para niños que no pueden controlar sus movimientos. Las desventajas de la tabla de Papoose son su precio alto y que produce mucho calor al paciente.¹¹⁴

El pediwrap es una especie de tela o malla de nailon que envuelve al niño en forma circular con la unidad dental. Es más barato que el Papoose pero no tiene tanta rigidez y, por lo tanto, no es fijo y el paciente se puede mover.¹¹⁵

Fig 19 Papoose board.



Fuente: Facultad de Odontología División de estudios de Posgrado.

¹¹⁴ Op. Cit. Quintana del Solar, Carmen.

¹¹⁵ Op. Cit. Quintana del Solar, Carmen.

Conclusiones

La interrelación padres- educadores- odontólogo resulta imprescindible para lograr los objetivos de tratamiento.

Como lo demuestran las investigaciones, la utilización de claves visuales con pacientes autistas permite obtener grandes logros en la adquisición de nuevas conductas.

Los odontólogos forman parte del equipo multidisciplinario de atención a pacientes autistas, y también están comprometidos con mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes con necesidades especiales de atención.

El empleo de estas técnicas de modificación de la conducta reducen la necesidad de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.

El odontólogo de práctica general que no esté preparado para enfrentar el compromiso de la atención a un paciente con discapacidad deberá remitirlo al especialista, y este deberá conocer las técnicas de abordaje conductual para lograr con éxito el tratamiento odontológico, darle una mejor calidad de vida y evitar rechazo a futuros tratamientos por parte de estos niños especiales.

Los niños extraordinarios necesitan dentistas extraordinarios. Los odontopediatras que trabajen a menudo con este tipo de pacientes deben sentir interés por los casos especiales, ser flexibles en sus planteamientos y estar preparados para afrontar el desafío que estos niños suponen.

Glosario.

Afasia: Es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. Es más común en los adultos que sufrieron un **derrame**. Otras causas pueden ser los tumores cerebrales, las infecciones, las lesiones y la demencia. El tipo de problema que tenga y la gravedad dependerán de la parte del cerebro que sufrió el daño y de la magnitud del mismo.

Existen cuatro tipos principales:

- Afasia expresiva: el paciente sabe lo que quiere decir, pero tiene dificultad para decirlo o escribirlo
- Afasia receptiva: se escucha la voz o puede leer un impreso, pero no le encuentra sentido a lo que lee o escucha
- Afasia anómica: tiene dificultad para usar las palabras correctas para describir objetos, los lugares o los eventos
- Afasia global: el paciente no puede hablar, entender lo que se le dice, leer o escribir

Agnosia: Pérdida de la capacidad de reconocer los objetos, no obstante estar intacta la percepción de los sentidos.

Apragmatismo: Del griego a-, privación, falta, y pragma, actividad). Ausencia de actividad eficaz.

Disprosodia: Alteración en el ritmo de la palabra como consecuencia de una disminución o incremento de la velocidad de la palabra.

Ecolalia: Perturbación del lenguaje, que consiste en repetir involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar él mismo u otra persona en su presencia (hablar en eco).

Ecolalia demorada: Repetición automática y sin sentido de palabras o frases oídas. Se produce horas, días o incluso semanas después del estímulo original.

Head rolling: Movimientos de negación cefálico, rítmicos, regulares

Jergafasia o Jergonafasia: Parafasia literal, variedad de afasia en la que el paciente interpone sílabas y palabras sin sentido en el lenguaje, haciéndolo incomprensible.

Knitting: Frotación de manos, movimientos manuales

Parafasia: Trastorno en el cual una persona oye y comprende palabras, pero es incapaz de hablar correctamente. Las palabras que se intentan se sustituyen por palabras incoherentes, creando así frases ininteligibles.

Pragmático: Conforme a la realidad.

Rocking: Balanceo rítmico de tronco en sentido antero-posterior en posición de pie o balanceo lateral.

Testeo: (testear) (anglicismo) Poner a prueba, hacer una prueba. Acción de poner a prueba, de someter a un test, a un examen.

Verborragia: Verbosidad o locuacidad excesiva (hablar mucho).

Verbosidad: Tendencia a emplear más palabras de las necesarias para expresarse.

Bibliografía.

1. **BONDI Ana M., . Cortese Silvina G.** Odontopediatria fundamentos y practicas para la atencion integral personalizada. s.l. : Alfaomega.
2. **PALUSZNY, Maria.** Autismo, Guia practica para padres y profesionales. septima reimpression. s.l. : Trillas, 2004.
3. **MARTINEZ Roberto,.** Pediatria Martinez salud y enfermedad del niño y del adolescente. 6. centro occidente de mexico : Manual Moderno federacion de pediatria.
4. **NOWAK, Arthur j.** Odontologia para el paciente impedido. s.l. : Mundi, 1979. págs. 106-123.
5. **BOJ J.R, M. Catala.** Odontopediatria , la evolucion del niño al adulto joven. s.l. : Medica Ripano, 2011. págs. 638- 644.
6. **VILLARD, Regis de.** Psicosis y autismo del niño, clinica y tratamiento. Barcelona- Mexico. : Masson.
7. **WING, Lorna.** Autistic Children: a guide for parents and professionals.
8. **TUSTIN, Frances.** Estados autisticos en los niños. Buenos aires- barcelona- mexico : Paidos, 1987.
9. **SIGMON M., L Capps.** Niños y niñas autistas, una perspectiva evolutiva. s.l. : Morata, 2000.
10. **SWARTZ, Stanley L.** Autism autimo selected popers documentos selectos. English and / y español innovacion. Mexico : Langares , 2005.
11. **TUSTIN, Frances.** Autismo y psicosis infantiles. Buenos Aires : Paidos, 1977.
12. **ZAPPELLA, Michelle.** El autismo infantil, no veo,no oigo, no hablo. s.l. : Paidos, 1992.
13. **ANGUS C. Cameron, Richard P. Widmer.** Manual de odontologia pediatria. s.l. : Elsevier Mosby, 2010. págs. 330- 332.
14. **SILVESTRE Francisco J., Plaza Andres.** Odontologia en pacientes especiales. s.l. : Universitat de valencia, 2007. págs. 298, 299.
15. **ZAPPELLA Michelle,.** Autismo infantil, estudios sobre la afectividad y las emociones. [trad.] lisdro Rosas Alvarado. s.l. : Fondo de cultura economica.

16. **GOMEZ, B., Badillo, V, Martinez, E.M, Planells, P.** Intervencion odontologica actual en niños con autismo. La desensibilizacion sistematica . 3, s.l. : Cient Dent, 2009, Vol. 6.
17. **RUGGIERI Victor, Arberas Claudia.** Trastornos Generalizados del desarrollo, aspectos clinicos y geneticos. 1, Buenos Aires : s.n., 2007, Actualizaciones en Neurologia infantil , Vol. 67, págs. 569- 585. 0025- 7680.
18. **CHAVEZ, Mariana Carolina Morales.** Abordaje Conductual del paciente autista en la consulta estomopediatrica. Caracas Venezuela : s.n., 09 de 05 de 2006, Revista europea de odontoestomatologia.
19. **ANDRADE Leon, Carlos, Ortega, Hector.** Autismo Aspectos biologicos. 3, septiembre de 1985, Salud Mental, Vol. 8, págs. 33-40.
20. **RISUEÑO, Alicia.** Caracteristicas del niño autista. Trastornos profundos del desarrollo.
21. **DONALD, Mc.** Odontologia para el niño y el adolescente. [trad.] Horacio Martinez. 2a. Buenos Aires : Mundi, 1969.
22. **YUNTA, Muñoz, Jose Antonio.** Autismo, Clasificacion. 2005.
24. **PIKHAM.J.,** Odontologia Pediatrica. mexico : interamericana, 1991.
- 25 **FIGUEIREDO. A., W.L Ferrelle.** Odontologia para el bebe. Sao paulo Brasil : s.n., 2002. págs. 10- 14.
26. **UMAÑA, Liliana Gonzalez.** Restriccion Fisica en Odontologia.
27. **FOMBONNE E.,** Epidemiologia de los trastornos generalizados del desarrollo. Madrid : s.n., 2005, Nuevos desarrollos en el Autismo, págs. 21- 44.
28. **QUINTANA del Solar, Carmen.** Manejo Conductual del paciente especial, mediante tecnicas de restriccion fisica. Lima- Peru. : s.n., 2009.
29. **CERDAN, Luciane del Lama.** Autismo Infantil, Familianova Schola. *Fundacion Navasagela*. disponible en <http://www.familianova-schola.com/>
30. **MAURIZIO Elia, Valentino Romano, Paolo Curatolo.** Biological bases and clinical perpectives in autism . s.l. : Hamilton , 2003.
31. **GONZÁLEZ Núñez, Darío, TREJO Quiroz,** Técnica de endodoncia no instrumentada mediante el uso de la pasta CTZ., *Rev. Estomat.* 2010; 18(2):27-32.

32. **RAVAGLIA** Dr. Clemente "El Problema de la Salud Bucodental de los Pacientes Discapacitados y/o Especiales en América Latina.". Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm>

33. **SALETE**, María, Odontopediatría en la primera infancia, Grupo editorial nacional, 2009.

34. **GUEDES- PINTO**, Antonio Carlos, Fundamentos de Odontología, Odontopediatría, Grupo editorial nacional, 2009.