



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL AUTISMO
(SINDROME DE KANNER).

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:

ANALETICIA MORA ALDAMA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



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.

Primero que nada agradezco a Dios por todo el apoyo que me has dado durante estos años que he venido haciendo mi carrera, porque sin tu ayuda y la fe que tengo en tí no lo hubiera logrado.

A mi mamá Dolores Leticia Aldama López por ser mi amiga y compañera y hasta mi paciente que me llevó de la mano para entender muchas cosas, que me ha ayudado a crecer y superarme cada día luchando por lo que quiero, demostrándome que con esfuerzo y amor todo se puede lograr. También te agradezco por todo el esfuerzo que hiciste para que yo pudiera continuar con mis estudios y que no dejaste que me cayera por pequeños tropiezos. Muchísimas gracias por estar siempre conmigo y ser mi ejemplo a seguir te amo.

A mi papá Jesús Mora Bonilla que con tu paciencia y entrega me guiaste para que yo pudiera concluir con mis estudios, que me aconsejo en este camino, que siempre fue a parte de mí papá mi paciente y que en cada clínica, en cada materia, siempre estuviste ahí para apoyarme y no dejarme sola en todo este proceso, que me ayudaste para que siempre luchara por mis sueños. Muchas gracias por estar a mi lado te amo.

A mis amigos Marycruz Parocua Mejía, Ángeles García Saucedo, Luis Adrián Martínez Galindo, Yadira Mirella Ramírez Pérez, David Garrido, Kenya Bouchain Barajas por

compartir las risas y momentos memorables, así como su apoyo incondicional.

A la C.D. María Elena Nieto Cruz gracias por darme la oportunidad de conocerla al ir dirigiéndome mi tesina que forma un paso importante en mi titulación, por el tiempo que me ha dedicado, su paciencia y sus buenos consejos. Por ser una excelente maestra que me guio para poder culminar mi carrera y así poder dar este paso tan importante.

A mi asesora la Mtra. Rosina Pineda y Gómez Ayala por orientarme en mi tesina y brindarme su tiempo, y por darme a conocer ese lado humano que la caracteriza.

A la Facultad de Odontología y a la U.N.A.M. que me aceptaron y me acobijaron para permitirme ser parte de esta gran familia, para formarme como profesionista y sobre todo crecer como ser humano.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	7
CAPÍTULO 1 GENERALIDADES	8
1.1 Conceptos	8
1.1.1 Discapacidad	8
1.1.2 Autismo	8
1.1.3 Educación	8
1.1.4 Salud	9
1.1.5 Educación para la salud	9
1.2 Antecedentes del Autismo	10
CAPÍTULO 2 AUTISMO	16
2.1 Características	16
2.2 Tipos de trastornos del espectro autista	20
2.2.1 Autismo o Síndrome de Kanner	20
2.2.2 Síndrome de Asperger	21
2.2.3 Trastorno desintegrador infantil o Síndrome de Heller	21
2.2.4 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	22
CAPÍTULO 3 SINDROME DE KANNER	23
3.1 Etiología	23
3.1.1 Genética	23
3.1.2 Neurológicas	23
3.1.3 Psicológicas	24

3.1.4	Cognitiva	24
3.1.5	Cognitivo – afectiva	24
3.2	Características	25
3.2.1	Según Kanner	25
3.2.2	De acuerdo a la asociación americana de pediatría.....	25
3.3	Diagnóstico	26
3.4	Trastornos que pueden acompañar a los niños con autismo.....	27
3.5	Tratamiento.....	30
3.6	Manejo odontológico.....	31
3.5.1	Manifestaciones orales.....	33
3.5.2	Manejo en el consultorio.....	33

CAPÍTULO 4 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL AUTISMO

(SINDROME DE KANNER)	37
4.1 Propósito y campo de acción de la educación para la salud	39
4.2 Diagnóstico de necesidades	40
4.3 Objetivos.....	40
4.4 Actividades de aprendizaje.....	41
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno grave y complejo con una base biológica del desarrollo del cerebro, que Kanner describió por primera vez en 1943 y desde entonces se considera el mayor desorden mental de la infancia, por lo que estos pacientes necesitan de una gran dedicación de sus familias y de la sociedad para elevar su calidad de vida. Su pronóstico depende, en gran medida, del diagnóstico precoz y de un tratamiento oportuno, multidisciplinario e intersectorial.

Las principales características del autismo están asociadas a problemas de socialización, déficit de comunicación, comportamiento repetitivo estereotipado e inflexibilidad cognitiva.

Es más predominante entre los hombres, las manifestaciones del autismo comienzan en el primer año de vida, la etiología del autismo aún no está clara, pero generalmente se clasifica como genética, neurológica, psicológica, cognitiva y cognitivo afectiva.

La salud oral de estos pacientes también presenta algunas características particulares. Aunque no parece haber manifestaciones orales específicas del autismo, pueden aparecer ciertas condiciones debido a comportamientos relacionados con el autismo, como limitaciones de comunicación, negligencia personal, comportamiento auto agresivo, hábitos alimenticios, efectos de la medicación, resistencia a la atención oral, e hiposensibilidad al dolor.

El cirujano dentista que atiende a estos pacientes, tiene que documentarse en lo que es el autismo, así como conocer las estrategias adecuadas para el mejor manejo. En el presente trabajo se describen las características del autismo, principalmente del síndrome de Kanner. También se señalan las estrategias para el manejo en el consultorio dental, con la finalidad de facilitar al cirujano dentista el éxito en su tratamiento.

OBJETIVO

Describir las características del espectro autista, síndrome de Kanner y su relación con el cirujano dentista como educador para la salud.

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES

1.1 Conceptos

1.1.1 Discapacidad

La OMS lo define como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.¹

1.1.2 Autismo

La etimología del término 'autismo' deriva del idioma griego, específicamente de 'autos', que significa por cuenta propia, e 'ismo', un sufijo que denota acción o estado.²

Es un trastorno neurológico que modifica la forma en que funciona el cerebro, causando retrasos o problemas en muchas habilidades diferentes desde la infancia a la adultez, se caracteriza principalmente por disminución de la comunicación interpersonal, desorden de entendimiento y comportamientos repetitivos.³

1.1.3 Educación

La Educación es la formación práctica y metodológica que se le da a una persona en vías de desarrollo y crecimiento. Es un proceso mediante el cual

al individuo se le suministran herramientas y conocimientos esenciales para ponerlos en práctica en la vida cotidiana. Esta educación comienza desde su infancia, al ingresar en institutos llamados escuelas o colegios en donde una persona previamente estudiada y educada implanta en el pequeño identidades, valores éticos y culturales para hacer una persona de bien en el futuro.⁴

1.1.4 Salud

La definición entró en vigor el 7 de abril de 1948 la cual no ha sido modificada desde ese año, y se define como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.⁵

1.1.5 Educación para la salud

En el concepto de educación para la Salud confluyen la educación, como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.

Actualmente, la manera de definir la educación para la salud se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación, es válida según el sector de intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que desde la salud, de acuerdo con Lawrence W. Greene, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene y el que participa, así “ la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”(Ronchon, 1996)⁶

1.2 Antecedentes del Autismo

Las primeras descripciones, consolidadas como relevantes, sobre lo que actualmente denominamos trastornos del espectro autista (TEA) corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Sin embargo, no cabe duda de que individuos de similares características a las identificadas por estos autores han existido siempre. Por esta razón es posible rescatar múltiples huellas de su paso por la historia de la humanidad.⁷

Quizás la primera referencia escrita conocida corresponde al siglo XVI. Johannes Mathesius (1504-1565), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado.⁷

Otro caso histórico es el del insólito Fray Junípero Serra, quien ejemplifica muchos de los síntomas que se pueden observar en personas con autismo. De acuerdo con los relatos recogidos en el libro anónimo *"Las Florecillas de San Francisco"*, escrito en el siglo XVII, donde se relatan pequeñas historias de este santo, Fray Junípero no comprendía el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal.⁸

Mayor divulgación y polémica ha recibido el caso del niño salvaje Víctor de Aveyron, estudiado por el Dr. Jean Itard, y llevado a las pantallas de cine en 1970 en la película, dirigida por Francois Truffaud, *"L'enfant sauvage"*. Esta

historia fue agudamente estudiada por la psicóloga inglesa Uta Frith (2003), quien aportó una versión muy distinta respecto a la convencional. Cuando Víctor fue hallado en estado salvaje en los bosques del Midi Francés, no hablaba, no hacía demandas, no establecía contacto con las personas y parecía totalmente desprovisto de cualquier forma de sociabilidad. Su edad se estimó alrededor de los 12 años. El caso despertó en su época, finales del siglo XVIII, un apasionante debate en el mundo intelectual, conmovido por el enternecedor e intrigante caso.⁸

El debate se movía entre dos polos: ¿era Víctor, privado del contacto social, algo parecido a una bestia salvaje desprovista de cualquier sentido moral?; o por el contrario, ¿sería el buen salvaje rousseauiano, no contaminado por la sociedad, del cual emergerían las virtudes humanas en su estado más puro? Desde una perspectiva más pragmática, algunos médicos de la época pensaron que Víctor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento - imbecilidad constitucional - y que, precisamente por este motivo, sus padres lo habrían abandonado.

Pero esta explicación, aparentemente cargada de sentido común, era poco atractiva para la intelectualidad de la época, pues daba por concluido el apasionante debate sociológico que este acontecimiento había suscitado.⁹

La escritora Harlan Lane (1976) planteó por primera vez en su libro "El Niño Salvaje de Aveyron", la posibilidad de que Víctor fuera autista. Pero la autora acabó rechazando esta opción por las siguientes razones:⁷

- a) Víctor, mostraba cambios bruscos de humor desencadenados por causas vinculadas a la relación con otras personas.
- b) no estaba profundamente aislado, sino que mostraba un cierto afecto con los que eran amables con él.
- c) no tenía obsesiones marcadas.

d) no tenía grandes dificultades para la manipulación.

e) tenía lenguaje gestual.⁷

Sin embargo, Uta Fritz se preguntaba, años más tarde, en su libro: "*¿descartan estas observaciones el diagnóstico de autismo?*" Desde la perspectiva actual se contempla el autismo, dentro un espectro dimensional con alteración de las capacidades sociales y comunicativas; pero en modo alguno ello implica una ausencia absoluta de tales facultades.⁸

Si se presta atención a la descripción que dejó escrita el abate Pierre-Joseph Bonnaterre, profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron, resulta que analizando minuciosamente el relato de sus conductas queda muy claro que Víctor mostraba deficiencias en las interacciones sociales recíprocas, incompetencias intelectuales específicas, alteraciones de la integración sensorial y, además, no realizaba juego simbólico.⁹

Sin embargo, el vocablo autismo no fue utilizado en la literatura médica hasta 1911. En esa fecha, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler describió a un grupo de niños "encerrados en sí mismos", considerándolo una perturbación básica de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Bleuler, profundamente interesado en la esquizofrenia, utilizó el significado inicial para referirse a la marcada tendencia de los pacientes esquizofrénicos a vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior. Poco después, en 1923, el psicólogo también suizo, Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extrovertida e introvertida, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud. Este enfoque definía a la persona con autismo como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el mundo interior.⁸

El introvertido era para Jung una persona contemplativa que disfrutaba de la soledad y de su mundo interno; de manera que la introversión severa, denominada autismo, se creía que era característica de algunas formas de esquizofrenia.^{7,8}

Durante los años previos a Leo Kanner fueron apareciendo trabajos que se pueden considerar aproximaciones conceptuales al autismo. Tales aportaciones se inspiraban en interpretaciones de lo que se denominó esquizofrenia de inicio precoz, síndromes parecidos a la esquizofrenia o cuadros regresivos en la infancia. Ello indicaba que las personas con autismo, como es obvio, acudían a las consultas e intrigaban a los psiquiatras de la época.^{8,9}

La incorporación del término autismo al significado actual se debe a Leo Kanner, tras la aparición en 1943 del que se puede distinguir como el artículo fundacional del autismo actual: "*Autistic disturbances of affective contact*". Kanner había nacido en 1894 en Klekotiv, un pueblecito de Austria, actualmente perteneciente a Ucrania. Tras haber finalizado sus estudios de medicina en Berlín y haber vivido la primera guerra mundial, emigró a los Estados Unidos en el año 1924.⁹ Fig. 1¹⁰



Fig. 1 LEO KANNER.¹⁰

Pronto orientó su interés hacia la Psiquiatría, y especialmente a los problemas infantiles en este campo. No tardó en ver recompensada su dedicación, al ser seleccionado en 1930 para desarrollar en el Hospital John Hopkins de Baltimore el que puede ser considerado como primer servicio de Psiquiatría Infantil en el mundo. A él se debe la publicación del primer libro sobre la materia ("*Child Psychiatry*") en 1935. Kanner era por encima de todo un gran clínico, con una extraordinaria capacidad de observación y una agudeza especial para apreciar los rasgos típicos de sus pacientes.⁸

Kanner fue, además de un gran profesional, un ciudadano sensible a la injusticia social, y especialmente al abuso infantil. Se sentía profundamente indignado cuando contemplaba como las damas de alcurnia de la alta sociedad americana contrataban abogados para que les facilitaran la custodia de muchachas de la escuela de débiles mentales a quienes trataban peor que a esclavas. En una sesión de la American Psychiatric Association en el año 1937, denunció que muchas no recibían sueldo, que trabajaban exhaustivamente, que estaban mal alimentadas y que eran maltratadas.^{8,9}

En los años siguientes a la publicación del citado artículo, Kanner siguió profundizando en la delimitación del trastorno, al cual le asignó la denominación de "*autismo infantil precoz*", tras haber acumulado experiencia mediante la identificación personal de más de 100 niños y haber estudiado muchos otros precedentes de colegas psiquiatras y pediatras. En los años que siguieron, merced a la divulgación del autismo, se empezaron a identificar gran número de pacientes en diversos países. Pero como era de esperar, nadie conocía el cuadro clínico tan a fondo como Kanner. Nadie podía precisar y comprender con mayor precisión cuales debían ser los límites entre el autismo y otros trastornos. Puesto que el conocimiento del autismo estaba emergiendo, era capital no confundirlo con otros problemas, de otro modo resultaría muy adulterada la investigación y el progreso en el conocimiento de la naturaleza del autismo.¹²

Kanner tenía una fina sensibilidad para esclarecer los conceptos que se manejaban en su época y para reconocer los límites entre los conocimientos sólidos y las especulaciones teóricas. Ello le condujo a defender con firme contundencia, sustentada en una profunda comprensión de sus pacientes, la separación entre autismo y esquizofrenia.^{7, 8}

Para Kanner el cuadro clínico del autismo, tal como él lo había descrito, era tan específico que se podía diferenciar claramente, no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier otro trastorno. No dejó tampoco de hacer notar que la llamada esquizofrenia infantil, en sus tiempos, era todavía una entidad especulativa, basada en gran parte en insinuaciones derivadas del relato de familiares de pacientes esquizofrénicos adultos o adolescentes.⁸

En la publicación inicial, donde describía magistralmente el cuadro clínico del autismo, recogió las observaciones sobre 8 niños y 3 niñas que le habían llamado poderosamente la atención. Estos 11 pacientes tenían en común las siguientes características: 1) incapacidad para establecer relaciones; 2) alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social, aunque en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado; 3) insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios; 4) aparición, en ocasiones, de habilidades especiales; 5) buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés; 6) aspecto físico normal y "fisonomía inteligente"; y 7) aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento. Esta última observación llevó a Kanner a especular sobre las vagas nociones acerca de los componentes constitucionales de la reactividad emocional. Es por ello que, al final del artículo, define el autismo como "*alteración autista innata del contacto afectivo*".¹²

CAPÍTULO 2 AUTISMO

2.1 Características

La discapacidad es un término que evoca diversas imágenes para la gente, dependiendo de sus antecedentes culturales, de sus experiencias personales, de la condición de incapacidad y de las normas de la sociedad en la cual ellos viven.

Ha habido en estos últimos años un movimiento, lejos de la definición bastante estrecha impuesta por el modelo médico, con un énfasis en el impedimento individual “discapacitando” a esa persona. La presión, en gran parte de los abogados para personas con discapacidades y los padres que apoyan a las organizaciones , han llevado a una definición más inclusiva que ponga un énfasis en la capacidad individual , en vez de lo que no pueden hacer.¹¹

Esto está en parte introducido en el modelo social donde está la sociedad que inhabilita al individuo con una discapacidad, lo que debería ser lo contrario. Por lo cual más recientemente, la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIF) se centró con énfasis en el estado de salud del individuo en vez de su potencial discapacidad.¹¹

Esta última clasificación se basa en un modelo biopsicosocial, que tiene por objeto integrar los modelos médico y social antes mencionados. El funcionamiento y la discapacidad se definen en relación con los resultados entre la condición (es) de salud de la persona y el contexto en el cual opera. Fig. 2¹¹

CIF define el funcionamiento y la discapacidad en relación con los resultados entre las condiciones de salud de una persona y el contexto en el que operan. Este contexto está definido en tres niveles de funcionamiento, a nivel de una parte del cuerpo, a nivel del individuo completo, y el funcionamiento que se produce a nivel de la sociedad. Esta tabla muestra el dominio en el cual esto ocurre y las definiciones.

DOMINIO	DEFINIDO COMO
Funciones corporales	Funciones psicológicas de los sistemas corporales
Estructuras corporales	Partes anatómicas del cuerpo
Impedimentos	Problemas con las funciones corporales/ estructurales, tales como pérdida significativa
Actividad	La realización de una tarea o una acción por la persona
Participación	Participación en las actividades diarias
Limitaciones de las Actividades	Dificultad que experimenta la persona en el desempeño de tareas y acciones
Restricción en la participación	Los problemas experimentados por la persona en la participación en las actividades de la vida diaria
Factores ambientales	El contexto ambiental en que las personas viven sus vidas

Fig. 2 CIF Define el funcionamiento y discapacidad en relación con los resultados entre las condiciones de salud de una persona. ¹¹

Este marco abre la posibilidad de refinar las definiciones como por ejemplo, en cuáles niños se considera necesaria la atención especial odontológica y en cuáles no. Ejemplos de esto se dan en la fig. 3 que nos dan la necesidad de instalaciones especializadas, así como el conocimiento experto sobre las diferentes condiciones, la sedación consciente, y el cuidado dental especial que es requerido.¹²

Estructura y dominios CIF aplicados en ejemplos de pacientes con espectro autista	
Dominio (ejemplar)	Niño con Espectro Autista
Función corporal (funciones psicológicas o fisiológicas de los sistemas corporales)	Funciones mentales globales (por ejemplo, funciones psicosociales globales) Funciones mentales específicas (por ejemplo, funciones emocionales)
Estructuras corporales (partes anatómicas del cuerpo)	Estructura del cerebro
Impedimentos (desviación significativa o pérdida de las funciones corporales o estructurales)	Alteración de la capacidad para mantener la atención Incapacidad para controlar los movimientos voluntarios Adquisición retardada de las funciones mentales del lenguaje Deterioro de las funciones psicosociales
Actividad (la realización de una tarea o una acción)	La ejecución de tareas individuales o múltiples El manejo del estrés y otras demandas psicológicas
Participación (participación en las situaciones de la vida diaria)	El mantenimiento de la salud
Limitaciones en las actividades (dificultad en el desempeño de actividades)	La dificultad en la culminación de una tarea determinada, por ejemplo, instrucciones dentales simples
Restricciones en la participación (problemas experimentados en la participación en las situaciones de la vida diaria)	Problemas con la búsqueda de atención y aceptación del tratamiento dental
Factores ambientales (el ambiente físico, social, actitudinal)	El apoyo brindado por los profesionales de la salud Las actitudes de los profesionales de la salud, los servicios de salud
Facilitadores ambientales	Equipo dental bien informado y enterado Adecuada adaptación de los servicios dentales (por ejemplo, la asimilación de la rutina del paciente)

Fig. 3 Estructura y dominios CIF aplicados en ejemplos de pacientes con espectro autista.¹²

La CIF complementa el código ICD- 10 de la Organización Mundial de la Salud (1993), el cual es una clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Este último sistema identifica a las personas con una discapacidad intelectual, por ejemplo, los dividen en cuatro categorías de funcionamiento intelectual basado en el cociente intelectual (CI), con las personas con un CI <70 clasificadas como personas con retraso mental y aquellos con un <CI 50 personas con retraso mental severo.¹²

2.2 Tipos de trastornos del espectro autista

2.2.1 Autismo o Síndrome de Kanner

Éste es el trastorno que la mayoría de individuos asocia con el trastorno del espectro autista, y recibe en nombre de Síndrome de Kanner en relación con el Dr. Kanner, un médico que estudió y describió esta condición en los años 30.

Los sujetos con autismo poseen una limitada conexión emocional con los demás, y parece que están inmersos en su propio mundo. Son más propensos a mostrar comportamientos repetitivos, por ejemplo, pueden organizar y reorganizar el mismo grupo de objetos, hacia adelante y atrás durante períodos prolongados de tiempo. Y son individuos altamente sensibles ante estímulos externos como sonidos.¹³

Es decir, pueden estresarse o agitarse cuando se expone a ruidos específicos, luces brillantes o sonidos o, por otro lado, van a insistir en el uso de determinadas prendas de vestir o colores o van a querer ubicarse en determinadas zonas de la habitación sin ningún motivo aparente.¹⁴

2.2.2 Síndrome de Asperger

Es un trastorno del desarrollo que se caracteriza por Intereses limitados o una preocupación inusual con un objeto en particular hasta la exclusión de otras actividades: ¹³

- Rutinas o rituales repetitivos
- Peculiaridades en el habla y el lenguaje, como hablar de manera demasiado formal o monótona, o tomar las figuras retóricas literalmente
- Comportamiento social y emocionalmente inadecuado y la incapacidad de interactuar exitosamente con los demás
- Problemas con comunicación no verbal, inclusive el uso restringido de gestos, expresiones faciales limitadas o inadecuadas, o una mirada peculiar y rígida
- Movimientos motores torpes y no coordinados¹³

2.2.3 Trastorno desintegrador infantil o Síndrome de Heller

Este trastorno, normalmente referido como Síndrome de Heller, Se caracteriza porque en los dos años primeros de vida, en que se produce un desarrollo normal y antes de llegar a los 10, se produce una pérdida de las habilidades adquiridas previamente y la manifestación de los déficits sociales y comportamientos típicos del trastorno autista.¹⁴

Es frecuente en estos casos que ocurra una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo.

Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a veces un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores repetitivos y estereotipados y un deterioro de la comunicación e interacción social.¹⁴

Es similar a los TEA anteriores, porque afecta a las mismas áreas (lenguaje, función social y motricidad), aunque se diferencia de éstos en su carácter regresivo y repentino, lo que puede provocar que incluso el propio sujeto se dé cuenta del problema. Distintos estudios concluyen que este trastorno es entre 10 y 60 veces menos frecuente que el autismo.¹⁵

2.2.4 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Cuando los síntomas clínicos que presenta el sujeto con trastorno del espectro autista son demasiado heterogéneos y no encajan en su totalidad con los tres tipos anteriores, se emplea la etiqueta diagnóstica de “trastorno generalizado del desarrollo no especificado”.

El sujeto con este trastorno se caracteriza por tener un déficit de reciprocidad social, problemas severos de comunicación y la existencia de intereses y actividades peculiares, restringidas y estereotipadas, “discapacidad severa y generalizada” es posible que sus síntomas no aparezcan hasta que sean mayores.¹⁶

CAPÍTULO 3 SÍNDROME DE KANNER

3.1 Etiología

3.1.1 Genética

El autismo o Síndrome de Kanner no se origina por una sola causa. Se trata de un trastorno plurietiológico, en el que diversos factores favorecedores de este trastorno, son aún desconocidos.¹⁷

- Autosómica recesiva (gemelos monocigóticos).
- Pero se piensa que existen menos de 10 genes (herencia multiplicativa).
- Síndrome del cromosoma x frágil, falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma.
- Neurobiológica.
- Anormalidades en los neurotransmisores (son sustancias químicas creadas por el cuerpo que transmiten señales (es decir, información) desde una neurona hasta la siguiente a través de unos puntos de contacto llamados *sinapsis*.)
- Hiperserotoninemia, que altera el funcionamiento cerebral.
- Neuronas de los núcleos cerebelosos, alteración en las relaciones sinápticas.
- Inmunológicos, baja ig. a y una actividad deficiente del sistema del complemento.¹⁷

3.1.2 Neurológicas

Los estudios de personas con autismo han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluidos el cerebelo, la amígdala y el hipocampo, y alteraciones en las conexiones entre los lóbulos frontal, temporal y sistema límbico.¹⁴

En particular, la amígdala y el hipocampo parecen estar densamente poblados de neuronas, las cuales son más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas.¹⁴

También se ha visto que el cerebro de una persona con autismo es más grande y pesado que el cerebro de una persona con desarrollo normal. Estas diferencias sugieren que el autismo es consecuencia de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo fetal.¹⁴

3.1.3 Psicológicas

- Los sujetos con autismo poseen una limitada conexión emocional con los demás, y parece que están inmersos en su propio mundo. (Kanner, 1943)
- La carencia de experiencia, falla en reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos.¹⁸

3.1.4 Cognitiva

- Es la responsable de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros.¹⁹

3.1.5 Cognitivo – afectiva

- Plantea las dificultades de comunicación y social.
- Tienen origen en un déficit afectivo primario, el cual se relaciona a un déficit cognitivo.
- Dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de otras personas.
- En ocasiones presentan retardo mental.
- Se debe realizar medición del coeficiente intelectual, la cual no es factible ni fiable en ciertas circunstancias.¹⁹

Es importante enfatizar que todas estas teorías pretenden explicar que el autista muchas veces es así porque dentro y fuera de su entorno no ha recibido afectividad cuando era pequeño, ha tenido padres distantes; fríos, demasiado intelectuales.¹⁴

3.2 Características

3.2.1 Según Kanner

- Aislamiento profundo para el contacto con las personas
- Deseo obsesivo de preservar la identidad
- Relación intensa con los objetos
- Conservación de una fisionomía inteligente pensativa
- Alteración en la comunicación verbal manifestada por un “mutismo” o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa.⁹

3.2.2 De acuerdo a la asociación americana de pediatría

- **Anomalías de la interacción social**
 - Déficit en conductas no verbales prosociales: no contacto visual, alteración en la expresión facial, posturas corporales y gestos anormales.
 - No relación con sus padres.
 - Ausencia de conductas espontáneas: compartir juegos, diversiones o intereses con los demás niños.
 - Ausencia o déficit en la reciprocidad social o emocional.¹⁷
- **Alteraciones de la comunicación**
 - Retraso evolutivo del lenguaje :agnosia verbal (es una alteración de la codificación y decodificación del lenguaje)

- Uso repetitivo y estereotipado del lenguaje, con ecolalias inmediatas y/o retardadas (es la repetición de las palabras que dice el interlocutor).¹⁹
- **Intereses restringidos y estereotipados, motoras y apego exagerado a determinados objetos, resistencia al cambio, manifestaciones violentas.**
- **Alteraciones cognitivas, variabilidad puede presentarse deficiencia mental profunda hasta capacidades superiores.**¹⁹

3.3 Diagnóstico

Para diagnosticar esta condición no existen pruebas genéticas, de laboratorio o exámenes médicos. Los criterios para el diagnóstico están basados en el comportamiento social, comunicativo y repetitivo observado por los padres y personas cercanas y mediante pruebas psicológicas donde se mide el nivel intelectual y la capacidad cognitiva.²⁰

Existen tres criterios, conocidos como la Tríada de Wing, que son necesarios cumplir con el fin de hacer el diagnóstico: en el que se incluyen el trastorno de reciprocidad social, trastorno de comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa; a los que posteriormente añadió los patrones repetitivos de actividad e intereses.²¹

En 1997 el profesor Ángel Rivière desarrolla el I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista) a través de doce dimensiones alteradas en estas personas, con 4 niveles de afectación en cada una de ellas, se representa todo el espectro. Estas dimensiones se agrupan de tres en tres, formando cuatro bloques que se corresponden con los cuatro apartados de Lorna Wing. Fig. 4²¹

Triada de Wing	IDEA
Trastorno de reciprocidad social	Trastorno cualitativo de la relación social
	Trastorno de las capacidades de referencia conjunta
	Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas
Trastorno de comunicación verbal y no verbal	Trastorno de las funciones comunicativas
	Trastorno cualitativo del lenguaje expresivo
	Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo
Patrones repetitivos de actividad e intereses	Trastorno de las competencias de anticipación
	Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental
	Trastorno del sentido de la actividad propia
Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa	Trastorno de la imaginación y de las capacidades de ficción
	Trastorno de la imitación
	Trastornos de la suspensión

Fig. 4 Inventario de Espectro Autista y Triada de Wing.²¹

3.4 Trastornos que pueden acompañar a los niños con autismo

El autismo se puede asociar con cualquier otra enfermedad o trastorno del desarrollo, psicomotor, sensorial, emocional o del comportamiento. De hecho

las personas con estos trastornos tienen mayor vulnerabilidad para otros problemas que la población general. El origen de esta vulnerabilidad es doble: por un lado existen ciertas enfermedades que afectan al cerebro que se presentan con una mayor frecuencia de lo esperable (epilepsia, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis...). Por el otro, el tener que adaptarse a un entorno que no comprenden o que no está adaptado a sus necesidades influye a la hora de generar otros problemas: ansiedad, depresión, conductas violentas, obsesiones, trastornos alimenticios o del sueño, etc. Entre todos los trastornos que se asocian a los TEA, los más frecuentes son: ¹⁴

Convulsiones: Es más común en aquellos niños que también tienen déficit cognitivo comparado con los que no lo tienen. Algunos investigadores sugieren que es más común cuando el niño muestra una regresión o pérdida de destrezas.¹⁴

Trastornos genéticos: Los niños con autismo pueden tener condiciones neurogenéticas como el síndrome de X Frágil, el síndrome de Angelman, un trastorno neurocutáneo llamado esclerosis tuberosa, el síndrome de la Duplicación del Cromosoma 15 y otras anomalías cromosómicas. La probabilidad de tener una de estas condiciones es algo mayor si los niños tiene un déficit cognitivo o discapacidad intelectual.²²

Trastornos gastrointestinales: Muchos padres reportan problemas gastrointestinales en sus niños con autismo, como gastritis, estreñimiento crónico, colitis, intolerancia al gluten y esofagitis. Las encuestas sugieren que entre el 46 y el 85% de los niños con autismo sufren de estreñimiento crónico o diarrea.²²

Disfunción del sueño: A veces los problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido pueden ser causados por problemas médicos como la apnea obstructiva del sueño o el reflujo gastroesofágico y tratar estos asuntos puede resolver el problema del sueño. En otros casos, cuando no existe una causa médica, los trastornos del sueño pueden ser manejados con intervenciones de modificación de conducta como la higiene del sueño o medidas como limitar que el niño duerma durante el día y establecer rutinas al acostarse.²²

Disfunción de integración sensorial (hipersensibilidad sensorial):

Para procesar e integrar la información sensorial, pueden verse afectados tanto la visión, como el oído, el olfato, el gusto, el sentido de movimiento (sistema vestibular) y el sentido de posicionamiento del cuerpo (propiocepción). Esto significa que mientras la información ingresa normalmente a través de los sentidos, el niño la percibe como algo muy diferente. A veces, los estímulos que parecen “normales” para otros niños, son experimentados como dolorosos, desagradables o confusos por el niño que tiene disfunción de integración sensorial (Sensory Integration Dysfunction o SID), que es el término clínico para esta característica del autismo. A la SID también se le suele llamar trastorno del procesamiento sensorial.²²

Pica: es un trastorno alimentario que consiste en comer cosas que no son alimentos. Se trata de una conducta que se inicia con la exploración de objetos y puede llegar a que algunos niños entre los 18 y 24 meses puedan llegar a tragar objetos que no son alimentos, pero esto que puede ser el origen de muchos accidentes domésticos, es parte natural de su desarrollo. Algunos niños con autismo y otras discapacidades del desarrollo extienden la etapa de desarrollo típico y

continúan comiendo cosas como tierra, arcilla, tiza o trocitos de pintura de pared más allá de los 24 meses y con relativa frecuencia.²²

3.5 Tratamiento

Por ahora no existe un tratamiento que cure el autismo, pero el cuidado apropiado promueve un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos no deseables.

Actualmente el tratamiento está basado en el análisis conductual aplicado (el cual consiste en sustituir conductas inadecuadas por otras funcionalmente equivalentes pero más deseables), se ha demostrado su utilidad para elevar el nivel de la calidad de vida de los niños con comportamiento autista.^{20, 21}

La educación representa una parte esencial en los niños con autismo, ésta puede ser en la escuela, en forma de atención específica o bien individualizada, también se puede recurrir a la psicoterapia, aunque su déficit cognitivo y del lenguaje afecta la terapéutica.

La implicación de otros niños en los programas de enseñanza de habilidades sociales tiene un enorme valor porque facilita la práctica de los aprendizajes en situaciones naturales. Normalmente, el uso de esta estrategia, en la que los iguales desempeñan un papel central como modelos y coterapeutas, tiene lugar en los programas que se llevan a cabo en los centros educativos.²⁰

Una parte muy importante dentro de su tratamiento, es el apoyo familiar ya que los padres deben saber que la alteración autista no es un trastorno relacional afectivo de crianza por lo que se recomienda buscar y mantener contacto con asociaciones.

3.6 Manejo odontológico

Los niños con discapacidad son menores que los niños regulares atenciones odontológicas en el cual estos individuos necesitan una atención diferenciada, debido a que exhiben alteraciones de comportamiento que necesitan de mayor comportamiento científico y habilidad técnica del cirujano dentista responsable.²³

Muchos profesionales se resisten a atender niños por miedo de no lograr realizar el trabajo adecuadamente o porque no conocen las implicaciones de la enfermedades que el paciente presenta. Existen, además, distintas barreras para el cuidado de la salud oral en estas personas porque tienen falta de percepción de la enfermedad y de las necesidades de tratamiento, presentan ansiedad o miedo lo cual dificulta su atención. Sin embargo, ya que las conductas son fácilmente superados cuando el cirujano dentista estudia con mayor profundidad las particularidades de este tipo de pacientes.^{24, 25}

Es necesario trabajar en el uso del instinto y la creatividad pues cada paciente es un individuo único, la mayoría de los detalles se aprenden de la experiencia personal con él. Esta es una manera distinta y a veces difícil de practicar odontología, pero a menudo es una experiencia muy gratificante.

En toda atención odontológica a un niño independientemente del cuadro clínico presentado, algunos cuidados deben siempre ser observados:

- La anamnesis debe ser lo más minuciosa posible. La historia previa y la actual del niño deben ser evaluadas con cautela. Es importante solicitar al responsable del paciente que traiga para la consulta todos los exámenes de dictamen y diagnósticos, para que el cirujano dentista tenga el conocimiento real de la enfermedad. También es aconsejable que la documentación más importante sea fotocopiada para archivarla.

- Contacto con otros profesionales que participan de acompañamiento del niño (médico, cardiólogo, terapeuta, etc.).²⁵

Las características propias de este trastorno le confieren un apartado especial. Saber hacer un diagnóstico diferencial entre lesiones autoinfringidas por el propio individuo o lesiones producidas por otra persona será uno de los campos de batalla del especialista en odontología.

Estos niños a menudo tienen poco tono muscular, coordinación deficiente, babeo, reflejo rotuliano hiperactivo (el reflejo que se genera al estimular la rodilla) y estrabismo; el 30% finalmente desarrollan epilepsia. Los niños con autismo pueden tener rutinas estrictas y prefieren alimentos suaves y comidas endulzadas. Debido a la pobre coordinación de la lengua, tienden a almacenar los alimentos en vez de digerirlos, este hábito combinado con el deseo de alimentos endulzados, conlleva a un aumento en la susceptibilidad a la caries dental.²⁵

Las personas con autismo son poseedoras de una gran cantidad de manías y hábitos nocivos relacionados con la boca:

- Respiración bucal
- Morderse la ropa
- Meterse los dedos en la boca
- Queilofagia
- Onicofagia
- Chupar o morder objetos
- Conductas autolesivas (cachetarse la cara, golpearse la cabeza y hacerse úlceras traumáticas por mordisqueo, entre otros.)²⁴

De ahí la necesidad de hacer un buen examen clínico y radiológico para estudiar los resultados y analizar los datos obtenidos en la entrevista a los padres/cuidadores.

3.5.1 Manifestaciones orales

Aunque no existen características propiamente definidas en el paciente autista, se pueden identificar ciertas manifestaciones frecuentes, como: ²³

- Bruxismo.
- hipertrofia gingival asociada con fenobarbital (se usa para controlar las convulsiones o bien para aliviar la ansiedad), sus primeras manifestaciones aparecen luego de tres meses de tomar dicha medicación y alcanza su máxima expresión entre el primer y el segundo año de tratamiento. La hipertrofia gingival junto a la hipertrichosis facial, agrandamiento de la labios y nariz constituyen la llamada fase hidantoinica.
- Maloclusiones.
- Caries dental.
- Problemas periodontales.
- Succión digital.
- Babeo.²³

3.5.2 Manejo en el consultorio

Las personas con autismo necesitan ayuda para adaptarse, aceptar y contribuir en el tratamiento dental. A menudo se requiere varias citas sólo para una integración y contenido del consultorio, tomando en cuenta el tiempo ofrecido para ellos. Es importante para el paciente encontrarse siempre con el mismo personal en el consultorio para que pueda identificarlos y lograr su confianza.²⁴

En la realización de la historia clínica se obtiene la mayor información sobre el paciente centrándose en sus fortalezas, y observando lo que le gusta con la finalidad de determinar la recompensa apropiada. Identificar si habla o no

el niño(a), la mejor manera de comunicarse, para determinar la mejor manera de comunicarse, así como también tener todos los datos del padre o tutor. ²⁴

Es recomendable que los padres o los que estén a cargo de los niños con autismo visiten la clínica de antemano sin el niño, con el fin de conocer las instalaciones, dónde saber estacionarse, qué puerta se usa para entrar, a quien encontrarán de manera que se identifique toda la instalación. ²⁵

Para facilitar las consultas y la atención médica a los niños y adolescentes con autismo, es aconsejable llevar artículos de confort que ayudarán a distraerlos así como utilizar imágenes o fotografías que ayudan a la comunicación. Hoy en día, las técnicas modernas como son las cámaras digitales e impresoras de alta calidad han hecho que sea fácil para el odontólogo crear este tipo de ayuda para personalizarla con cada paciente. ²⁶

Fig. 5



Fig. 5 Fotografías que pueden ser usadas como herramientas pedagógicas. ^{27, 28, 29,30}

Las fotografías de la clínica dental, del odontólogo y del personal que el paciente se va a encontrar, deben ser incluidas, además las fotos de una boca abierta que simboliza “abra la boca”, un cepillo de dientes; equipos para

el pulido, espejo, lámpara operatoria y sillón dental son útiles. Las imágenes o fotografías se pueden poner en un álbum de fotos en la secuencia en que el paciente los verá en la cita. ²⁶

Ésto se puede utilizar tanto en casa como cuando se preparan para la visita y durante la cita como una ayuda para recordar y entender lo que va a suceder. ²⁵

El equipo debe estar preparado para movimientos poco usuales como respuesta a estímulos, se recomienda el uso de música suave de fondo durante los procedimientos, no se debe realizar cambios en el ambiente o del equipo, ya que les agrada la monotonía y la continuidad, Hay que evitar los movimientos en las partes laterales donde se encuentre el paciente, para impedir la distracción, siempre es importante el decir, mostrar y hacer inmediatamente en cada tratamiento. ²⁶

La introducción de un examen o tratamiento se puede realizar sobre un número de citas programadas, uno o pocos días separados, o en varias citas cortas secuenciadas el mismo día. Normalmente es posible llevar a cabo un buen examen con espejo y un explorador y realizar los procedimientos preventivos, como el cepillado, pulidos y aplicación tópica de flúor. Es importante recordar que el niño aprende por imitación. ³¹

Sin embargo, las exposiciones radiográficas o la realización de tratamientos como obturaciones, a menudo requieren anestesia general. Por lo tanto, para reducir la necesidad de la anestesia general, es muy importante hacer énfasis en la prevención de la enfermedad en la cavidad bucal. ²⁶

El cuidado preventivo puede ser realizado por el odontólogo o por un auxiliar dental capacitado, pero en citas regulares con intervalos cortos entre ellas, con el fin de mantener el contacto finalmente es indispensable garantizar una experiencia satisfactoria al niño. ²⁶

La comunicación con un paciente autista debe ser clara y objetiva, de acuerdo a su capacidad de comprender el lenguaje ya que tiene gran dificultad para leer las señales no verbales (lenguaje corporal). Se debe decir al paciente lo que uno espera de él y evitar el parloteo. Ésto ayudará al paciente a centrarse en el tratamiento dental.³¹

CAPÍTULO 4 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE EL AUTISMO (SINDROME DE KANNER)

Una de las tareas de los profesionales de la salud, en general, y del profesional de la salud bucal, en particular, es la educación para la salud. Esta actividad es de suma importancia para los sectores limitados en el acceso a los servicios de salud, por lo que requiere ser valorada por el compromiso que asume el educador para la salud al comunicar aspectos relevantes para la vida de un individuo, una familia o una comunidad, y por la trascendencia e implicaciones socioculturales e ideológicas contenidas en el acto mismo de educar.⁶

La educación es una actividad eminentemente social, un requisito para la humanización del hombre mediante la socialización; es la herramienta creada para conservar el conocimiento que el hombre ha construido a lo largo de su historia, desde instrumentos y artefactos hasta costumbres, normas, códigos de comunicación y convivencia, mecanismos imprescindibles para la supervivencia de los grupos y la especie.³²

En el concepto de educación para la salud confluyen la educación, como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.³³

Actualmente, la manera de definir la educación para la salud se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación, es válida según el sector de intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que desde la salud, de acuerdo con Lawrence W. Greene, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene y el que participa, así “la educación para la salud es toda aquella combinación

de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables” (Ronchon, 1996.)⁶

La definición anterior denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos. La planificación de los temas a tratar, las técnicas y recursos didácticos empleados permiten alcanzar los objetivos del proyecto de educación para la salud y logran cambios voluntarios de comportamiento en el estilo de vida de una persona, en sus actitudes, valores y conocimientos, lo que propicia verdaderas experiencias de aprendizaje como sustento de los nuevos comportamientos saludables.³²

El referente teórico que fundamenta los programas de la salud, se encuentra en las ciencias de la salud, que permiten establecer los parámetros claros del bienestar global de las personas; las ciencias de la conducta, que explican cómo se producen los cambios de comportamiento; las ciencias de la educación, con su aporte sobre el conocimiento de los procesos de aprendizaje, y en las ciencias de la comunicación, que sienta las bases del proceso comunicativo.³³

En la actualidad la educación para la salud, es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos. No obstante la importancia reconocida en el discurso, este reconocimiento dista mucho del peso real que se le atribuye en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas. La educación para la salud es, aún hoy, una de las políticas de salud en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración pública.³⁴

Esta situación puede deberse a la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; a la escasa formación que han recibido los profesionales, que

les lleva a no invertir o a hacerlo inadecuadamente; al escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; a la pasividad de la población, acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de su salud; y a determinados intereses profesionales o económicos, que ven en sus resultados una pérdida de poder o de beneficios.³⁴

4.1 Propósito y campo de acción de la educación para la salud

El propósito de la educación para la salud, es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad para cuidarse; para ello es necesario dotar a las personas de recursos conceptuales, que les permitan reconocer sus necesidades y comprender su propio proceso salud-enfermedad, orientando sobre qué hacer para dar respuesta a ellas, además de capacitarlos y motivarlos para que lo hagan. Para cumplir este propósito, la educación para la salud deberá facilitar experiencias de aprendizaje que incluyan los tres componentes del proceso enseñanza-aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor.³⁵

Los espacios de acción de la educación para la salud, se encuentran inmersos en las instituciones socializadoras en las que participa un individuo a lo largo de su vida, pero de manera muy importante en aquellas de primer contacto: familia, escuela y medio.³⁶

En la familia, por ser el núcleo primario de socialización donde se cubren las necesidades básicas de sus miembros: alimentación, higiene, seguridad y afecto, pero también donde se proyectan valores y pautas de comportamiento relacionados con la salud, que son la base de los conceptos de salud, enfermedad y cuidado. En la escuela, por la reflexión de los contenidos alusivos a la salud-enfermedad y al medio ambiente,

principalmente aquellos relacionados con el aprendizaje para la vida. En el medio, por los medios de comunicación social, porque de muchas maneras comparten formas de mirar el mundo, la vida, la salud, la enfermedad y la diversión. Hoy, numerosos estudios demuestran la importancia de la televisión, las redes sociales, los cómics, las pandillas y los grupos de pares, los cuales comunican estilos de vida: patrones estéticos y alimentarios, empleo del tiempo libre y recreación, tipo de relaciones sociales y uso de medios de comunicación.³³

4.2 Diagnóstico de necesidades

Los aspectos que requieren ser investigados antes de la planeación y que deben convertirse en el marco de referencia para diseñar el programa de educación para la salud son: las necesidades de salud prevalentes, las características de la población a quien se dirige (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico) y las características del lugar donde se llevarán a cabo las sesiones de enseñanza-aprendizaje (aula, sala de algún hospital o centro de salud, consultorio o comunidad).³²

4.3 Objetivos

Se refieren a las metas a las que se desea llegar en la sesión de aprendizaje y de su definición depende el resto de la planeación:

- Primer nivel: demanda para el que aprende “conocer”, así como permite saber la existencia de algo, recordarlo y permitirlo.
- Segundo nivel: demanda para el que aprende “comprender” y permite explicar la información parafraseándola.
- Tercer nivel: demanda para el que aprende “aplicar” y permite hacer algo con la información que recibe y transferirla a situaciones parecidas.⁶

Zarzar (2006) los divide en tres niveles: informativos de aprendizaje (área cognoscitiva), los que se orientan al desarrollo de capacidades (área motriz) y los subjetivos, que se refieren a los valores, actitudes y hábitos (área afectiva):³²

Es importante reconocer que, si se espera modificar la manera de pensar (valores) y de actuar (actitudes) de la persona, lo más conveniente es plantear un objetivo de tercer nivel, porque implícitamente abarca los dos primeros, que sea realista, es decir, susceptible de ser alcanzado en el tiempo disponible, claro y preciso, para facilitar su comprensión, y que esté redactado en términos de producto de aprendizaje, por ejemplo: Al término de la sesión, los participantes realizarán correctamente la técnica de cepillado dental.³³

4.4 Actividades de aprendizaje

Si el aprendizaje es un proceso de construcción (asimilación activa), resulta imposible pensar que las personas puedan aprender por contemplación pasiva del actuar del educador, aunque éste haga muy buena exposición. Por ello, para aprender deberán realizar diversas tareas que los pongan en contacto con el objeto de conocimiento y con su experiencia misma, es decir, que los lleven a reflexionar sobre las implicaciones personales:³⁴

- Exposición
- Discusión en grupo
- Interrogatorio
- Demostración
- Dramatización o simulacro
- Teatro guiñol

Las actividades de aprendizaje deben tener cinco características: facilitar el logro de los objetivos, ser interesantes para mantener la motivación, ser accesibles para lograr la comprensión, permitir la participación activa y guardar estrecha relación con la vida de la persona. Cabe mencionar que, para alcanzar cada uno de los objetivos planteados, resultan más útiles unas técnicas que otras, y que éstas pueden ser complementadas con el uso de recursos didácticos.³⁵

Además de las técnicas didácticas, se usan recursos didácticos, que funcionan como auxiliares en las sesiones de enseñanza-aprendizaje y se eligen tomando en consideración la utilidad reportada y la accesibilidad de uso. Estos recursos carecen de valor por sí mismos, ya que éste depende de su elección y uso oportuno, por lo que es importante recordar que no es un sustituto del educador, sino un apoyo para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje. Su uso debe responder a los siguientes criterios generales:³⁶

- Apoyar al logro del objetivo.
- Responder a las características del grupo.
- Ser claro, conciso y preciso.
- Contener la menor cantidad de texto y, en lo posible, incluir imágenes alusivas.

El rotafolio, cartel, periódico mural, modelos, audiovisuales y escritos son algunos de los recursos más utilizados. Es importante recordar que los recursos didácticos facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje siempre y cuando se hayan preparado y seleccionado con anterioridad, sean ágiles y variados, no obstaculicen el proceso de análisis de los participantes y sean utilizados en el momento oportuno.³⁶

Por lo tanto el educador para la salud, tiene una gran responsabilidad en el manejo de los pacientes con espectro autista y concretamente con el

síndrome de Kanner, tiene que capacitarse e informarse en el manejo conductual así como en las estrategias de aprendizaje con el propósito de seleccionar la estrategia más adecuada en un caso en particular.

CONCLUSIONES

El autismo constituye un síndrome único, con características especiales a tener en cuenta para su conceptualización, diagnóstico y tratamiento, sin una etiología precisada por completo y es abordado desde diferentes posturas teóricas.

El incremento actual de su incidencia, hoy más alta que un sin fin de enfermedades muy comunes en otras décadas, se traducirá en un incremento de pacientes autistas que acudirán a consultas odontológicas para requerir de una atención especializada. Resulta de vital importancia el conocimiento, por parte del personal de salud y, en especial, del especialista en odontología, así como de los protocolos de desensibilización sistemática existentes, con la finalidad de evitar situaciones de rechazo al tratamiento por parte de estos niños, lo que reduciría la necesidad de la realización sistemática de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.

El mantenimiento de los objetivos del Sistema de Salud, requiere de instruir a padres y educadores acerca de la importancia de la prevención de enfermedades de la cavidad oral, enfatizando en la necesidad de revisiones periódicas, y de esta manera evitar el riesgo de presentar alguna alteración. La interrelación padres- educadores-odontólogos resulta imprescindible para una atención integral que se traduzca en elevar la calidad de vida de estos pacientes.

Finalmente el cirujano dentista que trate niños con este tipo de trastorno, tiene que informarse y capacitarse en relación a las estrategias del manejo conductual con el propósito de tener éxito en el tratamiento en el consultorio dental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades Disponible en : <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. Leo Kanner, el padre del autismo y de las “madres nevera” Disponible en: <https://autismodiario.org/2011/04/19/leo-kanner-el-padre-del-autismo-y-de-las-madres-nevera/>
3. Dr. Manuel Casanova. La definición del Autismo Disponible en: <https://corticalchauvinism.com/2013/05/02/la-definicion-del-autismo/>
4. Definición de Educación. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/educacion/>
5. Organización Mundial de la Salud Preguntas más frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
6. De la Fuente H., Sifuentes V., Nieto Cruz M., Promoción y Educación para la Salud en odontología 1ª Edición México D.F. Manual Moderno 2014
7. DR. Pérez Paula Isabel, Artigas Pallares Josep. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Scielo 2012, 567-587
8. Aragona M. The concept of mental disorder and the DSM-V. Dial Phil Ment Neuro Sci 2009; 2: 1-14.
9. My Child Without Limits.org. ¿Qué es el autismo? Disponible en: <http://www.mychildwithoutlimits.org/understand/autism/?lang=es>
10. www.aspergiannation.com/past-research.html

11. World Health Organization. International classification of functioning disability and health (ICF). Disponible en: [Http://www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)
12. Faulks D, Hennequin M. Defining the population requiring special care dentistry using the International Classification of Functioning, Disability and Health- a personal view. JDisabil Oral Health 2006; 7: 143-52
13. Los 4 tipos de Autismo y sus características. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-autismo>
14. Trastornos del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/233811780 Trastornos del Espectro Autista Guia para padres y profesionales](https://www.researchgate.net/publication/233811780_Trastornos_del_Espectro_Autista_Guia_para_padres_y_profesionales)
15. Psicoactiva mujer y hoy. El trastorno Desintegrativo Infantil o síndrome de Heller. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/trastorno-desintegrativo-infantil/>
16. Healthy Children. Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Paginas/Pervasive-Developmental-Disorder-Not-Otherwise-Specified.aspx>
17. Rojas Castro Nora Elena. Guía de Manejo Autismo, Fundación HOMI, 2009, versión 1, 1-5
18. José Luis Castellanos Medicina en Odontología, Manejo de Pacientes con Enfermedades sistémicas, manual moderno, 2da ed. 2002.

19. Dra. Pimienta P. N., Dra. Yainedy, Lic. González F. Autismo infantil, manejo en la especialidad de odontología Acta Médica del Centro, Vol. 11 No. 4 2017 56-69
20. Psicología y Mente. Análisis conductual aplicado: definición, técnicas y usos. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/analisis-conductual-aplicado>
21. Universitat id Valencia Trastornos de Espectro Autista. Disponible en: <https://www.uv.es/bellohc/logopedia/NRTLogo8.wiki?2>
22. DÍEZ, A. et al. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología 2005; 41(5):299–310.
23. Martos-Pérez Juan, Llorente-Comí María Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista: Unión Entre la Comprensión y la Práctica Basada en la Evidencia, Revista Neurol 2013, S185- S191
24. Guedes P. A., Bönecker M., Martins D. R., Odontopediatría Brasil editorial santos.2011
25. A. Dean Jeffrey, R. Avery David, E. Mc Dónald Ralph Odontología para el Niño y el Adolescente 9ª Edición Venezuela. Editorial Elsevier. 2014 Pp. 460-486.
26. Koch G., Poulsen S. Odontopediatría Segunda Edición Editorial Amolca 2011 Pp. 331-347
27. <http://www.medicalexpo.es/prod/gcomm-srl/product-72320-467196.html>

28. <https://destinonegocio.com/pe/emprendimiento-pe/consejos-para-contar-con-un-consultorio-dental/>
29. <http://www.medcare.cl/productos/espejo-dental/>
30. https://www.ecured.cu/Explorador_dental
31. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. J. Clin Psychiatry 2005;66(suppl10): 3-8
32. Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social (CONAPO) Disponible en:
http://internet.coneval.gob.mx/Informes/archivos_twitter/indicador_pobreza2010.html
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención de la morbilidad. 60a. Asamblea Mundial de la Salud. Marzo, 2007. 1-4
34. Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). (2006). Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental 138a. Sesión del Comité Ejecutivo del 19-23 de junio.
35. Asociación Mexicana Naciones Unidad (AMNU). Disponible en:
http://www.amnu.org.mx/index.php?option=com_content&view=rticle&id=31:articulo-2&catid=10:articulos
36. Álvarez, R. Salud Pública y Medicina Preventiva. 4ª edición México, DF: El Manual Moderno. 2012