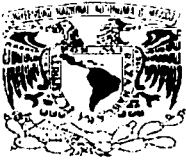


01421
189



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCODENTAL APLICADO A NIÑOS AUTISTAS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ERICA LUNA LUZ

**DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORES: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA
C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME**



MÉXICO D. F.

2003

A



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.

DEDICATORIAS

A Dios:

Por permitirme terminar una de mis metas y porque nunca me dejas sola en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres:

Maura y Francisco por su apoyo y comprensión en todos los momentos más importantes de mi vida.

A mis hermanos:

Elizabeth y Francisco por su apoyo y buenos deseos que tienen siempre hacia mí.

A mi abuelita:

Hilaria por su apoyo en todas las situaciones que se presentan.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Elena Nieto Cruz por dedicar su valioso tiempo y ayuda en la elaboración de este trabajo.

A la Dra. Nancy Antonieta Jacques Medina por su gran ayuda y apoyo en cualquier situación.

Al Dr. Alfonso Bustamante Bácame por su gran ayuda y tiempo.

A la Directora María del Carmen Marroquín y a todo el personal de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A. C. (CLIMA) por todo el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

C

ÍNDICE

Introducción	1
1. Antecedentes históricos del autismo	2
Autismo	
1.1. Concepto	7
1.2 Etiología	7
2. La naturaleza de los trastornos del espectro autista	11
3. El autismo y su diagnóstico	12
4. La conducta de los niños con trastornos del espectro autista.....	13
5. Deficiencia en la interacción social	14
6. Deficiencias en la comunicación	17
7. Deficiencias de la imaginación	20
8. Actividades estereotipadas repetitivas	21
9. Aprendizaje de los niños autistas	23
10. Epidemiología	24
11. Medicamentos utilizados en el autismo	25
12. Alternativas nutricionales: alimentos, metabolismo y digestión	27
13. El perfil del cirujano dentista que trata con el niño autista	28
14. Antecedentes de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones	31
del Desarrollo (CLIMA).	
15. Planteamiento del problema	33
16. Justificación	33
17. Objetivos	33
18. Metodología	34
18.1 Material y método	34
18.2 Población de estudio	34
18.3 Muestra	35
18.4 Tipo de estudio	35
18.5 Variables de estudio	35

D

18.6 Criterios de inclusión	35
18.7 Criterios de exclusión	35
18.8 Técnica de recolección de datos	35
19. Implementación del programa	36
20. Resultados y evaluación del programa	43
21. Conclusiones	57
22. Bibliografía	58
23. Anexos	60

FE

INTRODUCCIÓN

El inicio de este síndrome normalmente se presenta en la infancia, y algunas veces desde el nacimiento, pero se hace evidente con certeza durante los primeros años de vida.

El lenguaje, si lo hay, sufre desajustes severos, aun cuando el niño éste conciente de su medio, a tal grado que si se interfiere con el juego o si los objetos conocidos a su alrededor se cambian de lugar, él se molesta y hace berrinches.

Una característica de los niños autistas es dar muestras de problemas en el desarrollo del lenguaje. Es posible que el habla esté presente, pero que no cumpla con el concepto de comunicación.

Otra área de interés y a menudo de frustración en el desarrollo de los niños autistas son: el fijar la atención y las limitaciones psicomotoras, por lo que suele ser difícil encontrar servicios dentales para este tipo de discapacidad.

Por lo anteriormente señalado, en el presente trabajo se presentan alternativas para tratar a estos niños y de esta manera puedan incorporar a su rutina cuidados que beneficien su salud bucodental.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL AUTISMO

Anteriormente los niños y adultos con trastornos autistas fueron motivo de antiguas leyendas de "niños cambiados por las brujas". Se creía que las brujas robaban un bebé y en su lugar dejaban a uno encantado. En algunas versiones del cuento, el niño cambiado era muy bello, pero extraño y alejado del género humano. ¹

En enero de 1801, un médico francés, Jean-Marc-Gaspard Itard, se hizo cargo de un muchacho de unos doce años de edad, conocido como Víctor, "el niño salvaje de Aveyron" al que habían encontrado viviendo en los bosques como un salvaje y capturado un año antes. La conducta del niño era extraña, y no hablaba. Itard pensó que se debía al hecho de que había estado aislado del contacto humano desde muy corta edad. Philippe Pinel, otro médico eminente de la época, no estaba de acuerdo con Itard. Creía que el niño tenía desde el nacimiento serias dificultades generalizadas de aprendizaje. Harlan Lane, psicólogo especializado en el estudio del habla, la audición y el lenguaje, recopiló los escritos de Itard sobre Víctor y los publicó en su libro *El niño salvaje de Aveyron*. Al leer el relato, se puede ver que Víctor se comportaba como un niño con autismo. Víctor nunca aprendió a hablar, Itard describía como, cuando quería que le llevaran en carretilla, cogía a alguien del brazo, ponía en sus manos los mangos de la carretilla, se subía a ella y esperaba a que le llevaran. Itard pasó horas tratando de enseñar a Víctor a jugar con todo tipo de juguetes y sólo consiguió impacientarle tanto con estas actividades que destruía los juguetes si se le dejaba solo con ellos. Se observó que Víctor tenía un "indudable gusto por el

¹ Lorna W. *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1998. p.23.

orden" y se sentía mal hasta que podía volver a colocar en su lugar un objeto que se hubiera sacado de su sitio.²

Algunos años más tarde, en 1809, John Haslam, en Inglaterra, se refirió a un niño que tuvo un grave sarampión cuando tenía un año. Su conducta posterior recuerda mucho a la de un tipo con un trastorno autista, que tiene un habla muy repetitiva y una conducta impulsiva y agresiva. Ingresó en el Bethlem Royal Hospital a la edad de cinco años.

En 1911 el psiquiatra Eugen Bleuler, refirió al autismo como un trastorno básico de la esquizofrenia, que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que sea el propio "yo" de la persona. Esta limitación podría describirse como una retirada, por parte del paciente, del mundo social para sumergirse en sí mismo.³

En 1919, un psicólogo norteamericano, Lightner Witmer, escribió un artículo sobre Don, un niño de dos años y siete meses, que se comportaba como un niño con autismo en su forma típica y que fue aceptado en la escuela especial de Witmer. Una enseñanza individual mantenida durante un largo periodo contribuyó a que este niño hiciera progresos en el trabajo escolar y en la adquisición de destrezas prácticas.

Leo Kanner y Hans Asperger fueron los pioneros en el tema del autismo. Fueron los primeros en publicar descripciones de este trastorno. La publicación de Kanner se realizó en 1943, la de Asperger en 1944. Las dos contenían detalladas descripciones de casos y presentaban los primeros esfuerzos teóricos para explicar la alteración. Tanto Kanner como Asperger

² Canal R, Crespo M, Pérez Y, Sanz T, Verdugo MA. El autismo 50 años después de Kanner (1943). Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Salamanca: Amarú; 1993. pp. 41-44.

³ Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. España: Alianza; 1991. pp.30-31.

pensaban que, desde el nacimiento, se producía un trastorno fundamental que daría lugar a problemas muy característicos.

Leo Kanner, en los Estados Unidos, observó que una serie de niños remitidos a su clínica tenían en común un patrón de conducta inusual, al que él llamó "autismo infantil precoz". Publicó su primer artículo sobre este trastorno en 1943. Daba descripciones detalladas de la conducta de los niños, pero seleccionó ciertos rasgos como cruciales para el diagnóstico. Estos eran: una gran carencia de contacto afectivo (emocional) hacia otras personas; una intensa insistencia en la similitud de elaboradas rutinas repetitivas, frecuentemente insólitas, elegidas por ellos mismos; mutismo o una considerable anomalía en el habla; fascinación por los objetos y destreza para manipularlos; altos niveles de habilidades visoespaciales o memoria mecánica en contraste con las dificultades de aprendizaje en otras áreas; una apariencia agradable, despierta e inteligente. Más tarde propuso que los dos primeros rasgos eran suficientes para el diagnóstico. También destacó que el trastorno estaba presente desde el nacimiento o dentro de los treinta primeros meses de vida. Kanner creía que su síndrome era único y separado de otros trastornos de la infancia.⁴

La definición del Autismo de Asperger o, como él la llamaba, de la "psicopatía autista", es más amplia que la de Kanner. Asperger incluía casos que mostraban serias lesiones orgánicas junto con otros que rodeaban la normalidad. El síndrome de Asperger tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje.

⁴ Fejerman N, Arroyo HA, Massaro ME. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo, 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós; 1994. pp. 15-19.

En 1962 se estableció en el Reino Unido, la primera asociación voluntaria del mundo para padres y profesionales preocupados por el autismo y que ahora se llama *National Autistic Society*. Aunque en su origen se centraba en el autismo de Kanner, pronto quedó claro que había muchos niños que no encajaban exactamente en las descripciones de Kanner pero tenían problemas similares y necesitaban un tipo de ayuda parecida.

Siempre ha habido desacuerdos en cuanto a la definición del autismo y a cómo se relaciona con otros trastornos discapacitantes de la infancia, que incluyen todo tipo de dificultades de aprendizaje y deficiencias del lenguaje.⁵

Con el paso del tiempo se han producido cambios esenciales en las ideas sobre la naturaleza de los trastornos autistas, antes de que se comprendieran las relaciones entre el cerebro y la conducta se sugerían causas sobrenaturales, un niño encantado o una posesión demoníaca.

Hacia finales del siglo XIX, el psiquiatra Henry Maudsley planteó la posibilidad de que la "psicosis" se diera en niños. Esta palabra no tiene un significado preciso, pero tiende a utilizarse como una etiqueta general para la conducta extravagante y extraña. Los trastornos que ahora se consideran dentro del espectro autista se ajustaban a esta descripción, por lo que se clasificaron como "psicosis infantiles".

Algunos psiquiatras infantiles consideraban que los trastornos autistas eran formas de la esquizofrenia infantil. Sin embargo, una serie de estudios de Israel Kolvin y sus colegas en la década de 1970 demostró las diferencias entre el autismo y el trastorno, muy raro, de la esquizofrenia que se da en la niñez.⁶

⁵ Paluszny M. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. México: Trillas; 2002. p.38.

⁶ Cohen D. Handbook of autism and developmental disorders, Maryland:Winston & Sons;1987. p.757.

En los setenta y los ochenta, comenzó a considerarse seriamente la idea de que el autismo de Kanner formaba parte de un espectro más amplio de trastornos autistas; los cambios en los trastornos autistas se pueden observar en las historia de los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DMS) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las primeras ediciones de la ICD no incluían en absoluto el autismo. La octava edición (1967) mencionaba sólo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo el encabezamiento de "psicosis infantil".

La décima edición de la ICD (1992), la tercera revisada (1987) y la cuarta (1994) del DSM adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastornos autistas del desarrollo, no "psicosis". El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de "trastornos generalizados del desarrollo".⁵

⁵ Paluszny M. Autismo: guía para padres y profesionales. México: Trillas; 2002. pp.42-43.

AUTISMO

1.1 CONCEPTO

Autismo se deriva del griego "autos", que significa "uno mismo".

El autismo no es una enfermedad, sino un síndrome. Es decir, un conjunto de síntomas que se presentan juntos y que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales convulsivos persistentes y resistencia al cambio.⁷

Para describir este síndrome se han empleado varios nombres: síndrome de Kanner, autismo anormal primario, autismo encapsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas, y retraso mental asociado con autismo.⁸

1.2 ETIOLOGÍA

La definición de una enfermedad no sólo se basa en la especificación de los signos y síntomas que le son características, sino que, generalmente, se explica por la causa etiológica, la anomalía subyacente y los mecanismos patogénicos que la producen. A continuación se resume el estado actual de las diferentes causas etiológicas que podrían conducir a la aparición del trastorno autista:

⁷ <http://www.deltanet.com.ar/apna/autismo.htm>

⁸ Tustin F. Estados autísticos de los niños. Argentina: Paidós; 1987.p. 13.

Procesos infecciosos e inmunológicos

Una invasión vírica del sistema nervioso central (SNC) puede producir una psicopatología grave que, en algunos casos, puede identificarse como autismo infantil.

Chess estableció con precisión al virus de la rubéola como una etiología evidente de la facilitación de autismo. Desde entonces, numerosos autores describen casos de autismo infantil consecutivos a infecciones intrauterinas y postnatales por diversos agentes infecciosos (citomegalovirus, herpes simples, toxoplasmosis gondii, sífilis, etc).

Las explicaciones a esta hipótesis del autismo son varias, sospechándose que una predisposición genética, en relación con la deficiencia en la función del sistema inmune, haga al feto más susceptible a ser dañado por una viriasis o que, por el contrario, las propias infecciones víricas puedan contribuir al defecto inmune, por estar presentes en el feto en una etapa muy temprana de la diferenciación inmunológica. También se ha sugerido que los niveles elevados de serotonina, presentes en un alto porcentaje de los autistas, puedan suprimir la respuesta inmunológica de los linfocitos, al igual que las lesiones localizadas en el hemisferio cerebral izquierdo, la que ocasiona la deprivación afectiva.²

² Canal R, Crespo M, Pérez Y, Sanz T, Verdugo MA. El autismo 50 años después de Kanner (1943). Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Salamanca: Amarú; 1993. pp.86-87.

Alteraciones metabólicas y bioquímicas

Un subgrupo de autistas con determinadas características pueden estar relacionados con la hiperactividad dopaminérgica, central que produce inquietud, estereotipias, autoestimulaciones, reacciones inapropiadas a los estímulos ambientales, etc. y porque, además, algunos neurolépticos (bloqueadores de los receptores de la dopamina) reducen, a veces, los síntomas conductuales y facilitan el aprendizaje.

Otros neurotransmisores han sido estudiados en relación con el autismo, entre ellos la epinefrina y la norepinefrina en relación con su influencia sobre la conducta, habiéndose encontrado niveles elevados y en otras ocasiones, disminuidos.

La investigación se ha centrado en la búsqueda de errores metabólicos referidos a la purina, encontrándose su mayor interés en la valoración de la alteración funcional de determinadas enzimas y su posible correlación con dietas especiales de bajo contenido en purina.⁹

Estudios neurofisiológicos y epilepsia

En la actualidad, se siguen manteniendo dos hipótesis neurofisiológicas dispares respecto del autismo. Por una parte, la que considera a este trastorno como consecuencia de una disfunción cortical primaria que origina los trastornos del lenguaje, la comunicación y el déficit cognitivo específico. Por otra, la que propone una disfunción primaria del tronco cerebral por la que los niños autistas no pueden modular sus propias respuestas a los estímulos sensoriales y, consecuentemente, sus propias respuestas motoras.

⁹ [http:// www.autismo.org.mx](http://www.autismo.org.mx)

Factores genéticos y cromosómicos

Se encuentran distintas anomalías en el cariotipo de algunos autistas advirtiéndose que excepto los cromosomas 7,14,19 y 20, el resto de los 23 pares han sido implicados de alguna manera en el síndrome autista, con alteraciones muy diversas (deleciones, trisomías parciales, inversión, translocación, mosaicismo, etc) lo que ha dado lugar a poder precisar diversas entidades clínicas con síndromes autistas.

El síndrome de X-frágil representa el mayor porcentaje de autismo conocido que tenga un marcador genético único, consistente en la falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma X.¹⁰

¹⁰ Courchesne E. Neuroanatomical systems involved in infantile autism: the implications of cerebellar abnormalities. Nueva York: Dawson; 1989. pp.23-26.

2. LA NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Todos los niños con "rasgos autistas" tienen la ausencia o la deficiencia de la interacción social, la comunicación y el desarrollo de la imaginación. Tienen también un patrón de actividades e intereses estrecho, rígido y repetitivo. Las personas con trastornos autistas no encuentran sentido al mundo y les resulta difícil aprender de la experiencia. Encuentran difícil ubicarse en el tiempo y en el espacio. Uta Frith escribió que les falta lo que ella llamó "impulso hacia la coherencia central". Cuanto más compleja es la información que le llega, más difícil es la comprensión para un individuo con un trastorno autista. Los seres humanos son tremendamente complicados y variables en el habla, los movimientos y las reacciones, así que no es sorprendente que una deficiencia de la interacción social sea un rasgo esencial de los trastornos autistas.

Existen diversas teorías respecto del modo en el que el cerebro asigna originalmente un valor emocional a las necesidades biológicas para la supervivencia y la reproducción y después, edificando sobre éstas, desarrolla a lo largo de los años un sistema complejo de valores relacionados con la cultura en la que vive el individuo. Cualesquiera que sean los mecanismos neurológicos, parece que las personas con trastornos autistas son deficientes en su capacidad para distinguir entre lo importante y lo trivial. En algunos de los pequeños se da incluso una indiferencia hacia los alimentos. En todos los afectados, la falta de interés por otros es un rasgo definitorio. Unido a esto está la fascinación idiosincrásica por objetos o experiencias concretos, que a otros les parecen triviales y sin sentido.¹¹

¹¹ Jurusalinsky A. Psicoanálisis del autismo. Buenos Aires: Nueva versión: 1988. p. 138.

3. EL AUTISMO Y SU DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del autismo se basa en la conducta. La interpretación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico.

La experiencia es importante porque permite a los profesionales que diagnostican percibir rápidamente esa característica elusiva, la soledad autista. Considerarán que el autismo es una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Tendrán que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente. Administrarán pruebas psicológicas y construirán una historia del curso del trastorno desde el comienzo. Así puede diagnosticarse el autismo de forma fiable.

Para valorar los síntomas autistas es necesario tener en cuenta la edad del niño y su edad mental. Hay conductas que los niños no pueden mostrar a menos que alcancen una cierta edad mental.

Los diagnósticos difieren a menudo. Por ello, es posible que un niño sea considerado autista en un centro y no en otro. Cuando se busca ayuda profesional para un niño pequeño, debido a que existen preocupaciones sobre su desarrollo intelectual y social, es necesario considerar la posibilidad de estar ante un caso de autismo.³



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³ Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. España: Alianza; 1991. pp. 37-38.

4. LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Cada individuo con trastornos autistas es diferente de cualquier otro. Sin embargo, los problemas normales que afectan a la interacción social, a la comunicación y la imaginación y a la conducta repetitiva, se pueden reconocer por debajo de todas las variaciones.

Hasta que el niño comienza a caminar solo no puede surgir la conducta autista en toda su amplitud.

LA CONDUCTA DE LOS BEBÉS

La mayoría tienden a ser plácidos y no exigentes, no lloran para que les den el alimento. Durante la infancia, se dice que son "angelicales", pero los padres tienden a preocuparse a medida que pasa el tiempo y el bebé no se vuelve más activo o más sociable. En contraste, una minoría de bebés lloran muchísimo día y noche, sin podersele consolar o calmar.¹²

A los bebés no les gustan las interferencias, como que no les cambien los pañales, les vistan o les laven. Puede que no eleven las manos o no se pongan en situación de que los levanten. Cuando se les toma, tienden a no dejarse caer cómodamente en los brazos de la madre y más adelante es posible que no se agarren con las manos y las rodillas si se les lleva a hombros. Algunos se quedan fascinados por las luces, o por cualquier cosa que brille, relumbre o gire. Podría aparecer muy pronto un gran interés por los estímulos visuales del televisor, así como una fascinación por la música.

¹² Fegerman N. No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil. Buenos Aires: Paidós; 1984. pp. 147-149

Los bebés parecen no estar interesados en cosas que llaman la atención de otros bebés a medida que crecen y se desarrollan. No miran a las personas y a los animales, y las escenas que pasan, ni tratan de llamar la atención de su madre hacia estas cosas, señalándolas con el dedo y estableciendo un contacto ocular.

Los bebés pueden sonreír cuando se les hacen cosquillas, se les abraza o se les hace saltar arriba y abajo, pero no al mirar a la cara de alguien. Pueden no cooperar repitiendo las acciones de los padres en juegos infantiles como el escondite o dar palmitas. Es posible que no les importe sentarse aunque puedan hacerlo, aparentemente porque tienen poco interés por el mundo. Algunos de los niños se ponen de pie y caminan apoyándose en los muebles en el momento adecuado, pero pueden ser reacios a soltarse y caminar sin apoyo hasta muchos meses después de la edad habitual.

El balbuceo tiende a ser limitado en cantidad y de pobre calidad y normalidad, no desarrolla el modelo de entonación y la gama de sonidos del habla corriente, que por lo general comienza hacia el final del primer año.³

5. DEFICIENCIAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL

Existen cuatro grupos :

El grupo aislado

Es el tipo más común de deficiencia social en niños pequeños. Los que están socialmente aislados se comportan como si los demás no existieran. No

³ Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. España: Alianza; 1991. p. 59.

acuden cuando les llaman, no responden si les hablas, sus rostros pueden estar vacíos de expresión, excepto cuando estallan en un acceso de rabia, pena o alegría. Miran a través de ti, dirigiéndote ocasionalmente una rápida mirada de soslayo, se pueden apartar si les tocas, no te rodean con los brazos cuando les abrazas.

Parecen apartados, en un mundo suyo, completamente absortos en sus propias actividades sin objetivo.

Los adultos que continúan siendo aislados no tienen interés por sus iguales. Si quieren algo, se acercan a quien esté al mando, es un misterio que a pesar de sus deficiencias sociales, identifican sin equivocarse quién es la persona con autoridad.



TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

El grupo pasivo

Estos niños o adultos no están completamente apartados de los demás. Aceptan las aproximaciones sociales y no se alejan, pero no inician la interacción social.

Los niños y adultos de este tipo son los que tienen menos problemas de conducta entre todos los que tienen cualquier trastorno autista.

El grupo “activo pero extraño”

Los niños y adultos de este tipo realizan aproximaciones activas a otras personas, normalmente a los cuidadores más que a sus compañeros de la misma edad, pero lo hacen de una forma peculiar, unidireccional para pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que les interesan.

Sus aproximaciones pueden incluir el agarrar o abrazar físicamente a la persona, casi siempre con demasiada fuerza. Se pueden volver difíciles y agresivos si no se les presta la atención que exigen. En la infancia, pueden ignorar a los niños de su misma edad o bien comportarse agresivamente hacia ellos.

El grupo hiperformal, pedante

Este patrón de conducta no se observa hasta el final de la adolescencia y en la vida adulta. Se desarrolla en los que son más capaces y tienen un buen nivel de lenguaje. Son excesivamente educados y formales en su conducta. Tratan con todas sus fuerzas de comportarse bien y se manejan ciñéndose

rígidamente a las normas de la interacción social. En realidad no comprenden estas normas y tienen dificultades especialmente en adaptarse a las sutiles diferencias de comportamiento.¹

6. DEFICIENCIAS EN LA COMUNICACIÓN

Todos los niños y adultos con trastornos autistas tienen problemas de "comunicación". Su "lenguaje" (la gramática, el vocabulario, la capacidad de definir el significado de palabras aisladas) puede ser deficiente o no.

LA UTILIZACIÓN DEL HABLA

Algunos niños no hablan nunca, y permanecen mudos toda la vida. Algunos de ellos son capaces de emitir repeticiones fieles de sonidos mecánicos o de animales.

El resto desarrolla el habla, aunque muchos comienzan considerablemente después de lo normal. Con frecuencia empiezan repitiendo palabras pronunciadas por otras personas, especialmente la última o últimas palabras de una frase. Pueden copiar el acento y la entonación exactos del que habla. La repetición de palabras puede tener poco sentido para el niño y a este eco vacío, como un loro, se llama "ecolalia". Algunos niños repiten palabras o frases que han oído en el pasado, y a esto se le llama "ecolalia retardada".

Algunos niños no pasan nunca la etapa del lenguaje en eco, pero otros llegan a la etapa siguiente, comienzan a decir algunas palabras y frases que ellos mismos han construido.

¹Lorna W. El autismo en niños y adultos: una guía para la familia. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1998. pp. 44-47

Confunden dos palabras de significado contrario, o utilizan una de las palabras del par tanto para su significado correcto como para el contrario. Así, "encender la luz" puede ser una petición de encender o apagar la luz según las circunstancias.

El contenido del habla de estos niños y adultos que son capaces de hablar es repetitivo y no convencional.

LA COMPRESIÓN DEL HABLA

Algunos niños y adultos no comprenden el lenguaje hablado y no responden cuando se les habla. La mayoría tienen cierta comprensión. Puede estar limitada a los nombres de objetos familiares o instrucciones sencillas en su contexto, como "dame tu taza". Resulta difícil saber hasta que punto hay una comprensión de las palabras o lo deduce de la situación. Una fuente de confusión es la falta de flexibilidad en el significado de las palabras. Pueden surgir dificultades si los objetos tienen más de un nombre. Tienen problemas con las palabras que suenan igual pero que tienen significados diferentes. Tienen tendencia a reaccionar a una o dos palabras de una frase e ignorar el resto.¹⁴

LA ENTONACIÓN Y EL CONTROL DE LA VOZ

Las personas con trastornos autistas tienen una entonación extraña, que puede ser monótona o de inflexiones inadecuadas. Tienen problemas para controlar el volumen del habla, que puede ser demasiado alto o, con menor frecuencia, demasiado bajo. La voz puede tener una calidad rara, mecánica, como de robot.

¹⁴Lovaas I. El niño autista. 1ª ed. México: Debate; 1984, p. 59.

Algunos utilizan, ocasionalmente una voz especial, diferente de la suya normal. Puede ser una copia de algo que han oído, pero a veces, parece ser un intento de probar sonidos diferentes.

LA UTILIZACIÓN Y LA COMPRENSIÓN DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Antes de desarrollar el habla, la mayoría indican sus necesidades agarrando a alguien de la mano, tirando de ellos y colocándoles la mano en el objeto deseado. Hay muy pocos intentos de mímica para señalar sus necesidades, y tienden a ser lo más breves y esquemáticos posibles.

En muchos de los niños se desarrollan gestos sencillos, como mover la cabeza de arriba abajo y hacia los lados para decir sí o no, pero gestos más complejos son raros.

Los niños pequeños con trastornos autistas tienen mucha dificultad para comprender la comunicación no verbal como para utilizarla.²



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

² Canal R., Crespo M, Pérez Y, Sanz T, Verdugo MA. El autismo 50 años después de Kanner (1943). Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Salamanca: Amarú; 1993. p.52.

7. DEFICIENCIAS EN LA IMAGINACIÓN

Los niños con trastornos autistas no desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás niños. Algunos nunca tienen ningún tipo de juego imitativo. Manejan los juguetes y otros objetos simplemente por las sensaciones físicas.

Algunas veces desempeñan el papel de un personaje, copiado de la televisión o de un libro, otras veces un animal o un pájaro, o incluso un objeto inanimado como una máquina de tren. Las acciones son limitadas y repetitivas, sin inventiva. El niño parece estar viviendo el personaje o el objeto, más que representarlo.

A muchos les gusta la televisión y los videos, principalmente los programas de dibujos animados, los concursos con muchos aplausos, ruidos mecánicos y destellos luminosos, ciencia-ficción y películas con muchísima acción.

Los niños a los que les gusta que les lean cuentos o escucharlos de una cinta magnetofónica, quieren los mismos cuentos una y otra vez. Saben si se ha omitido cualquier palabra. No tienen una comprensión imaginativa del cuento, aunque pueden ser capaces de repetir fragmentos enteros palabra por palabra.

Tienen una comprensión limitada o nula de las emociones de los demás, son deficientes en la capacidad de compartir ideas con otros y de utilizar la experiencia pasada y presente para hacer planes de futuro. Encuentran placer en sus propios intereses particulares.¹⁵

¹⁴ Gómez M. La educación especial. Integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela. México: Fondo de Cultura Económica;2002. pp.103-104.

8. ACTIVIDADES ESTEREOTIPADAS REPETITIVAS

Debido a que los niños con autismo no pueden disfrutar de las actividades que implican un pensamiento creativo y flexible, ni con el intercambio de ideas con otras personas, ni comprende a los demás, ni se interesa por ellos y no puede integrar las experiencias pasadas y presentes para planificar el futuro, lo único que les asegura la tranquilidad es repetir las actividades que les proporciona placer.

ACTIVIDADES REPETITIVAS SIMPLES

Las formas más sencillas de estas actividades están en relación con sensaciones repetitivas. Las personas con trastornos autistas les gusta realizar las siguientes conductas: tocar, oler, sentir, golpear ligeramente o arañar diversas superficies, escuchar ruidos mecánicos, mirar fijamente las luces o las cosas brillantes, retorcer y girar las manos o algún objeto cerca de los ojos, observar cosas desde diferentes ángulos, encender y apagar luces, observar las cosas que giran o remolinean.

A veces la actividad repetitiva adopta la forma de morderse a sí mismos, dar golpes con la cabeza, golpearse, arañarse u otras formas de autolesiones.

La mayoría de las veces, una conducta de este tipo es una respuesta a un estado de malestar, rabia o frustración.

Las actividades repetitivas simples se dan principalmente en niños pequeños.

RUTINAS REPETITIVAS ELABORADAS

Algunos tienen rutinas que ellos mismos inventan, como dar golpecitos en la silla antes de sentarse, ponerse de pie y dar tres vueltas durante el tiempo de una comida o llevar a cabo una secuencia complicada de movimientos corporales. El colocar los objetos en largas líneas, que no pueden alterar, es una característica conocida de la conducta autista.

En otros casos las rutinas se derivan de una actividad iniciada normalmente por los padres, que, al haberlo hecho una vez de una determinada manera, deben continuar sin ningún cambio.

Es típico que si la rutina se interrumpe haya gritos y rabietas que sólo terminan comenzando de nuevo la rutina desde el principio.

Los niños pueden llegar a estar apegados a ciertos objetos y negarse a separarse de ellos. Pueden ser juguetes corrientes, como muñecas o peluches, pero frecuentemente son rarezas tales como trozos de cuerda, hojas, cuadraditos minúsculos de negativos fotográficos, trocitos de cemento o piezas de plástico de colores brillantes.

La resistencia al cambio se puede aplicar a la comida. Aunque algunos niños tienen un buen apetito desde el principio, otros pasan por una etapa en la que se niegan a comer excepto unos cuantos alimentos.

El ver cintas de vídeo tiene un marcado efecto en la conducta de los niños con trastornos autistas, debido a que el vídeo repite las mismas situaciones cada vez y se ve sin la más mínima variación: la diversión ideal para una persona con autismo.

La música puede ser el foco de una rutina repetitiva. A la mayoría de los autistas les fascina la música y pueden poner las mismas canciones en discos, casetes o discos compactos una y otra vez. Pueden conocer la interpretación de una pieza por un director y protestar enérgicamente si oyen otra versión. También les gustan los anuncios de televisión porque combinan música con estímulos visuales.¹⁶

9. APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS AUTISTAS

- Se deben normalizar las conductas asociadas. Es decir, potenciar al máximo los comportamientos sociales del niño, posibilitando una convivencia más igualitaria, enriquecedora, participativa e integradora en la sociedad.

- Se debe lograr la adquisición de unas habilidades básicas, imprescindibles: habilidades de autocuidado, de comunicación el tipo que sea, pero que le permitan mostrar su mundo interior: pensamientos, deseos, emociones y entrar en contacto con los "otros".

- Es importante ayudarlo a conocerse. Conocimiento que se hará posible entre otras cosas, a través del fracaso en algunas de sus demandas. Ello posibilitará que llegue a conocer la tonalidad de sus sentimientos, sus partes buenas y malas. Habrá que remarcar todo aquello que le ayude a identificarse, a construir su yo y sensibilizarse por el otro y ayudarlo a comprender el máximo posible su entorno.

Con todo ello, podrá ir reduciendo el nivel de angustia.

¹⁶ Brauner A. Vivir con un niño autístico. Barcelona: Paidós:1981. pp. 59-60.

- No hay métodos, modelos o cronologías universales que se puedan aplicar y utilizar de forma indiscriminada con todos los niños que reúnan los comportamientos propios del "autista". Cada uno es diferente y se encuentra en una fase evolutiva determinada por lo que habrá de adaptarse a los ritmos personales del niño que se aborda.

- Deberá existir una relación existencial que procurará ganar afectivamente al niño sin prisas, sin agobios, sin imposiciones, con una presencia sincera.¹⁴

10. EPIDEMIOLOGÍA

El autismo afecta a 6 de cada 10 000 bebés y es cuatro veces más frecuente entre los varones que entre las niñas. El inicio del trastorno autista es anterior a los tres años de edad.¹⁷

Los datos del Primer Registro Voluntariado de Menores con Discapacidad efectuado por el INEGI en 1996 en México, señalan que hay 45 mil 956 niños y niñas con autismo. El autismo no tiene cura, pero la calidad de vida de las personas con este trastorno puede mejorarse considerablemente, si reciben una atención temprana y adecuada a sus necesidades.¹⁸

Debido a sus limitaciones y a las dimensiones de sus problemas de comunicación e interrelación, las personas con autismo requieren de un trabajo personalizado, uno a uno. La apariencia física de las personas con este síndrome generalmente es normal.

¹⁴ Gómez M. La educación especial. Integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. pp. 109-111.

¹⁶ Stiefel D. Module II. Dental Treatment of the patient with a development disability. A self-instructional series in rehabilitation dentistry. Washington: University of Washington School of Dentistry; 1992. p. 25.

¹⁷ <http://www.domus.org.mx>

11. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL AUTISMO

Tienen como objetivo el mejorar la condición y el estado físico del organismo de la persona autista.

Los medicamentos se utilizan básicamente para tratar de controlar algunos síntomas y pueden ser:

Antipsicóticos

Se utilizan en los casos en que exista hiperactividad, agresión, autoagresión, desorganización severa, agitación, insomnio, irritabilidad, berrinches, evitación social así como para incrementar el aprendizaje discriminativo.

Anticonvulsivos

Los individuos autistas son particularmente vulnerables a presentar convulsiones que pueden iniciar en la infancia, la niñez o la adolescencia (30% de los autistas tienen epilepsia). El tratamiento en individuos autistas normalmente requiere medicación anticonvulsiva a largo plazo.

Ansiolíticos

Suelen indicarse cuando la persona está ansiosa o enojada por cambios en su rutina.

Antidepresivos

Algunos individuos autistas padecen trastornos como depresión, manía, compulsiones, ansiedad o pánico. La conducta compulsiva y repetitiva puede

ser un problema para las personas autistas, si éstas interfieren con los programas educacionales o con las demás personas.

Sedantes

Los sedantes pueden prescribirse si la persona no duerme y con ello impide que el resto de la familia duerma y descanse.

Estimulantes

Se utilizan en niños autistas con hiperactividad y problemas para focalizar su atención por períodos suficientemente largos como para aprender.

Bloqueadores opiáceos

Es útil en individuos que presentan conductas auto-agresivas inducidas biológicamente. Provocarán que sienta dolor al lastimarse y bloquearán cualquier bienestar que pueda producirle la auto-agresión.

Beta bloqueadores

Se usan generalmente para reducir la presión sanguínea alta. Pueden ayudar a individuos que presentan conductas agresivas severas, causadas por una elevación repentina de la adrenalina circulante en el organismo.

Fenfluramina

Reduce los niveles de serotonina, elevados en un porcentaje de individuos autistas. Produce mejorías en el contacto social, reducción de conductas

estereotipada y de hiperactividad, así como mejorar la atención y niveles cognitivos.

Alternativas quirúrgicas

La cirugía específica para aislar el foco epiléptico del lóbulo temporal izquierdo.

12. ALTERNATIVAS NUTRICIONALES: ALIMENTOS, METABOLISMO Y DIGESTIÓN

La experiencia de muchos padres, y la apertura de la comunidad científica en años recientes, ha probado que los alimentos, y la forma como éstos se digieren y metabolizan (procesan), juegan un papel importante en el autismo.

Vitaminas y megavitaminas

Altas dosis de vitaminas del complejo B, particularmente la B6 junto con el magnesio, ayudan a reducir berrinches e hiperactividad, así como a incrementar la atención y el interés en comunicarse.

Dietas

Los salicilatos, colorantes y saborizantes artificiales, alteran el funcionamiento de personas sensibles a ellos, como los autistas. Feingold propone una dieta libre de ácido acetil salicílico (ingrediente activo de la aspirina), y de los alimentos que contienen salicilatos naturales, así como de colorantes y saborizantes artificiales.

La caseína (proteína de la leche) es nociva para los individuos autistas. al aplicar esta dieta, es necesario eliminar por completo la leche y todos sus

derivados (crema, mantequilla, etc.), así como todos los alimentos procesados en cuya elaboración se utilizan estos componentes. Tanto la caseína como el gluten (contenido en el trigo, centeno y avena), son nocivos, por lo que promueven la dieta libre de gluten, en la que se elimina el pan y todos los derivados del trigo.

Se han observado alteraciones en la conducta, cuando las personas autistas consumen fructuosa (el azúcar contenida en frutas y verduras) y sacarosa.

Combinaciones de vitaminas y dietas

Cuando se detecta hipocalciuria (niveles anormalmente bajos de calcio en orina, y usualmente normales en suero), con síntomas asociados como convulsiones mioclónicas, falta de lenguaje expresivo y tendencia a autolastimarse los ojos, se recomienda una dieta alta en calcio.

En los casos de acidosis láctica, se ha utilizado una dieta cetogénica (alta en grasas y baja en carbohidratos), así como la administración de Tiamina.⁹

13. EL PERFIL DEL CIRUJANO DENTISTA QUE TRATA CON EL NIÑO AUTISTA

A partir del comportamiento de los niños autistas los cirujanos dentistas deben:

1) Poseer conocimientos de psicopedagogía. Ello quiere decir que su preparación profesional ha de tener muy en cuenta:

⁹ <http://www.autismo.org.mx/>

a) Tener un conocimiento exhaustivo de las pautas del desarrollo normal de los niños como marco de referencia, como una guía para poder apreciar el nivel evolutivo de cada niño e incluso para poder establecer las metas óptimas hacia las cuales ha de tener el trabajo con dichos niños.

b) Recabar un conocimiento profundo (que irá adquiriendo a nivel práctico en la convivencia diaria) de la personalidad y comportamiento del niño autista. A este conocimiento contribuirá indudablemente la máxima información sobre la configuración familiar y las notas más sobresalientes del entorno social en el que el niño se halla inmerso.

c) Conocer las teorías y técnicas psicodinámicas y conductistas. Si ello se desconoce, la tarea pedagógica será totalmente trivial.

d) Es muy importante el encuentro con otros profesionales para contrastar casos, revisarlos críticamente, profundizar en técnicas y metodologías más incisivas y personalizadas.¹⁹

2) Ser una persona verdaderamente vocacionada. Por lo general siempre en función de las características de cada niño.

3) La importancia del cirujano dentista, es relevante porque va a ser el modelo del cual va a asimilar determinadas facetas y comportamientos. Él es para el niño un yo auxiliar. Deben ser personas no problematizadas, que posean un equilibrio y madurez de su personalidad, tener un conocimiento y control de sí mismos.

¹⁹ Nowak D. Odontología para el paciente impedido. Buenos Aires: 1979. pp.112-120.

4) Deben ser personas con grandes dosis de ilusión, esperanza en las posibilidades de cambio y progreso de cada uno de los niños. Personas capacitadas para que no se asome en ellos el desánimo:

a) Al comprobar una y otra vez la falta de progreso.

b) Ante la expectante y exigente postura de los padres que quieren y esperan lo mejor para sus hijos, marcándose en muchas ocasiones falsas expectativas acerca de su futuro, sus posibilidades, sin comprender que no existen razones, para las resistencias que el niño autista presenta en todos los órdenes.

c) Frente a la carencia de medios idóneos y la despreocupación de la sociedad.

d) Ante la colaboración y en ocasiones entorpecimiento de la labor psicopedagógica de determinados comportamientos familiares (despreocupación).

El cirujano dentista se enfrenta de lleno a una realidad que, posiblemente, desconoce y por la que se verá interpelado sin cesar día tras día. Los niños, los demás cirujanos dentistas, la organización y orientación psicopedagógica, los mismos padres, establecen una serie inaplazable de demandas afectivas, relacionales, intelectuales, etc., que podrán a prueba su capacidad y madurez personales.¹⁶

¹⁶ Stiefel D. Module II. Dental Treatment of the patient with a development disability. A self-instructional series in rehabilitation dentistry. Washington:University of Washington School of Dentistry; 1992. p. 25.

14. ANTECEDENTES DE LA CLÍNICA MEXICANA DE AUTISMO Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO (CLIMA)

El autismo es un padecimiento que comenzó a detectarse en México en los años setenta. En ese entonces no existían instituciones especializadas para su atención, de manera que los niños autistas se recibían en escuelas de educación especial para deficientes mentales o centros de rehabilitación para niños con parálisis cerebral. CLIMA es el resultado de la experiencia de tener niños autistas en el CEDI en 1983, en el Centro de Autismo de la UIC en 1988 y finalmente la creación de dicha asociación como institución especializada en 1990 fundada por el Doctor Carlos Marcín Salazar. La clínica mexicana del autismo y alteraciones del desarrollo es una asociación civil, constituida por profesionales y padres de familia. Clima se orienta a crear un ambiente terapéutico para cada niño, un entorno de enseñanza y apoyo para las familias y un continente de conocimiento para los profesionales. El enfoque de CLIMA es probar y aplicar todos los tratamientos que en el planeta tierra se diseñen para la atención de la familia y la persona autista.

Los servicios que brinda a las personas con autismo son:

- Evaluación psicoeducacional.
- Terapia de integración sensorial.
- Terapia de psicomotricidad.
- Terapia conductual.
- Terapia cognoscitiva.
- Terapia de comunicación.
- Terapia de desarrollo.
- Terapia de facilitación del aprendizaje por computadora.
- Terapia de arresto cociente.

- **Terapia de organización afectiva.**
- **Integración escolar.**
- **Taller de habilidades especiales, ocupacionales, y recreativas.**

Servicios hacia las familias:

- **Curso de formación e integración familiar.**
- **Entrevista de orientación y apoyo psicológico.**
- **Sesiones de supervisión conductual para educar a su hijo.**
- **Conferencias educativas.**
- **Consulta breve vía correo electrónico.**²⁰

¹⁹ <http://www.clima.org.mx>

15. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños autistas, tienen problemas de interacción social y de comunicación, con poco interés hacia el mundo que los rodea; por lo tanto, en un alto porcentaje éstos no se cepillan los dientes.

16. JUSTIFICACIÓN

Como los niños autistas muestran poco o ningún interés por el cepillado dental, es importante incorporar esta técnica como una rutina repetitiva para que adquieran hábitos higiénicos que los conduzcan a una salud oral.

17. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de educación para la salud bucal en niños autistas de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A. C. (CLIMA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad y sexo de los niños.
- Determinar el nivel de escolaridad y ocupación de los padres.
- Determinar si saben leer y escribir.
- Detectar la frecuencia con la que ingieren dulces.

- Saber si les gusta cepillarse los dientes.
- Conocer si se cepillan los dientes y cuantas veces lo llevan a cabo.

18. METODOLOGÍA

18.1 MATERIAL Y MÉTODO

Este programa educativo se realizó con niños autistas de sexo masculino y femenino de edades entre los 5 y 12 años, pertenecientes a la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C. (CLIMA), para tal efecto se presentó una carta de permiso por parte de la Facultad de Odontología (anexo 1). Dadas las características psicológicas de este grupo de estudio en una primera etapa del programa se capacitó a los terapeutas en la realización de la técnica de cepillado con el objeto de que ellos posteriormente, en forma constante evalúen la realización de la misma por los niños.

En relación a la segunda etapa, ésta consistió en la capacitación de los niños en la técnica de cepillado de barrido siguiendo los lineamientos específicos para el aprendizaje de este grupo de estudio.

18.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Niños autistas de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C (CLIMA).

18.3 MUESTRA

Estuvo constituida por 14 niños.

18.4 TIPO DE ESTUDIO

De intervención comunitaria

18.5 VARIABLES DE ESTUDIO

- Sexo.
- Edad.
- Si sabe leer y escribir.
- Comunicación.
- Tipo de alimentación.
- Consumo de dulces y frecuencia.
- Práctica de higiene bucodental, solo o con ayuda.
- Nivel de escolaridad y ocupación de los padres.

18.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños autistas de la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C. (CLIMA).
- De 5 a 12 años de edad.

18.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños menores de 5 años y mayores de 12 años.
- Niños no cooperativos.

18.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para ésto se diseño un cuestionario (anexo 2) con todas las variables de estudio.

19. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

LÍMITES

En el espacio:

Este programa se aplicó en la Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A. C. (CLIMA), que se encuentra ubicada en la Delegación Benito Juárez.

En el tiempo:

Se contó con dos semanas, del 4 de marzo al 14 de marzo del 2003 para la aplicación y obtención de resultados de dicho programa.

Determinación de las actividades.

- Presentación con las autoridades de la institución.
- Entrega de carta de permiso de la Facultad de Odontología a la institución.
- Presentación con los terapeutas.
- Aplicación de un cuestionario para conocer los hábitos de higiene bucal.
- Elaboración de carteles acerca de las técnicas de cepillado y práctica de autocepillado dental.
- Realización de un periódico mural de las técnicas de cepillado.

Precisión

- Aplicación de un cuestionario con 21 reactivos, los cuales son muy sencillos.
- Elaboración de carteles con dibujos detallados; ilustrando cada uno de los pasos a seguir para realizar la técnica de cepillado de barrido.
- Elaboración de un periódico mural sobre la técnica de cepillado de barrido.
- Individualmente a cada niño se le enseñará la técnica de cepillado.

Universo de trabajo

El universo de trabajo estuvo constituido por 14 niños autistas.

RECURSOS MATERIALES

Cámara fotográfica

Carteles

Cartulinas

Cepillos dentales

Cinta adhesiva

Colores

Crayolas

Cuestionarios

Espejos

Pastas dentales

Pellón

Resistol

Rollo fotográfico

Vasos de plástico

RECURSOS HUMANOS

- Niños y niñas autistas
- Personal de la clínica
- Un pasante cirujano dentista
- Un tutor cirujano dentista
- Un asesor cirujano dentista
- Terapeutas de la clínica

RECURSOS FÍSICOS

- Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo.
- Biblioteca del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino.
- Biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Biblioteca Central de la UNAM.

RECURSOS FINANCIEROS

\$1000.00

PROCEDIMIENTOS.

Método de las actividades (estrategias).

- Coordinar actividades con los terapeutas.
- Hacer el seguimiento a los niños autistas y observar los resultados de la rutina aprendida (técnica de cepillado).

Instructivo y reglamentación (guías).

A cada niño se le proporcionaron dibujos con los pasos a seguir para realizar la técnica de cepillado.

DETERMINACIÓN DE FUNCIONES

- La pasante cirujano dentista coordinó todas las actividades que se realizaron.
- Los terapeutas fueron capacitados para apoyar en la evaluación continua del programa.

ADiestRAMIENTO DEL PERSONAL

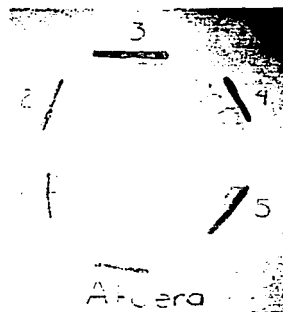
Los terapeutas fueron capacitados en la técnica de cepillado que se va a utilizar, con el objeto de que se la puedan enseñar a los niños autistas.

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES

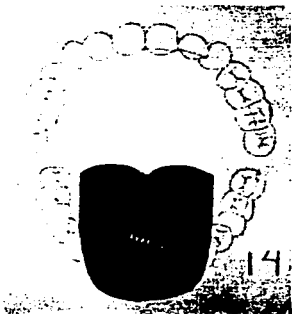
Se realizaron las siguientes actividades a cargo del pasante investigador:

- Elaboración de carteles enfocados a la técnica de cepillado de barrido. El material será colocado en sitios visibles del sanitario.
- Periódico mural acerca de la técnica de cepillado.

- Capacitación de forma individual a cada niño autista la técnica de cepillado.
- Capacitación a los terapeutas para contar con su apoyo y participación para el logro del programa.
- Lograr la meta de que todos los niños autistas incorporen como rutina la técnica de cepillado.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CRONOGRAMA

Primer día	Presentación del programa a las autoridades de la clínica.
Segundo día	Aplicación del cuestionario. Plática a terapeutas sobre la técnica de cepillado.
Tercer día	Enseñanza de la técnica de cepillado en forma individual.
Cuarto al noveno día	Ayudarle a los niños con mayor problema a cepillarse los dientes.

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Primer día.

En la primera visita presentación con los niños con a los cuales se iba a trabajar en el programa para informarse acerca de su comportamiento.

Segundo día.

El segundo día se hizo la presentación del programa y se aplicaron 14 encuestas.

Tercer día.

Se impartió una platica de técnica de cepillado a los terapeutas aproximadamente durante 40 minutos.

Cuarto día.

Se enseñó a los niños por medio de dibujos la técnica de cepillado de barrido

Quinto día.

Individualmente se le ayudó a cada niño a cepillarse los dientes, dedicándole un tiempo de 10 minutos.

Se observó que algunos niños presentan mucha sensibilidad en la boca, por lo que no la abrían suficientemente para su atención.

Sexto día al décimo día.

A cada uno de los niños, se ayudó a cepillarse los dientes, para que ellos posteriormente lo realicen sin ninguna ayuda.

20. RESULTADOS Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La población estudiada fue de 14 niños, el 71% correspondió al sexo masculino y el 29% al sexo femenino (Gráfica y tabla 2)

Las edades comprendidas fueron de los 5 a los 12 años, 36% de 12 años, el 14% de 6 años, el 7% de 5 años y el otro 7% a los de 11 años (Gráfica y tabla 1)

La población estudiada fue de 14 niños, el 71% correspondió al sexo masculino y el 29% al sexo femenino (Gráfica y tabla 2)

En relación a la escolaridad del padre, el 58% fue de nivel licenciatura, el 14% bachillerato, el 14% primaria, el 7% maestría y el otro 7% a secundaria, la escolaridad de la madre a nivel licenciatura 65%, bachillerato el 21%, 7% a primaria y el otro 7% a secundaria (Gráfica y tabla 3)

En la pregunta relacionada con la ocupación del padre y la madre; el 65% de los padres son profesionistas, el 21% son empleados y el 14% son comerciantes, las madres el 50% son profesionistas, el 36% se dedican al hogar, el 7% son estudiantes y el 7% son empleadas (Gráfica y tabla 4)

El 79% de los niños autistas no saben leer y el 21% si (Gráfica y tabla 5)

El 64% no sabe escribir y el 36% si (Gráfica y tabla 6)

A la pregunta ¿cómo es la comunicación con los demás? el 43% respondió que muy difícil y el 57% difícil (Gráfica y tabla 7)

Al preguntarles ¿qué les gusta comer más? el 71% respondió que alimentos blandos y el 29% duros (Gráfica y tabla 8)

El 86% de los niños respondió que les gustan los dulces, el 14% señaló que no les gustan (Gráfica y tabla 9)

El 36% consume una vez a la semana dulces, el 21% cada tercer día y el 29% diario (Gráfica y tabla10)

A la pregunta ¿cuántas veces al día te cepillas los dientes? respondieron 57% dos veces al día, el 29% tres, el 7% una vez y el 7% en ocasiones (Gráfica y tabla 11)

El 86% no conocen el hilo dental y el 14% si lo conocen, de éstos el 86% no lo usan y el 14% si lo usan (Gráficas y tablas 12 y 13)

El 93% no utilizan enjuagues bucales y el 7% si los utilizan (Gráfica y tabla 14)

El 79% de los niños autistas le ayudan a cepillarse los dientes y los que no suelen con el 21% (Gráfica y tabla 15)

El 65% son ayudados por la mamá, el 21% no le ayudan, el 7% es ayudado por la abuela y el otro 7% son ayudados por el papá (Gráfica y tabla 16)

El 71% de los niños les gusta cepillarse los dientes y al 29% restante no le gusta (Gráfica y tabla 17)

El 86% ha ido al dentista y el 14% nunca ha asistido (Gráfica y tabla 18)

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Tomando en cuenta el desarrollo y los resultados obtenidos en la ejecución del programa se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El programa tuvo el impacto esperado debido a que el 90% de los niños lograron incorporar la técnica de cepillado como una de las rutinas en su vida cotidiana, debido a que esta actividad se realizó de forma individualizada, sistemática y ordenada

A los niños no se les pudo explicar que es la caries dental y el porque es necesario cepillarse los dientes, debido a que éstos niños son deficientes en su capacidad para distinguir entre lo importante y lo trivial.

Al niño autista le cuesta mucho trabajo comprender lo que otros piensan o quieren de él, por lo que hay que dar instrucciones claras, precisas y con voz firme para evitar que el piense que estamos jugando.

Otro punto importante es que los dibujos se realizaron detallando cada uno de los pasos a seguir de la técnica de cepillado, porque los niños autistas emplean mejor la modalidad visual que la auditiva para su aprendizaje

Gráfica 1. Programa de educación para la salud bucodental aplicado a niños autistas.

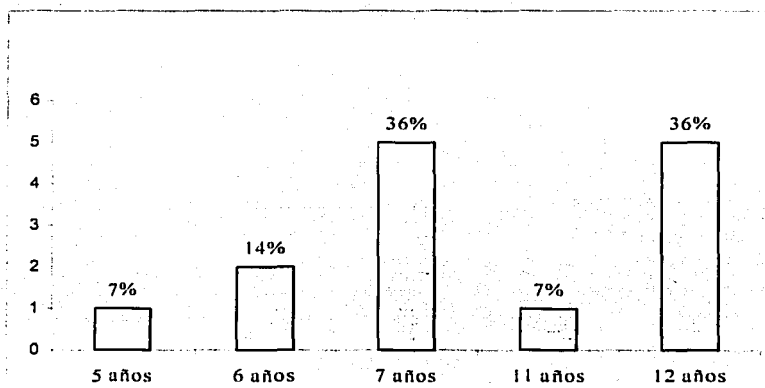
Edad

Población total 14

Edad	Niños	%
5 años	1	7%
6 años	2	14%
7 años	5	36%
11 años	1	7%
12 años	5	36%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fuente directa

Gráfica 2.

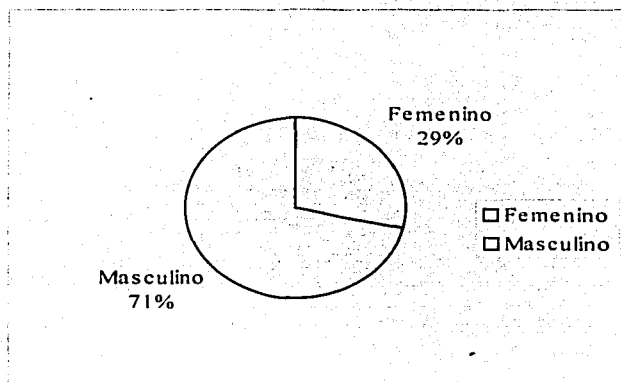
Programa de educación para la salud bucodental aplicado a niños autistas.

Sexo

Población total 14

	NIÑOS	%
Femenino	4	29%
Masculino	10	71%
Total	14	100%

Fuente directa



Fuente directa

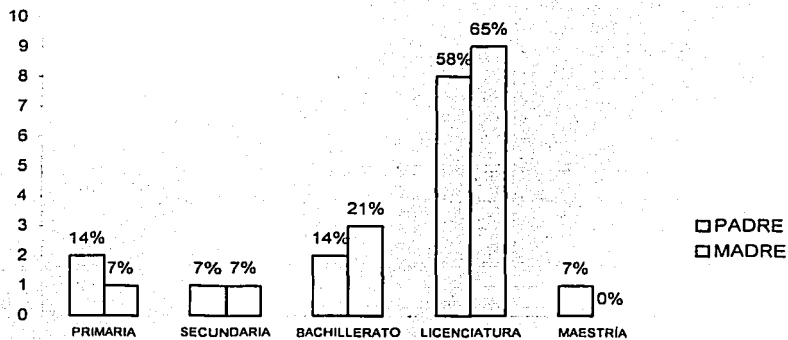
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 3. Nivel de escolaridad padre y madre

Población total 14

	Padre	%	Madre	%
Primaria	2	14%	1	7%
Secundaria	1	7%	1	7%
Bachillerato	2	14%	3	21%
Licenciatura	8	58%	9	65%
Maestría	1	7%	0	0%
Total	14	100%	14	100%

Fuente directa



Fuente directa

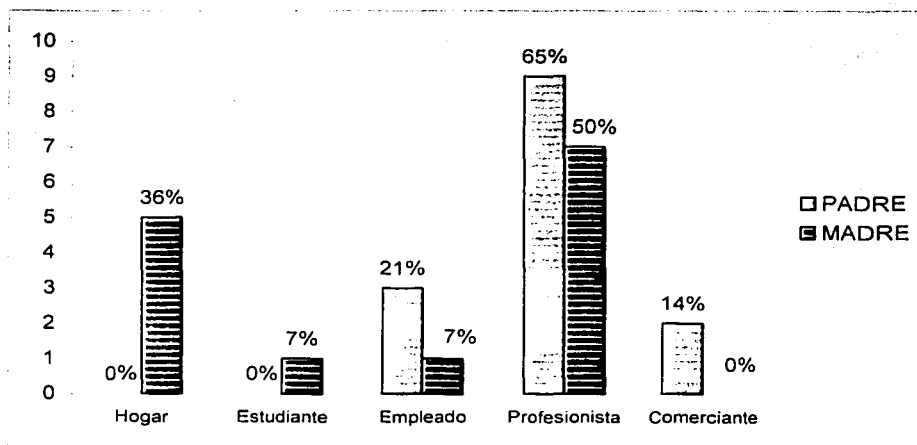
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 4. Ocupación del padre y de la madre

Población total 14

OCUPACIÓN	PADRE	%	MADRE	%
Hogar	0	0%	5	36%
Estudiante	0	0%	1	7%
Empleado	3	21%	1	7%
Profesionista	9	65%	7	50%
Comerciante	2	14%	0	0%
Total	14	100%	14	100%

Fuente directa



Fuente directa

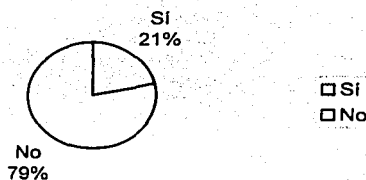
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 5. Niños autistas que saben leer.

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
3	21	11	79	14	100%

Fuente directa



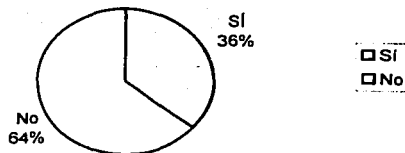
Gráfica 6. Niños autistas que saben escribir

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
5	36%	9	64%	14	100%

Fuente directa

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



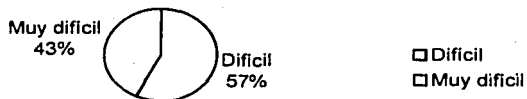
Fuente directa

Gráfica 7. La comunicación con los demás.

Población total 14

Difícil		Muy difícil		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
8	57%	6	43%	14	100%

Fuente directa

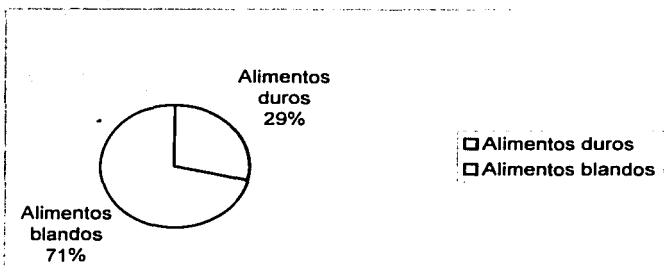


Gráfica 8. ¿Qué te gusta comer más?

Población total 14

Alimentos duros		Alimentos blandos		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
4	29%	10	71%	14	100%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Fuente directa

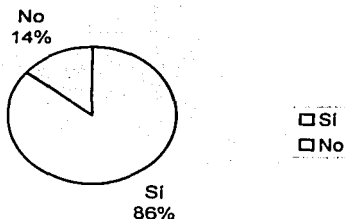
Gráfica 9. ¿Te gustan los dulces?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
12	86%	2	14%	14	100%

Fuente directa

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

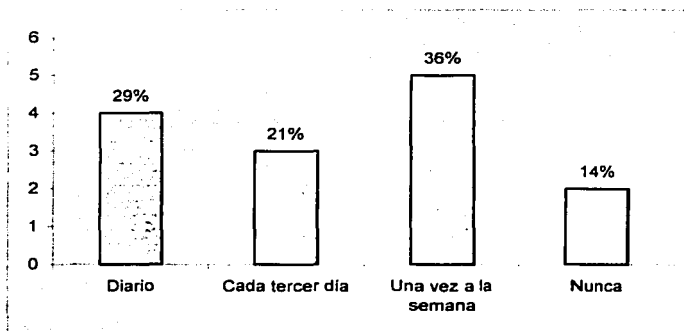


Gráfica 10. ¿Cuántas veces los comes?

Población total 14

Diario		Cada tercer día		Una vez a la semana		Nunca		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
4	29%	3	21%	5	36%	2	14%	14	100%

Fuente directa



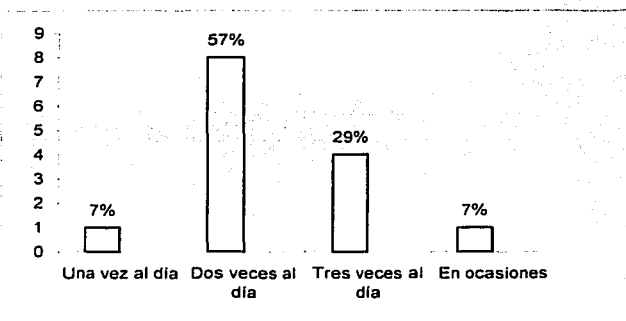
Fuente directa

Gráfica 11. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

Población total 14

1 Vez al día		2 veces al día		3 veces al día		En ocasiones		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	7%	8	57%	4	29%	1	7%	14	100%

Fuente directa

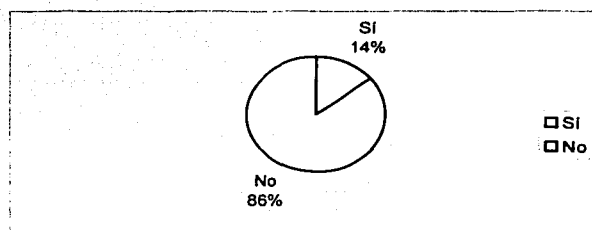


Gráfica 12. ¿Conoces qué es el hilo dental?

Población total 14

Si		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
4	14%	10	86%	14	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



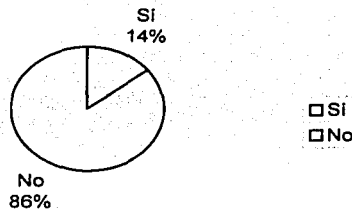
Fuente directa

Gráfica 13. ¿Lo utilizas?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
2	14%	12	86%	14	100%

Fuente directa



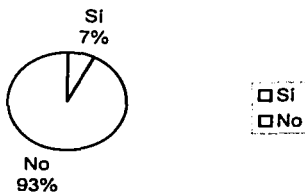
Fuente directa

Gráfica 14. ¿Utilizas enjuagues bucales?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	7%	13	93%	14	100%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

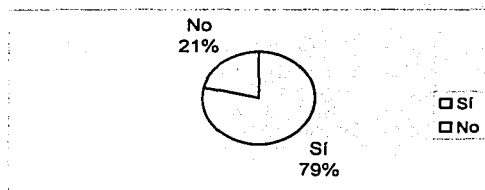


Gráfica 15. ¿Te ayudan a cepillarte los dientes?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
11	79%	3	21%	14	100%

Fuente directa



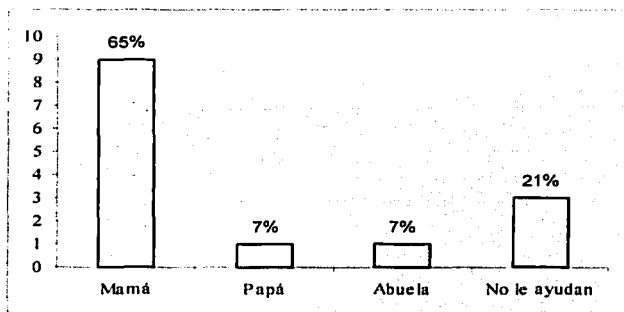
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 16. ¿Quién te ayuda?

Población total 14

Máma		Papá		Abuela		No le ayudan		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
9	65%	1	7%	1	7%	3	21%	14	100%

Fuente directa



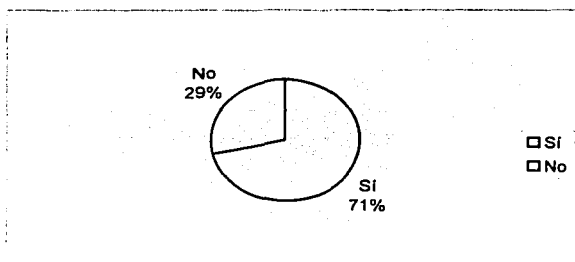
Fuente directa

Gráfica 17. ¿Te gusta cepillarte los dientes?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
10	71%	4	29%	14	100%

Fuente directa

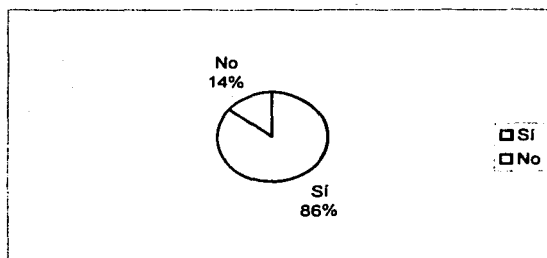


Gráfica 18. ¿Has ido al dentista?

Población total 14

Sí		No		Total	
Casos	%	Casos	%	Casos	%
12	86%	2	14%	14	100%

Fuente directa



Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. CONCLUSIONES

El cirujano dentista debe adquirir conocimientos acerca de la personalidad y comportamiento de los niños autistas para poder ayudarlos en el cuidado dental, debido a las limitaciones y dimensiones en sus problemas de comunicación e interrelación.

Los niños autistas requieren de un trabajo personalizado, sistematizado y ordenado para que incorporen rutinas para su cuidado personal como es el cepillado dental.

Para que un niño autista incorpore una actividad como rutina se debe realizar un programa detallando cada uno de los pasos a seguir.

Es importante guiar al niño autista físicamente a través de series de movimiento para una determinada destreza, para que posteriormente sean capaces de seguir la serie ellos solos.

22. BIBLIOGRAFÍA

Brauner A. Vivir con un niño autístico. Barcelona: Paidós; 1981.

Canal R, Crespo M, Pérez Y, Sanz T, Verdugo MA. El autismo 50 años después de Kanner (1943). Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Salamanca: Amarú; 1993.

Cohen D. Handbook of autism and developmental disorders. Maryland: Winston & Sons; 1987.

Courchesne E. Neuroanatomical systems involved in infantile autism: the implications of cerebellar abnormalities. Nueva York: Dawson; 1989

Fejerman N, Arroyo HA, Massaro ME. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1994.

Fegerman N. No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil. Buenos Aires: Paidós; 1984.

Frith U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. España: Alianza; 1991.

Gómez M. La educación especial. Integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.

Jurusalinsky A. Psicoanálisis del autismo. Buenos Aires: Nueva versión; 1988.

Lorna W. El autismo en niños y adultos: una guía para la familia. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1998.

Lovaas I. El niño autista. 1ª. ed. México: Debate; 1984.

Nowak D. Odontología para el paciente impedido. Buenos Aires; 1979.

Paluszny M. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. México: Trillas; 2002.

Stiefel D. Module II. Dental Treatment of the patient with a development disability. A self-instructional series in rehabilitation dentistry. Washington: University of Washington School of Dentistry; 1992.

Tustin F. Estados autísticos de los niños. Argentina: Paidós; 1987.

<http://www.autismo.org.mx>

<http://www.clima.org.mx>

<http://www.deltanet.com.ar/apna/autismo.htm>

<http://www.domus.org.mx>

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

23. ANEXOS

1. Carta de permiso de la Facultad de Odontología

2. Cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. CARLOS MARÍN SALAZAR
DIRECTOR DE LA CLÍNICA MEXICANA DE AUTISMO
Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO, A. C.

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante **LUNA LUZ ERICA** No. de cuenta 9533681-1, realice su investigación para elaborar la tesina: **Programa de Educación para la salud bucodental aplicado a niños autistas**, en la institución que usted tan dignamente dirige

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 6 de febrero de 2003

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

GOA

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta correcta a las siguientes preguntas. La información proporcionada será confidencial.

1) Nombre: _____

2) Edad

3) Sexo:

a) Masculino b) Femenino

4) Nivel de escolaridad de la madre:

a) Primaria

b) Secundaria

c) Bachillerato

d) Licenciatura

e) Otro, especifique _____

5) Nivel de escolaridad del padre:

a) Primaria

b) Secundaria

c) Bachillerato

d) Licenciatura

e) Otro, especifique _____

- 6) Ocupación de la madre:
- a) Profesionista
 - b) Comerciante
 - c) Obrera
 - d) Otro, especifique _____

- 7) Ocupación del padre:
- a) Profesionista
 - b) Comerciante
 - c) Obrero
 - d) Otro, especifique _____

Datos del niño:

- 8) Sabe leer:
- a) Sí
 - b) No

- 9) Sabe escribir:
- a) Sí
 - b) No

- 10) La comunicación con los demás es:
- a) Difícil
 - b) Muy difícil

- 11) ¿Qué te gusta comer más comer?
- a) Alimentos duros
 - b) Alimentos blandos

- 12) ¿Te gustan los dulces?
- a) Sí
 - b) No

13) ¿Cuántas veces los comes?

a) Diario b) Cada 3er. día c) 1 vez a la semana

14) ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

a) 1 vez al día b) 2 veces al día c) 3 veces al día

d) En ocasiones e) No me cepillo los dientes

15) ¿Conoces que es el hilo dental?

a) Sí b) No

16) ¿Lo utilizas?

a) Sí b) No

17) ¿Utilizas enjuagues bucales?

a) Sí b) No

18) ¿Te ayudan a cepillarte los dientes?

a) Sí b) No

19) ¿Quién te ayuda? _____

20) ¿Te gusta cepillarte los dientes?

a) Sí b) No

21) ¿Has ido al dentista?

a) Sí b) No