



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
“ZARAGOZA”**

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DEL PACIENTE
AUTISTA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
“DR. JUAN N. NAVARRO”. PRESENTACIÓN DE 2
CASOS CLÍNICOS.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
FRANCISCO MENDOZA MEDINA**

**DIRECTOR: C.D. MA. DOLORES ORDIERES PANIAGUA
ASESOR: C.D. JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ**

MÉXICO, D.F.

MAYO DE 2007



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.

GRACIAS...

A Díos:

Por ser mi guía y por ponerme en este camino de abundancia y bienestar.

A mis padres:

Por forjarme con esos principios tan bellos y por estar ahí siempre al pie del cañón. Por creer en mí y darme la oportunidad de realizarme en esta profesión que tanto me encanta. Son los mejores papás del mundo.

Los amo Paco y Caty.

A mi esposa

Por ese apoyo incondicional, para darme tu comprensión, tu cariño y tu amor. Gracias por hacer de esos momentos un verdadero vivir.

Te amo sundurí

A mis hermanos:

Jorge y Salvador. Por ser además mis amigos, ya que en todo momento me han apoyado y me han enseñado a no darme por vencido tan fácilmente.

Los quiero mucho.

A mi segunda familia:

A mis suegros por apoyarme en cada momento, y a Israel y Ulises por compartir su amistad y hermandad.

A mis amigos:

Porque siempre me apoyaron en las aulas o fuera de ellas, porque me enseñaron que uno no está solo cuando tiene amigos. Por todos esos momentos locos que compartimos. En especial a Ángel, Juan y Mónica.

A mis sinodales: Gracias a la amistad brindada, las sugerencias y contribuciones para que este trabajo resultara de gran utilidad. Quiero dar las gracias a la gente que revisó con paciencia este trabajo: Ma. Dolores Ordíeres, Josefina Vázquez, Daniel Najera, Reyna Palacios. Felipe De los Ríos.

A los niños del Hospital: Por permitirme compartir con ellos cada momento, y regalarme cada una de sus felices sonrisas. En especial a Felipe y a Kevin

ÍNDICE

| Contenido | páginas |
|--|----------------|
| INTRODUCCIÓN ----- | 1 |
| JUSTIFICACIÓN ----- | 3 |
| MARCO TEÓRICO ----- | 4 |
| ANTECEDENTES ----- | 4 |
| EPIDEMIOLOGÍA ----- | 6 |
| DEFINICIÓN DE AUTISMO ----- | 7 |
| ETIOLOGÍA ----- | 8 |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS----- | 9 |
| DIAGNÓSTICO ----- | 13 |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ----- | 16 |
| PRONÓSTICO ----- | 18 |
| TRATAMIENTO ----- | 18 |
| MANEJO DE LA CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO | |
| ESTOMATOLÓGICO ----- | 21 |
| ANSIEDAD Y TEMOR----- | 21 |
| SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ----- | 22 |
| OBJETIVOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA ----- | 26 |
| CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA | 26 |
| TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN ----- | 26 |
| TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ----- | 29 |
| TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO ----- | 33 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ----- | 36 |

| | |
|---|-----------|
| OBJETIVO | 36 |
| METODOLOGÍA | 36 |
| RECURSOS | 37 |
| CRONOGRAMA | 38 |
| PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS | 39 |
| CASO CLÍNICO N° 1 | 39 |
| CASO CLÍNICO N° 2 | 46 |
| DISCUSIÓN | 52 |
| CONCLUSIONES | 53 |
| SUGERENCIAS | 55 |
| REFERENCIAS | |
| ANEXOS | |

INTRODUCCIÓN

El autismo infantil es una de las incapacidades más complejas de la infancia. Hasta principios de 1960 muy pocas personas que no fuesen médicos, psicólogos o maestros especiales, habían oído hablar de los niños autistas. Pero posteriormente y más aún en las últimas décadas, los problemas de estos niños han sido objeto de estudio y discusión. En 1943 un psiquiatra norteamericano, Leo Kanner, describió el síndrome como “autismo infantil”, para explicar una especie de “psicosis infantil”. La palabra “autismo” proviene de la palabra griega “autos”, que significa “propio”. Kanner usó este término porque los niños pasaban por una etapa en que estaban muy concentrados en sí mismos, y no mostraban interés hacia otras personas.⁴

Este concepto ha ido cambiando y en la actualidad se habla de síndrome o trastorno autista para designar “una alteración evolutiva del desarrollo que puede definirse como dificultades de la comunicación verbal y gestual, alteraciones de la interacción social recíproca y un repertorio muy restringido de actividades e intereses y patrones repetitivos de conducta”.⁴

La inclusión en los sistemas de clasificación internacionales ha sido plasmada en el CIE-10 que es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Y en el DSM-IV la cual es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales en donde se han definido y especificado las características del autismo incluyéndolo dentro de la categoría: Trastornos Generalizados del Desarrollo (TDG) y denominándolo: Trastorno Autista.¹⁴

En el estudio de las causas del autismo se han desarrollado varias teorías, que tratan de explicar el origen del trastorno autista. Ninguna de ellas por sí sola lo ha logrado, en la actualidad se considera que su etiología es multifactorial.

El odontólogo debe tener presente la naturaleza del trastorno autista, la gravedad del mismo, las características de conducta que presenta el paciente, el tratamiento farmacológico y no farmacológico que este recibiendo, ya que cada uno de estos factores darán las pautas para que el odontólogo guíe el manejo adecuado de este paciente. El presente trabajo es la tesis donde se presentan dos casos clínicos de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Donde lo más importante es la elaboración de la historia clínica, para decidir el tratamiento y las técnicas a utilizar en cada paciente.

JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), dos terceras partes de la población con capacidades diferentes no reciben atención bucodental alguna.¹

En México. El Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2000) contabilizo aproximadamente 2.2 millones de personas con algún tipo de capacidad diferente, el 2.3 % de la población nacional.²

Se han planteado varias razones por las cuales este sector de la población incluidos los autista, no se recibe atención bucodental:

- Algunos odontólogos se rehúsan a tratar a los pacientes con capacidades diferentes en su consultorio privado.
- Los odontólogos no están equipados para manejar problemas especiales que el paciente impedido pueda presentar.
- Los programas de estudio de algunas facultades no incluyen el tratamiento al paciente con capacidades diferentes.
- Falta de información sobre las necesidades odontológicas del paciente.
- Los servicios odontológicos han sido omitidos de muchos programas de salud.
- Falta de coordinación entre médicos y odontólogos para proporcionar al paciente un estado de salud total y mejor calidad de vida.

Con respecto al autismo en México hay seis niños por cada 10 mil que padecen este trastorno del desarrollo, según cifras oficiales del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. En el periodo de enero a agosto del 2006 el hospital atendió 194 casos de 2541 pacientes que asistieron por primera vez.³

Al igual que en la población infantil sana, los niños con autismo presentan las mismas afecciones bucodentales; entre las de mayor prevalencia se encuentran: la caries dental, la inflamación gingival, traumatismo dental y las maloclusiones.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Desde tiempos atrás hubo niños y adultos con trastornos autistas en todas sus manifestaciones, mucho antes de que estos estados se reconocieran y se les pusiera nombre. *Uta Frith*, en su libro *autismo*, hacia una explicación del enigma, presenta algunos ejemplos de individuos que es posible que hubieran sufrido diversas formas de trastornos autistas. Un ejemplo es Fray Junípero; una de las muchas historias de este personaje cuenta un incidente durante una peregrinación. Los habitantes de Roma salieron a recibirle, pero él no se percató. Le llamó la atención un columpio y siguió columpiándose hasta mucho después de que la multitud atónita se hubo ido. Las historias sobre él ilustran esta total incapacidad para comprender las situaciones sociales y los sentimientos de afecto, unida a la exasperación que producía en los demás frailes.⁴

En 1801, Jean-Marc-Gaspard Itard, se hizo cargo de un muchacho de doce años de edad, llamado Víctor “el niño salvaje de Aveyron” al que habían encontrado viviendo en los bosques como un salvaje y capturado un año antes. Su conducta 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, 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 y los publicó en su libro *El niño salvaje de Aveyron*. En el que describe a Víctor como un niño con comportamiento autista. Todas las descripciones de su conducta resultarían familiares a cualquier padre de un típico niño con autismo en la actualidad. Un ejemplo es que Víctor nunca aprendió a hablar. Itard describía que, 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. Se observó que Víctor tenía un indudable gusto por el orden y se sentía mal hasta que podía volver a colocar en su lugar un objeto que se hubiera sacado de su sitio.

Basándose en los documentos que se disponen, Víctor fue visto por primera vez en 1797, cuando podría tener unos nueve o diez años. Estaba desnudo y se alimentaba de frutos del bosque y alimentos que ocasionalmente le daban los campesinos del lugar. Tenía una cicatriz profunda en la garganta, que sugería que habían intentado matarle. Parece mucho más probable que fuera separado de sus padres o que éstos le abandonaran en los tiempos difíciles que siguieron a la revolución francesa, porque era autista y difícil de manejarlo.⁴

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 niño con autismo, que tiene un habla muy repetitiva y una conducta impulsiva y agresiva.

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.⁵

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. en la que daba descripciones detalladas de la conducta de los niños, 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. También destacó que el trastorno estaba presente desde el nacimiento o dentro de los treinta primeros meses de vida.⁶

En 1944, Hans Asperger, en Austria, publicó su primer artículo sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta conocido ahora como el síndrome de Asperger, los rasgos más importantes son: aproximación social a los demás

ingenua e inadecuada; intereses circunscritos a determinadas materias como los horarios de los ferrocarriles; buena gramática y vocabulario, pero una charla monótona utilizada en monólogos, no para conversaciones en dos direcciones; pobre coordinación motriz; nivel de capacidad en límite, en niveles medios o superiores; considerable falta de sentido común.⁵

En 1962 se estableció en Reino Unido, la primera asociación voluntaria del mundo para padres y profesionales preocupados por el autismo y que ahora se llama National Autistic Society.⁴

Con el paso del tiempo se han logrado cambios en las ideas sobre la naturaleza de los trastornos autistas. Las primeras ideas sugerían causas sobrenaturales, un “niño encantado” o una “posesión demoníaca”, como en el caso del niño salvaje de Aveyron. A partir de las publicaciones de Kanner, muchos creían que el autismo era un trastorno emocional, no físico, y que su conducta se debía al modo que los padres educaban al niño. Los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se pueden observar en la historia de los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la clasificación internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10), que es la décima versión publicada por la Organización Mundial de la Salud. Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad, y el (DSM-IV) que es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.⁴

EPIDEMIOLOGÍA

Sugiyama y colaboradores (1990), en Japón, realizaron un estudio a toda la población de niños de 18 meses de edad con un seguimiento desde el nacimiento en

un centro de salud de Nagoya, el cual dio como resultado una prevalencia de 13 por cada 10 000 casos de autismo. ⁵

Kadesjö y colaboradores (1999) informaron sobre un estudio en Karlstad, una ciudad Sueca, quien evaluó a más del 50% de los niños de 7 años de edad, el estudio arrojó una prevalencia del 1.21% para todos los trastornos del espectro autista, cuatro años más tarde, se llevo a cabo el seguimiento de los niños y se confirmaron los diagnósticos. ⁷

Rice y colaboradores (1996), realizaron un estudio en 5 condados de Atlanta. Este fue llevado a cabo en una muestra de niños con edades comprendidas entre los 3-10 años, el estudio estableció la prevalencia de síntomas en 34 de cada 10 000 niños, cuando en estudios realizados en los años ochenta y a principios de los noventa la cifra era de 4 por 10 000. ⁸

En México hay 6 niños por cada 10 mil que padecen este trastorno del desarrollo, según cifras oficiales del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. En el periodo de enero a agosto del 2006 el hospital atendió 194 casos de 2541 pacientes que asistieron por primera vez. ³

AUTISMO

Literalmente autismo significa vivir en función de sí mismo. Fue descrito en primera instancia por Leo Kanner en 1943. ⁹

El autismo no es una enfermedad, sino un trastorno. Esto quiere decir que el autismo es un conjunto de síntomas específicos. De acuerdo con la Asociación Americana de Autismo, es una compleja discapacidad del desarrollo que aparece normalmente durante los primeros tres años de vida. Es el resultado de un desorden neurológico que afecta el funcionamiento del cerebro, impactando en el desarrollo normal de este, en las áreas de interacción social y las habilidades de comunicación, variando en su severidad, los casos más graves se caracterizan por un comportamiento extremadamente repetitivo, no usual, autodañino y agresivo, las formas más leves se

asemejan a un desorden de personalidad asociado a una dificultad en el aprendizaje.¹⁰

ETIOLOGÍA

El autismo es un trastorno con origen multifactorial, pueden ser: factores genéticos, factores biológicos, así como también disfunciones psicológicas.⁵

Factores Genéticos

Ningún gen se ha identificado como factor causante, los investigadores están buscando los segmentos irregulares del código genético que los niños autistas pudieron haber heredado. Se ha señalado el llamado síndrome del cromosoma X frágil, es decir la falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma, como causa del síndrome autista. Smalley (1991) propone que el autismo es el resultado de herencia multifactorial y heterogeneidad genética.¹¹

Factores biológicos

Los factores biológicos frecuentemente implicados en el autismo son las infecciones virales, tales como la rubéola contraída por la madre durante el embarazo en casos aislados la varicela y sífilis. Otros casos como esclerosis tuberosa, síndrome congénito del sarampión, y fenilcetonuria no tratada, hipotiroidismo congénito y encefalitis.¹²

Otros factores tales como los problemas durante el embarazo (ansiedad, depresión, estrés, perturbaciones emocionales) y el parto (utilización de fórceps, la estimulación para que respire el recién nacido).¹³

La cuestión de una relación entre la vacuna triple viral y el autismo continúa siendo discutida. En Estados Unidos se descubrió que con la vacuna triple contra el sarampión, paperas y rubéola, el niño desarrolla encefalitis y un pequeño que nace normal, en unos cuantos meses después de aplicarse la vacuna, presenta autismo. En una investigación en el 2001, en el Instituto de la Medicina de Reino Unido, un

comité concluyó que la "evidencia favorece el rechazo de una relación causal entre las vacunas y los desórdenes del espectro autista." ³

Patología del cerebro

Están implicadas las zonas denominadas sistema límbico y cerebelo. Se habla de las anormalidades en los neurotransmisores, específicamente de la serotonina que se encuentra aumentada, que altera el funcionamiento cerebral. Las alteraciones en el cerebelo, son específicamente cambios en el número y tamaño de las neuronas de los núcleos cerebelosos, que sugiere un trastorno evolutivo en las relaciones sinápticas de estos núcleos. Estudios de neuroimágenes han evidenciado alteraciones en el volumen cerebral (disminuido), en la corteza cerebral y en el sistema límbico. ⁴

Disfunciones psicológicas

Postulan, la carencia de experiencia social, la cual trae como consecuencia, la falla en reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, y severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir, pensar simbólicamente. La importancia del factor materno, depresivo o de comportamiento desarrolla conductas autistas dependiendo del tiempo de aislamiento y de la ruptura de la relación madre-hijo. ¹⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Existen 3 grupos generales de síntomas que se observan en todos o casi todos los niños a quienes se diagnostica autismo infantil:

- Incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales.
- Retraso en la adquisición del lenguaje, que obstaculiza la comprensión; ecolalia e inversión pronominal.
- Fenómenos ritualistas o compulsivos (es decir, la "insistencia en la identidad" o "necesidad de constancia del medio"). ¹⁵

Interacción social. El nivel de habilidades sociales está por debajo de lo que se espera según su inteligencia. Los niños pequeños, no son capaces de seguir visualmente a las personas, evitan las miradas de sus padres o muestran una mirada “vacía”. Carecen de expresión emocional, se resisten cuando se les abraza. El apego hacia los padres se encuentra alterado, cuando comienzan a caminar pueden ser incapaces de seguir tras sus padres, de darles la bienvenida, buscar consuelo y afecto en los mismos. En la edad escolar, pueden disminuir las alteraciones sociales, pero siguen siendo evidentes la frialdad y el desinterés por las personas. Es importante reconocer que algunos niños autistas tienen mejores habilidades sociales que otros, por ejemplo, algunos muestran conductas de apego que se acercan a las normales. ¹⁴

Comunicación. La alteración de la comunicación esta generalizada en el autismo. Tanto la verbal como la no verbal están afectadas. Los seres humanos hablan entre sí de forma no verbal mediante gestos, posturas corporales y expresiones faciales. En general, los niños autistas emplean menos señales no verbales y puede que transmitan una ausencia de expresión como de estatua. Muestran una alteración en el establecimiento de contacto ocular, así como la carencia de sonrisa social y expresión emocional; también, deficiencias en las interacciones que implican articular la atención como son los gestos, señalar y mostrar. Al igual que sucede en la comunicación no verbal, tanto la expresión como la comprensión del lenguaje hablado son problemáticas. Algunos se mantienen en silencio o raramente hablan de forma espontánea, o nunca dicen más que unas palabras o frases sencillas. El balbuceo y la verbalización suelen ser anormales en cuanto a tono, intensidad y ritmo. Puede retardarse el aprendizaje de sonidos, de la gramática y la comprensión o quedarse por debajo de lo normal. ¹¹

También suele ser frecuente la ecolalia, la cual consiste en que el sujeto repite lo que otro ha dicho, inmediatamente o en el futuro; y la inversión pronominal, el niño puede referirse a otras personas como yo y así mismo como él, ella, ellos o tú (un niño puede pedir un juguete para él mismo diciendo “él quiere la pelota”). ⁴

En muchos de los niños el lenguaje no va más allá de declaraciones o peticiones sencillas. Incluso cuando aumenta el número de palabras que el niño dirige a otras personas, son incapaces de ir más adelante en el intercambio comunicativo y en la cantidad de información nueva que añaden a la conversación.⁴

Obsesiones y estereotipias. Muchos comportamientos atípicos y raros que se producen en el autismo se describen como fascinaciones obsesivas, estereotipias y resistencia al cambio, los cuales se engloban en cuatro categorías:

- En primer lugar, el niño puede estar obsesionado con objetos específicos como aspiradoras, juguetes, el niño puede hablar sin parar de un objeto y sentirse molesto si éste se pierde o cambia de lugar.
- En segundo lugar, los juegos pueden ser rígidos y carecer de imaginación e imitación.
- En tercer lugar, pueden tener una preocupación por conceptos como el color, los números o el horario de los autobuses.
- En cuarto lugar, puede adoptar rutinas rígidas que deben seguirse. Los cambios en el entorno, tales como un reordenamiento de los muebles o del horario, pueden producirle reacciones de gran malestar.¹⁴

Percepción y movimiento. Los niños autistas a menudo agitan sus manos, hacen girar sus cuerpos y se balancean de adelante a tras. Los sentidos están intactos; es decir, los niños pueden ver, oír y demás, pero tienen disfunciones en el procesamiento de la estimulación visual, auditiva, táctil, olfativa y dolorosa. El procesamiento auditivo parece estar especialmente deteriorado, de forma que los padres muchas veces creen que su hijo es sordo.⁴

Se ha observado hipersensibilidad e infrasensibilidad a la estimulación. En el caso del primero el niño puede inquietarse con una estimulación moderada (ruido moderado). La infrasensibilidad se observa en que los niños pueden no mostrar una respuesta de sobresalto o no responder a comunicaciones y sonidos verbales, no reaccionar ante la visión de otros, chocar con los objetos o dejan que se les caiga de

las manos. La infrasensibilidad puede conducirles a buscar estimulación, por ejemplo, arañando superficies o realizando movimientos anormales.¹⁴

Inteligencia, aprendizaje y cognición. Al menos el 70% de los casos presentan retraso mental. Se da mayor déficit en el pensamiento abstracto y secuencial, en el lenguaje y en el desarrollo social. Determinadas habilidades perceptivomotoras, en especial la de hacer construcciones con bloques, son menos deficientes.⁵

Algunas funciones ejecutivas están deterioradas. Las pruebas de memoria ejecutiva requieren que la persona planifique por adelantado, que inhiba respuestas, que demore respuestas, que cambie de estrategias y, en especial que sea flexible a la hora de desenvolver problemas.⁴

Una función cognitiva que ha resultado de particular interés es la teoría de la mente (la capacidad de inferir los propios estados mentales y los de otras personas). Supone la existencia de estados mentales (conocimientos, creencias, intenciones, deseos, sentimientos) y su conexión con la acción. Esta teoría guía nuestra comprensión de las personas y la interacción con los demás. Por ejemplo, si pensamos que alguien está triste puede que seamos especialmente amables con él. En el autismo la teoría de la mente está gravemente retardada o no se desarrolla en absoluto.¹⁶

Existen otras características que pueden o no presentar los autistas, que aparecen con una frecuencia moderada y algunos son especialmente espectaculares o molestos. Las capacidades eruditas se observan aproximadamente en un 6 y un 10% más en casos de autismo que en la población autista con retraso mental. Las capacidades eruditas están en efecto fuera de lo común. Uno de estos eruditos necesito solamente un minuto y medio para calcular el número de segundos que hay en 70 años, 17 días y 12 horas teniendo en cuenta los años bisiestos.¹⁴

Otro comportamiento insistente que se ha observado, son las conductas autolesivas, tales como golpearse la cabeza, este comportamiento tiende a ser crónico y repetitivo con una frecuencia que puede oscilar entre unas pocas veces al día y

varias veces por segundo. El daño puede ir de leve a grave, e incluso amenaza la propia vida. ⁴

Las convulsiones epilépticas forman parte del cuadro clínico. Una tercera o cuarta parte de los niños autistas han tenido al menos una convulsión cuando llegan a la edad adulta. En algunos solo se produce con la fiebre, algunos pueden tener una o dos y después ninguna más. Otros tienen convulsiones recurrentes durante muchos años o toda la vida. ⁴

Los niños autistas presentan otros problemas de comportamiento, que incluyen trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), explosiones de agresividad, rabietas, y miedos inadecuados o excesivos. ¹⁴

Hay algunos niños autistas que tienen el problema adicional de **TDAH**. Generalmente estos niños son intranquilos, son hiperactivos porque tienen poca capacidad de atención. No tienen un objetivo concreto e interfieren por casualidad sin importar nada ni nadie. ⁵

Las **rabietas y las agresiones**, las rabietas pueden ir acompañadas de mordiscos, arañazos u otros actos agresivos hacia sí mismo o hacia otros. Tienen tendencia a agredir cuando están muy enfadados. El niño descubre por experiencia práctica que el camino más rápido para obtener algo que quiere es gritar, patear y morder. ⁴

Miedos. Algunos niños están siempre tensos y temerosos; muchos de ellos desarrollan miedos a cosas inofensivas como pueden ser: globos, animales, que los bañen, viajar en autobús. Estos miedos pueden durar años y crear dificultades a la familia especialmente si son objetos cotidianos normales. ⁴

DIAGNÓSTICO

Un criterio formal para el diagnóstico de autismo se desarrolló hasta los años setenta. El autismo era por primera vez incluido en el Manual Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980 y es ahora una entidad de diagnóstico ampliamente reconocida. ⁴

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del paciente. ¹⁷

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno autista (1994)

Es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

El DSM-IV indica que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación.

A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).

1. Deterioro cualitativo de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuadas al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje ideosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

1. Interacción social.

2. Lenguaje utilizado en la comunicación social.

3. Juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.¹⁴

A pesar de que han transcurrido ya varias décadas desde que Kanner describió el autismo infantil, su diagnóstico continúa siendo completamente clínico, por que aún no existe ningún examen biológico que pueda validarlo.⁴

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autismo atípico. Se trata de un trastorno global del desarrollo que difiere del autismo, en la edad de inicio, se manifiesta después de los tres años. Suele presentarse en individuos con retraso mental profundo.¹⁷

Síndrome de Rett. Trastorno descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.⁴

Trastorno desintegrativo de la infancia. Se define por la presencia de una etapa previa del desarrollo normal hasta al menos los dos años, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Lenguaje expresivo o receptivo
2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. Control intestinal o vesical
4. Juego
5. Habilidades motoras ¹⁷

Trastorno de Asperger. Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficit o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta. ¹⁷

Esquizofrenia. Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. Presentándose en la infancia tardía y con mayor frecuencia en la adolescencia. ¹⁸

Retraso mental. Se define como un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, aunado a déficit de la conducta adaptativa antes de los 18 años de edad. Se reconocen 4 niveles de deficiencia mental: leve (Coeficiente Intelectual <CI> de 50 a 55 hasta 70), moderado (CI de 35 a 40 hasta 50 o 55), grave (CI de 20 a 25 hasta 35 a 40) y profundo (CI inferior a 20 a 25). ¹¹

Mutismo selectivo. Comienza entre los 3 y 7 años de edad. Trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño muestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños.¹⁸

PRONÓSTICO

Es reservado, debido a que hasta el momento no hay una cura para el autismo. Los niños con autismo se convierten en adultos con autismo y la mayoría con dificultades en el aprendizaje que requerirán cuidados y supervisión durante toda su vida. De todas formas, las personas que están en el otro extremo del espectro y con habilidades intelectuales normales, normalmente pasan a ser parcial o completamente independientes en la vida adulta, pues podrán bañarse, vestirse y alimentarse por si mismos, aún cuando necesitaron ayuda especializada cuando fueron niños niños.¹¹

TRATAMIENTO

Hasta hoy no hay un tratamiento curativo para el autismo Infantil. El medicamento ideal no existe, las investigaciones clínico-farmacológicas han permitido la utilización de medicamentos que han resultado de utilidad en la corrección de síntomas asociados a este trastorno; los mismos han permitido un mejor abordaje terapéutico del paciente y mejorar su calidad de vida. La medicación es prescrita para situaciones especiales como son el déficit de atención, crisis convulsivas, desórdenes afectivos, y más frecuentemente para disminuir los problemas de conducta como son la agresión, las conductas ritualistas, las alteraciones verbales y

los trastornos del sueño que impiden tanto las relaciones intrafamiliar y el manejo terapéutico pedagógico del paciente. ¹⁹

Existe una considerable variabilidad en la respuesta medicamentosa en cada paciente; por lo que, la prescripción del fármaco debe ser individual a la respuesta de cada paciente. ²⁰

A continuación se revisaran algunos fármacos:

| MEDICAMENTO | DOSIS | SITUACIÓN ESPECIAL |
|--|--|----------------------------------|
| Metilfenidato (Ritalín [®]) Adderall Naltrexona (Re-via [®]) | 5-60 mg/día en 3 a 5 dosis 5-30 mg/día en 2 dosis 0.5-2 mg/kg./día en 2 dosis | HIPERACTIVIDAD |
| Fluoxetina (Prozac [®]) Paroxetina (Paxil [®]) Sertralina (Altruline [®]) Citalopram (Seropram [®]) | 5-80 mg/kg./día en 2 dosis 2.5-5 mg/kg./día en 2 dosis 25-200 mg/kg./día en 2 dosis 5-40 mg/kg./día 1 dosis | CONDUCTAS RITUALISTAS-COMPULSIÓN |
| Clomipramina (Anafranil [®]) | 25-200 mg/día en 2 dosis | ANTIDEPRESIVO TRICICLICO |
| Respiridona (Risperdal [®]) Propanolol (Pranidol [®]) Naldolol | 0.5-4 mg/día en 1 a 3 dosis 20-320 mg/día en 3-4 dosis 40-400 mg/día en una dosis | AGRESION E IRRITABILIDAD |
| Melatonina (Benedorm [®]) | 3-6 mg/día en una dosis | INSOMNIO |
| Carbamazepina (Tegretol [®]) Oxcarbazepina (Actinum [®]) Valproato de sodio (Leptilam [®]) | 1ª semana: 100-200 mg / 12 h Después: incrementar 100-200 mg / día, hasta 600 mg | ANTICONVULSIVOS |

Tomado de: Thomson. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 51ª ed. México: PLM; 2005.

Otros tratamientos alternativos son los programas educativos, las técnicas de modificación conductual, la enseñanza de habilidades sociales, entrenamiento del lenguaje social, el condicionamiento operante, la pedagogía especializada, en fin, una serie de estrategias terapéuticas con el único objetivo de minimizar las deficiencias y lograr una mejor vida social en estos pacientes. ⁴

Programas educativos. Por lo general tratan los síntomas y mejoran el nivel de comunicación, habilidades sociales y conducta adaptativa, de modo que puedan ser más independientes. ¹¹

TEACCH (Tratamiento y educación de niños autistas y con discapacidades a fines en la comunicación). Es el único programa estatal en Estados Unidos encargado de ofrecer servicios, investigación y formación a los autistas y a personas con trastornos a fines. Las actividades están diseñadas a la medida, a fin de satisfacer las necesidades de cada niño, y los padres aplican un programa de enseñanza en el hogar, actuando como coterapeutas de sus hijos. ¹⁴

Terapia ambiental. Su objetivo es mejorar la comunicación y el lenguaje de los pacientes, además de que ellos puedan realizar por sí solos actividades académicas y de autosuficiencia como: bañarse, comer y vestirse. ³

Tratamientos conductuales. Los profesionales están de acuerdo en que los niños aprenden conductas a través del modelamiento y condicionamiento operante. Se centra en cambiar conductas específicas más que cambiar una situación global. Ha sido eficaz para enseñar conductas deseables relacionadas con el lenguaje, la interacción social, y el cuidado de sí mismos. ¹⁴

Otras terapias de apoyo. Fisioterapia, musicoterapia, aromaterapia, terapia ocupacional, delfínoterapia, equinoterapia. Si tienen acceso alguno de este tipo, sin discutir, sus ventajas o desventajas, el niño tendrá una experiencia única. ⁴

MANEJO DE LA CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO ESTOMATÓLOGICO

La conducta en el sentido general, se define como cualquier cambio en la actuación del organismo, la conducta puede definirse como los cambios que podemos observar y contar. El uso del término “modificación de la conducta” se referirá a una explicación explícita y sistemática de los principios y la tecnología derivados de la investigación en odontología clínica y en psicología experimental.²¹

McElroy describió: “Aunque la operatoria dental pueda ser perfecta, la sesión será un fracaso si el niño se va llorando”. Esta fue la primera mención, en la literatura odontológica, de medición del fracaso de una determinada consulta por alguna otra cosa que no fuese la mera efectividad técnica. La odontopediatría progreso desde entonces y una definición adoptada actualmente es la siguiente:

La dirección o manejo de la conducta es el medio por el cual el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño y, al mismo tiempo, le infunde una actitud positiva hacia la odontología.²²

ANSIEDAD Y TEMOR

La ansiedad es definible como aprensión de origen sustancialmente desconocido o no reconocido, por otra parte el temor, es una reacción de ansiedad que brota de una fuente reconocida.²³

La visita odontológica provoca un cierto grado de ansiedad, en casi todos los niños. Quienes pueden experimentar no solo temor de posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre. El odontólogo debe recordar que la ansiedad, es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones, a fin de mantener la seguridad del individuo. Por eso, el niño que demuestra miedo a un compañero agresivo exhibe una conducta normal, mientras que aquél que no manifiesta ninguna aprensión en este trance puede ser considerado anormal.^{24, 25}

Influencia sobre el odontólogo. El profesional puede sentir comúnmente un nivel de ansiedad cuando espera la visita de un niño pequeño. Quizá se trate de una preocupación por el potencial de fracaso en el éxito de una visita. La ansiedad de parte del odontólogo influirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar, y ésta a su vez influirá sobre quienes lo rodean.²³

Influencia sobre el niño. El grado de ansiedad que experimente el niño estará relacionado con su historia odontológica previa. La ansiedad puede influir por cierto sobre la receptividad del niño al abordaje normal y puede resultar afectada la capacidad para concentrarse en las técnicas usuales de orientación.²³

Influencia sobre los padres. La ansiedad en los padres tiene distintos orígenes, entre ellos la experiencia odontológica personal previa. Además, su aprensión puede influir sobre la respuesta del niño en el consultorio. Los padres ansiosos pueden mostrarse distraídos, sin poder absorber la información que se les presenta.²³

La ansiedad puede influir sobre todos los participantes en la experiencia odontológica para que actúen y reaccionen de una manera por debajo de lo ideal. Por lo tanto, pertenece al odontólogo establecer la atmósfera y características del consultorio odontológico para que los niveles de ansiedad se reduzcan para todos. De esta manera, la probabilidad de lograr los objetivos primarios en la atención odontológica del niño resultarán reforzados. Un niño puede responder a una visita odontológica por una dominación activa, aceptándola pasivamente, o rechazando la situación. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente, sino la manera de asumir sus miedos.^{23, 24}

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

El objetivo principal de un sistema es desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación del niño. Sin un sistema definido, con el que estén familiarizados todos los miembros del equipo odontológico, es difícil la evaluación eficaz de la conducta del niño.

Los siguientes sistemas están dirigidos para el paciente pediátrico en general, sin embargo, podemos adecuarlas al paciente autista para lograr un adecuado manejo odontológico.

Wright postuló que la mayoría de los clínicos, conscientes o no, categorizan las conductas de los niños en una cantidad de grupos definibles:

I. Cooperativos

A.-La mayoría de los niños vistos en el consultorio.

B.-Niños que fueron tratados mediante el enfoque diga-muestre-haga.

II. Falta de capacidad de cooperación

Incluye los niños muy pequeños con quienes no se puede establecer comunicación ni se puede esperar su comprensión y aquellos con situaciones específicas debilitantes o disminuidoras.

III. Conducta potencialmente no cooperativa

A. Conducta descontrolada

1.-Vista habitualmente en los niños de 3-6 años en ocasión de una primera visita odontológica.

2.-Rabietas con revuelo, de brazos y piernas.

3.-Sugerencia de ansiedad aguda o temor.

B. Conducta desafiante

1.-Prevalente en el grupo etario escolar.

2.-Habitualmente reacciona igual en el hogar.

3.-Puede utilizar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia.

C. Conductas tímidas

1. El niño puede esconderse detrás del padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación.

- 2.-Se atacan o vacilan al darles indicaciones.
- 3.-A menudo reprimen las lágrimas.
- 4.-Posible miedo hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños.
- 5.-Sumamente ansiosos.
- 6.-No siempre escucha o entiende las instrucciones.

D. Conducta cooperativa tensa

- 1.-Acepta el tratamiento.
- 2.-Su voz puede mostrar algún temblor al hablar.
- 3.-Puede temblar su cuerpo.
- 4.-Muy a menudo transpiran, en forma visible, las palmas de sus manos o la frente.
- 5.-Controlan sus emociones.

E. Conducta llorosa

- 1.-Permiten que el odontólogo proceda, pero lloran todo el tiempo.
- 2.-Se quejan frecuentemente de dolor.
- 3.-Frustrante para quienes deben atenderlos.
- 4.-Constantemente emiten sonidos.²³

Otro sistema, que se usa para clasificar la conducta es la escala de Frankl de Clasificación de la Conducta, la cual se divide en cuatro categorías:

Tipo 1: Definitivamente negativa

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

Tipo 2: Negativo

Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

Tipo 3: Positivo

Acepta el tratamiento; a veces es cauteloso; muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

Tipo 4: Definitivamente positiva

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.²⁵

Por otra parte Lampshire clasifica a los pacientes odontológicos niños en las siguientes categorías:

1. Cooperadores. Niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.
2. Tensos-cooperadores. Niños que están tensos pero que, sin embargo, cooperan. La conducta tensa cooperativa a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que sea realizado el tratamiento.
3. Abiertamente aprensivos. Los que se esconden detrás de sus madres en la sala de recepción, usan técnicas obstaculizantes y evita mirar o hablar al odontólogo. Lampshire, indica que estos niños eventualmente aceptarán el tratamiento odontológico.
4. Temerosos. Niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. El modelamiento, la desensibilización y otras técnicas de modificación de la conducta están especialmente indicadas.
5. Tercos o desafiantes. Niños que se resisten pasivamente o tratan de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que les han resultado exitosas en otras situaciones.
6. Hipermotrices. Niños que están agudamente agitados y adoptan una estratagema defensiva de "lucha", tal como gritar o patear.
7. Impedidos. Niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.
8. Emocionalmente inmaduro. Incluye al niño muy pequeño que no ha logrado aún una madurez emocional suficiente como para racionalizar la necesidad del tratamiento odontológico o enfrentarlo satisfactoriamente.²⁴

OBJETIVOS DEL CONTROL DE LA CONDUCTA

Son varias las técnicas que permiten ayudar a superar conductas difíciles y problemas de ansiedad y que ayudan a realizar de manera más eficaz el tratamiento en el niño incitándole a mostrar una actitud positiva hacia una consulta dental. Básicamente los objetivos del control de conducta son:

- Establecer una buena comunicación con el niño.
- Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento.
- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos de los cuidados dentales preventivos.
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo.
- Realizar el tratamiento de la manera más satisfactoria posible. ²⁶

CLASIFICACION DE LAS TECNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA

Existen diversos recursos los cuales nos ayudan de manera fiable en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemáticas, como:

- 1.-Técnicas de comunicación.
- 2.-Técnicas de modificación de la conducta.
- 3.-Técnicas de enfoque físico. ²⁶

Las diversas técnicas de control de la conducta fueron diseñadas para el manejo del paciente pediátrico en general, sin embargo, también son de gran utilidad en el manejo del paciente autista.

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El odontólogo debe tener la habilidad y disponibilidad para establecer esa comunicación, tanto a nivel verbal como no verbal.

La comunicación es básica para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro y responsable de su comportamiento. Así mismo reconocer su buen comportamiento, felicitarle y estimularlo. ²⁷

Lenguaje pediátrico

Al hablar con el niño hay que tener cuidado con el lenguaje apropiado hay que ponerse al nivel del niño en palabras e ideas.

Nunca mentir, es necesario explicarle las cosas de manera que puedan entenderlas, pero sin engañarle. No hay que extenderse ni preparar de más al niño ya que ello podría incrementar la ansiedad. Con niños esta permitido añadir algo de fantasía a la conversación, tener cuidado con el lenguaje utilizado ya que ellos pueden interpretar que es para niños más pequeños y no sea ofensivo, nunca subestimar la inteligencia del niño. ²⁸

Pronunciar palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas, evitarle palabras que le inspiren miedo:

| Lenguaje odontológico | Lenguaje pediátrico |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Radiografía | Foto |
| Aparato de rayos x | Cámara |
| Pieza de alta | Ruido de avión |
| Amalgama | Estrella de plata |
| Abrebocas | Silla par los dientes |
| Anestesia | Medicamento para dormir al diente |
| Eyector | Aspirador, succionador |
| Pieza de baja | Ruido de motocicleta |

Tomado de: Castillo MR. Manual de odontología pediátrica. 1996.

Decir, mostrar y hacer o triple E (explique, enseñe y ejecute)

La base de la técnica es simple la idea es familiarizar al niño con ambiente, instrumentos y agentes nuevos. Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar para reducir la ansiedad y miedo.
- Mostrar al niño de la mejor manera posible lo que se va a llevar a cabo.
- Efectuar la técnica como se le explico y mostró.²⁹

Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento. El objetivo de esta técnica es establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.²⁵

Manejo de la expresión facial, tono y volumen de voz

Se deben manejar las diferentes expresiones faciales, el tono y volumen de voz, éstos deben ser congruentes con el elemento que se está trabajando, ya sea, presentación de un estímulo, una corrección o un reforzamiento. Esto ayuda a comunicarle al niño si está bien o mal lo que está haciendo. Con esta técnica el odontólogo opta por una actitud autoritaria. Esta destinada para establecer la comunicación perdida por el miedo o enojo del niño. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de lo que se necesita hacer. Es más importante el tono que lo que se dice. La expresión facial debe acompañar al cambio de tono de voz, una vez obtenida la atención se le dan las explicaciones pertinentes de una manera suave y agradable a esta parte se le denomina “cambio de ritmo”.²⁷

Comunicación multisensorial

En la comunicación verbal el foco esta en que decir o como decirlo. Sin embargo, también pueden emitirse o recibirse mensajes no verbales. El contacto físico puede ser una forma de comunicación no verbal. El simple acto de poner una mano sobre el hombro del niño, trasmite una sensación de calidez y de amistad. La mirada también es importante. El niño que rehúye la mirada con frecuencia no está plenamente preparado para cooperar. La aprensión puede ser comunicada sin decir una palabra.

La detección con rapidez de los latidos cardíacos o advertir la respiración en el rostro, son observaciones que alertan al clínico perspicaz con respecto al nerviosismo de un niño. El uso de la mímica y gestos, son una gran fuente de comunicación no verbal, que nos ayudan a transmitir las instrucciones, al utilizar estas herramientas es importante siempre lograr su atención.²⁵

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Consiste en alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual. Una variable necesaria es el tiempo.²⁸

Existen dos tipos de técnicas:

- Técnicas para incrementar conductas deseadas (habilidades).
- Técnicas para decrementar conductas inadecuadas.

Estas técnicas se aplican al niño de acuerdo a sus necesidades y al tipo de conducta. Ninguna técnica es mejor que otra, todo depende de que funcione con el niño. Por lo general, se busca aplicar las técnicas más suaves dejando las más aversivas como recurso extra cuando no se logran los resultados.³⁰

Técnicas para incrementar la conducta

Imitación

Esta técnica de aprendizaje consiste en que el niño por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el terapeuta. Su característica fundamental es servir de ejemplo o patrón para que sea imitada por el niño.

La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el terapeuta programador, especificando todos los elementos que componen la conducta.

Con esta técnica el niño puede aprender sobre la situación dental viendo como otros niños están recibiendo el tratamiento. Las técnicas de imitación resultan efectivas en el momento de proporcionar familiarización y mejorar la conducta.²³

Moldeamiento

Consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco, hasta que ésta se instituya. Esta técnica se usa cuando se enseñan habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como sería el cepillado de dientes.³⁰

Existen 3 formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando:

1. *Por aproximaciones sucesivas.* Se determinan todos los pasos y se empieza siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando.
2. *Por encadenamiento de actividades distintas.* Se enseña en forma separada diferentes habilidades con el método anterior y una vez ya dominadas, se encadenan para lograr la habilidad completa mediante aproximaciones sucesivas.
4. *Por encadenamiento hacia atrás.* Es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final.³⁰

Contrato de contingencias

Esta técnica consiste en utilizar un reforzador de alto nivel de aceptación para el niño con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia (enseñar una nueva habilidad). Esta técnica es básicamente la que se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece una instrucción. Por ejemplo, se le ordena al niño pararse (se puede dar apoyo físico) y si obedece, se gana su premio.²⁸

Refuerzo positivo y negativo

Refuerzo positivo. Se define como cualquier evento que sigue a una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta. Los refuerzos positivos típicos incluyen artículos tangibles como monedas o juguetes o eventos

sociales, como elogio y atención y actividades como un pasatiempo o ver televisión.²¹

Reforzadores sociales comunes:

Elogio (bien, eso está bien, excelente, etc.).

Expresiones faciales (sonreír, guiñar el ojo, parecer interesado, etc.).

Contacto físico (palmear la cabeza, el hombro o la espalda, abrazar, tomar la mano, etc.).²⁸

Por el contrario, para reducir la frecuencia o extinguir la conducta no deseada, el odontólogo puede emplear el castigo, este puede acarrear la presentación de refuerzos negativos como hablar a gritos, sujetar al niño, mostrar autoridad o colocarle una mano sobre la boca; el intento es terminar con rapidez una conducta intolerable. El castigo también puede emplearse a través del retiro de un refuerzo positivo.²¹

Economía de fichas

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de puntos. Este reforzador puede ser entregado al niño a corto o mediano plazo. Las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entregará hasta que el niño acumule un número establecido de puntos o fichas.

Los premios a ganar por el niño, pueden ser comestibles, manipulables o de actividad.³⁰

Técnicas para decrementar conductas inadecuadas.

Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en que aparece la conducta que se desea eliminar.³¹

Corrección verbal

Consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡No! antepuesto. Éste puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado. El *NO* suave se

aplica bajando el tono de voz media octava del tono normal de voz del terapeuta; mientras que el *NO* fuerte es exhalando en volumen alto y apoyando el estómago, casi como un grito pero sin llegar a este nivel.³¹

Corrección física

La corrección física es llevar al niño a realizar la habilidad esperada, no dada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Es llevar al niño físicamente a realizar la conducta, debe de ir acompañado con cierta fuerza o estrujón que comunique desagrado, teniendo especial cuidado de no causar dolor ni lastimar al niño.³⁰

Extinción

Extinción es la eliminación completa o discontinuación del reforzador de una conducta inadecuada que anteriormente fue reforzada. Se debe ignorar total y consistentemente la conducta inadecuada, como si no nos diéramos cuenta. Esta técnica se usa comúnmente cuando el niño intenta manipular con rabieta (el niño se pone a gritar o se tira al piso), incluso con autoagresión.²⁵

Tiempo fuera

Consiste en retirar al niño del ambiente reforzante para colocarlo en otro que no lo sea, por un periodo de tiempo limitado y específico. La idea de este método es retirar al niño todo estímulo para erradicar así la conducta inadecuada.³⁰

Reforzamiento de conductas incompatibles

Consiste en reforzar una conducta que sea contraria a la conducta inadecuada y que evita que suceda. Básicamente, es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que deseamos erradicar. Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda probarlo antes que los demás. Un ejemplo sería que el niño no puede brincar en la cama si le mantenemos sentado o acostado. Otro ejemplo sería que la forma de evitar que aleteen las manos es mantener las manos quietas.²¹

Desensibilización

La técnica incluye enseñar técnicas de relajación al paciente. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual.

Con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relacionarlas con el estímulo que provoca la ansiedad. Para ello lo recomendable es comenzar con algo sencillo por ejemplo una profilaxis, aplicación tópica de flúor.²⁸

TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO

Las técnicas de enfoque físico no solo se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales, pero es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente.

Los objetivos básicos son:

- Ganar la atención del niño.
- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
- Protegerlo de lesiones.
- Hacer más rápido y fácil el tratamiento para el niño y el odontólogo.²⁶

Las técnicas que a continuación se describen por lo general se aplican en niños con conducta difícil, con retraso mental, y problemas neurológicos.

Tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
- Deben de ser consideradas antes de planificar el tratamiento.
- Se emplea como parte del tratamiento y no como un castigo.
- La primera finalidad es protección para el tratamiento.

- Deben verse siempre como necesidad y no como castigo.
- Debe obtenerse siempre el consentimiento de los padres y explicarles de la necesidad. ³²

Tipos de técnicas de enfoque físico.

Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca, proteger al niño y que no se lastime.

Esta indicada para algunos niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla. ²⁶

Mano sobre boca

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene la capacidad para la comunicación, esta prohibida en niños menores de 3 años o niños con coeficiente intelectual bajo. ²⁷

No se busca asustar al niño sino obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo, y que este último no refleje una actitud de enojo.

El odontólogo coloca la mano sobre la boca y con voz suave y pausada le habla al oído sobre la conducta inadecuada con la que está actuando, cuando el niño se controle se retira la mano. ²⁴

Una variante de esta técnica es **Mano sobre boca y nariz**, muy parecida a la anterior, pero también se incluye el cubrir la nariz del paciente, provocando obstrucción momentánea de la vía aérea. ²⁴

Control físico por parte del profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y piernas durante el tratamiento.

Se coloca el brazo alrededor de la cabeza del niño para evitar los movimientos de esta y mientras tanto el asistente controla los movimientos de los brazos. El hecho de que el asistente coloque sus manos sobre las del niño es suficiente para frenar sus reacciones bruscas y además se sienten protegidos.²⁶

Técnica de sujeción

Se utiliza cuando el personal capacitado ya no puede controlar los movimientos del niño.

Consiste en la limitación física específica, para el control de todo el cuerpo. Se incluyen toallas, sabanas, cinturones y dispositivos comerciales como el Pedi- FRAP (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Papoose Borrada (tabla rígida con envoltorio de tela).

Con esta técnica hay que explicar a los padres el porque de la necesidad de utilizarlas insistiendo en la finalidad de dar seguridad al niño.²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El paciente autista al igual que cualquier otro paciente, presenta afecciones bucodentales. Son pocos los servicios especializados para este tipo de pacientes. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se brinda la atención a este tipo de pacientes.

Por lo anterior nos cuestionamos:

¿Cuál es el manejo estomatológico del paciente autista en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

OBJETIVO

- Describir el manejo estomatológico del paciente autista.

METODOLOGÍA

- Descriptivo: descripción de 2 casos clínicos (n=2).

RECURSOS

Humanos:

Un pasante de la carrera de cirujano dentista

Un director de tesis

Un asesor de tesis

Físicos:

Consultorio dental N° 2 del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Biblioteca del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Biblioteca del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino”

Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Biblioteca de la Facultad de Odontología

Materiales:

- Material e instrumental odontológico (básicos, pieza de alta y baja velocidad, fresas, elevadores, forceps, instrumental para amalgama, instrumental para resina, lámpara fotocurable, abre bocas, cepillos para profilaxis, guantes, cubrebocas, eyectores, algodón, gasa, pastillas de amalgama, mercurio, resina fotocurable, dycal, lidocaina en spray, pasta profiláctica, flúor en gel)
- Videocámara
- Cámara fotográfica
- Copias
- Papelería (hojas, plumas, lápiz, sacapuntas, goma.)
- Stickers
- Computadora
- Internet

CRONOGRAMA

| Actividad | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|--|-----------|-------------------------------------|-------|--|-------------------------------------|-------|-------|--------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------|
| Aprobación del proyecto | / / / / / | | | | | | | | | | | |
| Recopilación bibliográfica | | / / / / / / / / / / / / / / / | | | | | | | | | | |
| Marco teórico | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | | | | | | | |
| Justificación | | | | | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | | | |
| Planteamiento del problema | | | | | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | | | |
| Objetivo | | | | | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | | | |
| Metodología | | | | | | | | | | / / / / / / / / / / | | |
| Descripción de casos clínicos (historia clínica-alta del paciente) | | | | / | | | | | | | | |
| Discusión | | | | | | | | | | / / / / / / / / / / | | |
| Conclusiones | | | | | | | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | |
| Sugerencias | | | | | | | | | | | / / / / / / / / / / / / / / / | |

PRESENTACION DE LOS CASOS CLINICOS

CASO CLÍNICO N° 1

Nombre de paciente: F. O. B.

Edad: 12 años

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 21-09-94

Domicilio: Delegación Coyoacan, México, D.F.

Escolaridad: 6° año de primaria (Ver anexo N° 1, foto N° 1)



ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre hipertenso, tía y tío paternos finados por cáncer.

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude a consulta dental por iniciativa de la madre para valoración y tratamiento dental.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa rentada, la cual cuenta con todos los servicios intra domiciliarios, refiere hábitos higiénicos adecuados, cuadro de inmunización completo, refiere onicofagia y morder objetos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Parto sin complicaciones, refiere varicela a los 7 meses de edad sin complicaciones, faringoamigdalitis recurrentes por lo que se le practico la extirpación de adenoides y amígdalas a los 2 años y a los 3 años respectivamente.

PADECIMIENTO ACTUAL

Autismo infantil moderado e inmadures del desarrollo.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS COTIDIANAMENTE

Risperdal (respiridona) 1mg. por la noche diario.

EXPLORACIÓN INTRABUCAL

Presencia de placa dentobacteriana, inflamación gingival leve; presenta lesiones cariosas de 2° en 16, 26, 36, 46 y persistencia temporal de los órganos dentarios 54, 63, 65. El resto de órganos dentarios sanos (11,12,13,15,16,17,21,22,24,26,27,31,32,33,34,35,36,37,41,42,43,44,45,46,47)

NOTA: para el diagnóstico de la persistencia temporal de los órganos dentarios primarios anteriormente mencionados, no fue necesario la toma de radiografías, ya que se podía observar clínicamente los permanentes.

DIAGNÓSTICO

A nivel sistémico: presenta autismo infantil moderado e inmadurez del desarrollo bajo control medico. A nivel bucal: presenta caries de 2°, gingivitis localizada y persistencia de los órganos dentarios temporales.

CONDUCTA: De acuerdo a la clasificación de Wright, es un paciente cooperativo, en relación a la escala de Frankl se encuentra en una conducta positiva, y es un paciente impedido en la clasificación de Lampshire.

PRONÓSTICO: Favorable

TRATAMIENTO:

| Curativo: | |
|------------|----------------------|
| Extracción | O.D. 54,63 y 65 |
| Resinas | O.D. 16, 26, 36 y 46 |

| Preventivo: |
|----------------------------|
| Técnica de cepillado |
| Profilaxis |
| Aplicación tópica de flúor |

| CITA | PROCEDIMIENTOS CLINICOS | MANEJO CONDUCTUAL |
|------|-----------------------------------|--|
| 1 | Historia clínica y Profilaxis | <p>Durante esta sesión el paciente desde que ingreso al consultorio se mostró poco temeroso, permitiendo un contacto físico y visual aceptable por parte del equipo odontológico. Durante la realización de la historia clínica se mostró un poco inquieto; al realizarle la exploración intrabucal opuso un poco de resistencia al introducir el espejo.</p> <p>Antes de realizar la profilaxis se efectuó una demostración del funcionamiento del instrumental. El paciente mostró un ligero temor al sonido del eyector y de la pieza de baja llevando sus dedos a tapar sus oídos.</p> <p>Las técnicas del manejo de conducta que se aplico con este paciente fue la de Decir-Mostrar-Hacer (D-M-H), técnicas de comunicación, de modificación de la conducta (imitación, refuerzo positivo, contrato de contingencia, desensibilización). Con el apoyo de las técnicas y su capacidad para cooperar permitió poco a poco realizarle el procedimiento.</p> <p>Desde que entro hasta el momento en que finalizo el procedimiento, se mostró cauteloso, mostró voluntad en el procedimiento con algunas reservas: lo cual es satisfactorio para llevar a cabo el tratamiento dental del paciente.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 2)</p> |
| 2 | Profilaxis técnica y de cepillado | <p>Una semana después, el paciente mostró las mismas conductas de la cita anterior, (reservado, cauteloso, poco temeroso a los sonidos), por iniciativa propia tomo el eyector y lo llevo a su boca observando fijamente el eyector. Se aplico la técnica de (D-M-H). Refuerzos positivos especialmente sociales, durante la profilaxis nuevamente se tapo los oídos, al final de la cita se le regalo una estampa (contrato de contingencia o reforzamiento positivo) la cual acepto con agrado pegándola en su frente.</p> <p>La técnica de cepillado principalmente fue dada a la madre para que la aplicara en su hijo.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 3, 4)</p> |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 3 | Profilaxis y técnica de cepillado | <p>Durante esta cita, a su llegada el paciente mostró expresiones de afecto hacia el equipo odontológico, ya empezaba a haber contacto de comunicación con él.</p> <p>El procedimiento se realizó con una mayor facilidad y parecía disfrutar de las sensaciones del cepillo en sus dientes, demostrándolo con gestos de alegría y sonrisas. Se siguieron aplicando las técnicas anteriores.</p> <p>Al observar un cambio muy significativo de la actitud del paciente, se programo para la cita siguiente la eliminación de caries dental. Se le mostró el funcionamiento de la pieza de alta, pero mostró una significativa alteración al sonido, por lo que se le pidió a la madre, que trajera unos discman en la próxima cita.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 5)</p> |
| 4 | Extracción de los O.D. 63 y 65 | <p>Aunque para esta cita se había programado la eliminación de caries, no se le realizo debido a que seguía mostrando temor al sonido de la pieza; con sus audífonos puestos, escuchando música, disminuyo su ansiedad y permitió que se introdujera la pieza de alta en su boca, se aplicaron técnicas de reforzamiento positivo social y contrato de contingencia.</p> <p>Debido a la ansiedad presentada optamos por realizar la extracción de los O.D. 63 y 65, únicamente se le coloco anestésico tópico para la realización del procedimiento; el paciente no mostró ningún cambio en su conducta.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 6,7)</p> |

| | | |
|-------------|-------------------------------------|--|
| 5 | Resina 16 | <p>Debido a la ansiedad del paciente al sonido de la pieza de alta, se procuro realizar la actividad en el menor tiempo posible. Con los audífonos puestos y la música a todo volumen permitió sin ningún problema el procedimiento.</p> <p>Su actitud cooperativa no decremento y por el contrario parecía ya familiarizado con el ambiente del consultorio.</p> <p>Para la realización del procedimiento no se requirió utilizar anestesia, debido a que la lesión cariosa no era muy profunda y la infrasensibilidad al dolor presentada por parte del paciente.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 8,9)</p> |
| 6 7 8 | Resina 26 Resina 36 Resina 46 | <p>Durante estas 3 citas, al igual que en el anterior el paciente se mostró con una actitud cooperativa. Conforme transcurrían las citas mostraba mas gestos de afecto con el equipo odontológico, llegaba con alegría y disfrutaba de la estancia en el consultorio, se podía entablar cierta comunicación con él, se siguieron aplicando las mismas técnicas para su manejo.</p> <p>Al igual que a la cita 5 no se requirió anestésiar al paciente durante estos procedimientos.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 10, 11,12)</p> |
| 9 | Extracción del O.D. 54 | <p>El paciente se muestra muy tranquilo durante el procedimiento, únicamente se le coloco anestesia tópica, para realizar la extracción. El paciente se muestra cada vez más familiarizado al ambiente del consultorio.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 13, 14)</p> |

| | | |
|----|---|--|
| 10 | <p>Profilaxis, aplicación tópica de flúor y técnica de cepillado.</p> | <p>En esta última cita, durante el procedimiento demuestra una alegría, sonríe y disfruta del procedimiento.</p> <p>El tratamiento del paciente se llevo a cabo en el transcurso de tres meses, observando cita con cita notables cambios en el comportamiento que presento en un inicio, debido a un buen manejo estomatológico apoyado en las diversas técnicas del manejo de la conducta, este paciente no tuvo mayores complicaciones gracias a su voluntad para cooperar. Por lo que observamos en él una gran familiarización en el ambiente del consultorio y con el equipo odontológico.</p> <p>El tratamiento del problema gingival, fue únicamente mediante las profilaxis en el consultorio y la colaboración de la madre en la realización de la higiene bucal adecuada en el paciente.</p> <p>A partir de esta cita el paciente acudirá cada 2 meses para llevar un control de su salud bucodental.</p> <p>(Ver anexo N° 1, foto N° 15, 16, 17)</p> |
|----|---|--|

CASO CLINICO N° 2

Nombre del paciente: K. C. R.

Edad: 8 años

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 24-mayo-98

Domicilio: Delegación Gustavo A. Madero, México D.F.

Escolaridad: CAM 18 (Centro de Atención Multidisciplinario) (Ver anexo N° 2, foto N° 1)



ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre con adicción al alcoholismo y tabaquismo, abuela materna con hipertensión e infartos bajo control medico, abuela paterna con diabetes mellitus bajo control medico.

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude a consulta dental referido por el área de rehabilitación del Hospital por presentar odontalgia en el O.D. 54.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Habita en departamento rentado, el cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, hábitos higiénicos adecuados, refiere cuadro de inmunizaciones completo, presenta constante hábito de succión digital y morder objetos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Refiere complicaciones durante el parto, presentando asfixia debido al cordón umbilical enredado en el cuello, por lo que lo mantuvieron con oxígeno y hospitalizado. Refiere haber presentado hepatitis tipo A a los 5 años sin complicaciones, así como presentar faringoamigdalitis recurrente por lo que se le practico amigdalectomía a los 3 años de edad.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Autismo infantil severo.

MEDICAMENTO UTILIZADO COTIDIANAMENTE.

Risperdal (respiridona) .5 ml cada 12 horas. Diario.

EXPLORACIÓN INTRABUCAL.

Presencia de placa dentobacteriana, Inflamación y sangrado gingival en zona de anteriores-inferiores. Caries de 2° 54, 64, 75 y 85. Resto de órganos dentarios sanos (11,12, 53,55,16,21,22,63,65,26,31,32,73,74,36,41,42,83,84,46)

DIAGNÓSTICO

Paciente que a nivel sistemático: presenta autismo infantil severo. A nivel bucal: presenta placa dentobacteriana, gingivitis localizada y caries de 2° en los órganos dentarios: 54, 64, 75 y 85.

CONDUCTA: Por las conductas que presento el paciente, de acuerdo a la clasificación de Wright es un paciente con conducta descontrolada, en relación a la escala de Frankl es un paciente negativo es un paciente impedido en la clasificación de Lampshire.

PRONOSTICO. Favorable.

TRATAMIENTO.

| Curativo: | | Preventivo: |
|-----------|----------------------|---|
| Amalgama | O.D 54, 64, 75 y 85. | Técnica de cepillado Profilaxis Aplicación de flúor |

| CITA | PROCEDIMIENTO CLINICO | MANEJO CONDUCTUAL |
|------|--------------------------------|--|
| 1 | Historia Clínica y profilaxis. | El paciente se mostró temeroso e intranquilo, resistiéndose a entrar al consultorio, no permitió en un primer intento sentarlo en el sillón dental, se observaba enfadado y daba algunos gritos. No permitió el contacto físico ni visual por parte del equipo odontológico. A la exploración intrabucal, puso resistencia, con la ayuda de la madre y el equipo odontológico se aplico en primera instancia la técnica de control físico. |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| | | <p>Al proseguir con la profilaxis se aplico la técnica D-M-H, pero el paciente no atendía a las indicaciones, además de presentar ansiedad y miedo al sonido del eyector y de la pieza. Para la realización del procedimiento se aplicaron las técnicas de refuerzo positivo social, restricción física.</p> <p>Es un paciente muy temeroso, muestra evidencias por momentos de rabietas, no permite el contacto físico por parte del profesional, no es cooperativo.</p> <p>Se programan 2 citas más para profilaxis, para manejar poco a poco su conducta mediante las técnicas M-D-H, refuerzos positivos, contrato de contingencias, desensibilización, imitación, restricción física y en su caso la sujeción gentil.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 2)</p> |
| 2 | Profilaxis técnica cepillado y de | <p>En la próxima cita, el paciente volvió a comportarse de igual forma que en la cita anterior, para realizar el procedimiento solo se aplicaron las técnicas, restricción física. Refuerzos positivos, y al final de la cita contrato de contingencias, la estampa que se le pego en la frente se la quito y la tiro.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 3)</p> |
| 3 | Profilaxis técnica cepillado y de | <p>El paciente permitió con menos dificultad sentarlo en el sillón dental, durante el procedimiento presento el mismo comportamiento que en las citas anteriores. Se volvió a aplicar la misma técnica, además de poner en práctica la desensibilización y la técnica de imitación. A diferencia de las citas anteriores, tomaba y observaba el instrumental, se ve en el espejo, colocaba el eyector en su boca pero al ponerlos en funcionamiento se alejaba rápidamente.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 4)</p> |

| | | |
|---|---------------------|--|
| 4 | Amalgama O.D. 54 | <p>Para esta cita el paciente seguía con el mismo comportamiento a diferencia de una significativa familiarización al ambiente del consultorio, pues al entrar se sentaba directamente en el sillón.</p> <p>Se trato de realizar el procedimiento únicamente con restricción física; pero ponía resistencia al sujetarlo con las manos, por lo que se decidió aplicar las técnicas de sujeción gentil para evitar los movimientos inapropiados y prevenir alguna lesión.</p> <p>Durante el procedimiento se utilizo abre bocas para facilitar lo, todo el tiempo se la paso llorando, hasta que se le dejaba. La cita se trato de realizar en el menor tiempo posible. Además se siguieron aplicando las técnicas. D-M-H, De sensibilización, imitación contrato de contingencias.</p> <p>Para la realización del procedimiento no fue necesaria la infiltración de anestesia, debido a la infrasensibilidad que presenta el paciente ante el dolor.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 5, 6)</p> |
| 5 | Amalgama O.D. 64 | <p>En esta cita volvió a comportarse de la misma forma que en la anterior, se utilizo nuevamente la sujeción gentil y abre bocas. Realizándose el procedimiento en el menor tiempo posible. Seguía sin mostrar gestos de afecto.</p> <p>Para la realización del procedimiento no fue necesaria la infiltración de anestesia, debido a la infrasensibilidad que presenta el paciente ante el dolor.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 7,8)</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 6 | Profilaxis técnica cepillado y de | <p>El paciente como en un par de citas anteriores se sentaba directamente en el sillón, y aunque no cooperaba en los procedimientos mostraba una familiarización al ambiente. Al realizarle la profilaxis y al no ser sujetado mostró menos movimientos bruscos con las manos permitiendo el procedimiento con mayor facilidad, se siguieron aplicando las técnicas anteriores. En esta ocasión se le regalo una estampa, deajo que se le pegara en la frente, a diferencia de citas pasadas en las que se las quitaba y las tiraba.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 9, 10)</p> |
| 7 | Amalgama O.D. 85 | <p>El paciente al llegar al consultorio se mostró menos temeroso, ya no hacia rabietas como en un principio, se ve más familiarizado con el equipo odontológico, aún con muchas reservas; pues al llamarlo volteaba, permitía un poco más el contacto físico, dejaba que se le tomara de la mano y abrazarlo, para el procedimiento se opto por seguir utilizando la técnica de sujeción y el uso de abre bocas para mayor seguridad y protección. Nuevamente durante el procedimiento lloro, esta actitud cambio una vez finalizado el procedimiento, y se acerco al escritorio para recibir su estampa por si solo.</p> <p>Para la realización del procedimiento no fue necesaria la infiltración de anestesia, debido a la infrasensibilidad que presenta el paciente ante el dolor.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 11,12)</p> |

| | | |
|---|---|---|
| 8 | Amalgama O.D 75 | <p>En esta cita se observo más el decremento de algunas conductas negativas, ya no se observaba temeroso, llego cantando, no opuso resistencia a la sujeción; volvió a llorar durante el procedimiento. Se siguieron utilizando las técnicas Decir-Mostar-Hacer, imitación, desensibilización, refuerzos positivos sociales y contrato de contingencias.</p> <p>Para la realización del procedimiento no fue necesaria la infiltración de anestesia, debido a la infrasensibilidad que presenta el paciente ante el dolor.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 13, 14)</p> |
| 9 | Profilaxis y técnica de cepillado | <p>En esta última cita el comportamiento del paciente era aceptable a comparación de la primera, puesto que el miedo, la ansiedad y la inquietud eran de lo más mínimo. Permitió el procedimiento sin ninguna dificultad, por sí mismo tomaba la pieza al igual que el eyector llevándolos a su boca. Al final de la cita se acerco al escritorio para recibir sus contingencias, que recibía con agrado.</p> <p>El tratamiento del paciente se llevo a cabo en el transcurso de dos meses, observando cita con cita notables cambios en el comportamiento que presento en un inicio, debido a un buen manejo estomatológico apoyado en las diversas técnicas del manejo de la conducta, al final se logró que el paciente se familiarizara al ambiente del consultorio dental.</p> <p>El tratamiento del problema gingival, fue únicamente mediante las profilaxis en el consultorio y la colaboración de la madre en la realización de la higiene bucal adecuada en el paciente.</p> <p>A partir de esta cita, el paciente acudirá cada dos meses a consulta para llevar un control de su salud bucodental.</p> <p>(Ver anexo N° 2, foto N° 15, 16)</p> |

DISCUSIÓN

Las características presentadas por ambos pacientes, concuerdan con las descripciones con los 3 grupos generales de síntomas observados en los niños con trastorno autista. Como es la incapacidad para establecer relaciones sociales, retraso y problemas de lenguaje que impiden la comprensión y fenómenos ritualistas o compulsivos. Como lo menciona Bursztenjn (1992), Lorna (1998), Allen (2000), Davison (2002).

Es fundamental notar que cada niño con características autistas son diferentes y presentan impedimentos de menor a mayor grado dependiendo del nivel funcional, la edad y el tratamiento recibido. El primer paciente en comparación con el segundo, presenta menos impedimentos, lo que favorece la realización de su tratamiento sin dificultad.

La utilización de las distintas técnicas del manejo de la conducta, son elementales, puesto que nos proporcionan ventajas, como son:

1. Establecer una comunicación tanto verbal como paraverbal con el paciente,
2. Decrementar e incrementar ciertos tipos de conductas,
3. La técnica de enfoque físico nos permiten brindar protección al paciente y prevenir algún tipo de lesión en su persona o en la nuestra.

Todo esto nos permite con éxito los tratamientos odontológicos en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

El trastorno autista presenta importantes desordenes en el desarrollo de los pacientes, dando como consecuencia, conductas anormales, falta de interacción social, debido a problemas de lenguaje y comunicación; al no haber un tratamiento específico para la cura del autismo, este desorden se convierte en una forma de vida.

Para el manejo estomatológico adecuado del paciente con este trastorno el cirujano dentista requiere principalmente tener voluntad, paciencia, tiempo, persistencia, para llevar a cabo cita con cita la familiarización del paciente al ambiente del odontológico.

La primera cita es la más importante, ya que preparará el campo para las citas futuras. Se debe disponer de tiempo suficiente como para hablar con los padres y el paciente antes de iniciar cualquier atención dental, así disminuir la ansiedad de ambos y establecer una buena comunicación con ellos. Esta demostración de sinceridad e interés resulta vital en el tratamiento. La historia clínica tiene una gran importancia, pues ya que es el punto de partida, en la que conoceremos con mayor profundidad al paciente y tomaremos las pautas para el tratamiento.

En el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" el equipo odontológico busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes, brindando un adecuado tratamiento, mediante la aplicación de las distintas técnicas de comunicación, modificación de la conducta y la de enfoque físico, para lograr que los procedimientos sean placenteros y que el paciente los adopte como una rutina en su vida cotidiana. Los resultados son evidentes en cada uno de los pacientes, pues al cabo de un tiempo, nos volvemos parte de su entorno, y nos demuestran sus afectos mediante sus alegres sonrisas; además de que contribuimos en su tratamiento diario, en integrarlos a la vida social.

En México son algunos los centros de atención a este tipo de pacientes. Los padres nos comentan que antes de llegar al hospital, ya han visitado un sin numero de

consultorios privados, en los que no se les ha brindado la atención a sus hijos. Por lo anterior, este trabajo tiene el propósito de mostrar, que este tipo de paciente también puede ser atendido a nivel privado, teniendo en cuenta los conocimientos previos para el manejo odontológico.

Debemos considerar a cada paciente como individuo único, pues ya que cada uno aun presentando el mismo padecimiento presenta comportamientos distintos e influenciados por el estado de ánimo en el que se encuentren en ese momento. Por tanto, lo anterior determinara en su momento la utilización de las diversas técnicas y que el profesional debe adaptar a cada paciente, aplicando y manejándolas a conveniencia propia y del paciente para brindar un tratamiento exitoso.

La experiencia que me deja el haber atendido pacientes autistas directamente es muy grata, puesto que he contribuido con un granito de arena para mejorar su calidad de vida.

SUGERENCIAS

- El odontólogo debe proporcionar la asistencia que requiera el paciente y derivarlo al especialista u otros profesionales cuando la situación lo amerite, fomentando el trabajo inter y multidisciplinario.
- Eliminar creencias inconsistentes y discriminaciones, proporcionando información que apoye su elección de un cambio de conducta hacia el paciente autista. Ratificando la necesidad de concientizar al profesional de la salud para que asuma su responsabilidad por la salud de este amplio conglomerado humano.
- Así se estará modelando la conciencia del futuro profesional para el tratamiento odontológico de este paciente en los servicios públicos, semiprivados y privados.

REFERENCIAS

1. INEGI [Internet]. México: Porcentaje de la población con discapacidad. *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. [acceso 19 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.
2. Ríos YG, Silot WEF. Atención al paciente discapacitado en odontología. *Odontología on line* [Internet] 2006 [acceso 19 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/YRG/YRG01/yrg01a.html>
3. Bioestadística, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Mejora continua de la calidad, Morbilidad de consulta externa, enero-agosto 2006.
4. Wing L. El autismo en niños y adultos. Barcelona: Paidós; 1998. 23-245.
5. Fejerman N. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós; 1994.15-65.
6. Jerusalinsky A. Psicoanálisis del autismo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1989. 35-39.
7. Potter D, Wing L. Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista. [Internet]. Estados Unidos: Autism99; 2006 [acceso 2 de Junio de 2006]. Disponible en: http://www.oneworld.org/autism_uk/archive/prevalence.htm.
8. Marshaly Y, Catherine R, Tanya Kr, Nancy D, Coleen B, Catherine M. Prevalence of autism in a US metropolitan area. *The journal of de American Medical Association*. 2003; 289 (1): 15-19.
9. Tustin F. Autismo y psicosis infantiles. Buenos Aires: Paidós; 1997. 13-14.

10. Trastorno autista [Internet]. Estados Unidos: Autism Society of America. [acceso 2 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.societyamericanautism.org>
11. Davison GC. Psicología de la conducta Anormal. DSM IV. 2ª ed. México: Limaza; 2002. 533-36, 553-67.
12. Palunzszny M. Autismo, guía práctica para padres y profesionales. México: Trillas; 1991. 65-75.
13. Tinbergen N, Tinbergen E. Niños autistas. Nuevas esperanzas de curación. Madrid: Alianza; 1984. 135-50.
14. Allen CI, Wicks-Nelson R. Psicopatología del niño y el adolescente. España: Prentice Hall; 2000. 298-322.
15. Bursztej C, Golse B, Parquet P. Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Barcelona: Masson; 1992. 147-72.
16. Russell J. El autismo como trastorno de la función ejecutiva. Madrid: Panamericana; 2000. 55-62.
17. Rutter SM. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid: Panamericana; 2001. 13-19.
18. Polaina A. Introducción al estudio científico del autismo infantil. España: Alambra; 1982. 31-32, 58-65.
19. Espinosa GE. Abordaje farmacológico del desorden del espectro autista. Revista Colombiana de Pediatría [Internet] 2001 marzo. [acceso 2 de junio de 2006]; 36(1). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pedi3601abordaje.ht>

20. Grandin T. Atravesando las puertas del autismo. Buenos Aires: Paidós; 2003. 167-75.
21. Barber TK, Larry SL, Stephen M. Blan. Conducta In: Odontología pediátrica. México: El manual moderno; 1985. 42-59.
22. Koch G, Mooder T, Poulsen S, Rasmussen P. El niño como paciente odontológico In: Odontopediatría enfoque clínico. Buenos Aires: Panamericana; 1994. 40-59.
23. Braham RL, Morris ME. Odontología pediátrica. Argentina: Panamericana; 1986. 451-66.
24. Ripa LW. Manejo de la conducta odontológica del niño. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1984. 1-5, 65-8.
25. McDonald RE, Avery DR. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª ed. Argentina: Panamericana; 1990. 45-62.
26. Boj RJ, Catala M, García BC, Mendoza A. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico En: Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2004. 263-98.
27. Barberia LE. Control de la conducta en la consulta odontopediátrica En: Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. 127-37.
28. Castillo MR. Manual de odontología pediátrica. Colombia: Actualidades médico odontológicas latinoamérica; 1996. 21-59.
29. Cameron AC, Widmer RD. Manual de odontología pediátrica. Madrid: Harcourt; 1998. 20-37.

30. Garza FFJ. Técnicas para incrementar conductas. [Internet]. Madrid: Psicología de la Educación para Padres y Profesionales; [acceso 2 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/autismo-tecnicas-para-incrementar-conductas>

31. Garza FFJ. Técnicas para decrementar conductas. [Internet]. Madrid: Psicología de la Educación para Padres y Profesionales; [acceso 2 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/autismo-tecnicas-para-decrementar-conductas>

32. Pinkham JR. Odontología pediátrica. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill interamericana; 1999. 384-401.

33. Thomson. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 51ª ed. México: PLM; 2005.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

Foto 1. Paciente en su 1ª visita odontológica



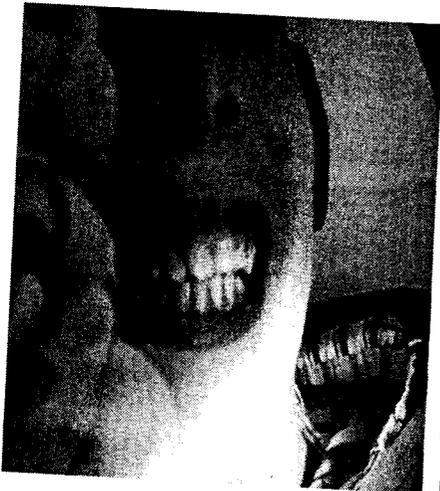
* F. D.

Foto 2. Paciente durante la exploración intrabucal



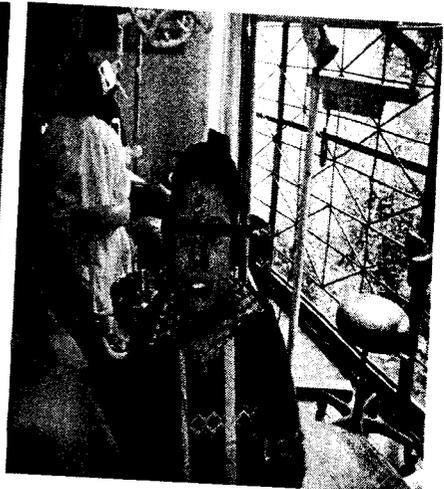
* F. D.

Foto 3. Realización de la profilaxis



* F. D.

Foto 4. Paciente mostrando su estampa en la frente (refuerzo positivo)



* F. D.

* F. D: Fuente Directa.

Tomadas durante el tratamiento dental en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Foto 5. Paciente durante la realización de la profilaxis



* F. D.

Foto 6. Procedimiento de exodoncia del órgano dentario 65



* F. D.

Foto 7. Procedimiento de exodoncia del órgano dentario 63



* F. D.

Foto 8. Obsérvese los audífonos durante la eliminación de caries



* F. D.

Foto 9. Procedimiento de fotopolimerización de la resina



* F. D.

Foto 10. Procedimiento de lavado y secado de la cavidad.



* F. D.

Foto 11. Aplicación del ácido grabador



* F. D.

Foto 12. Procedimiento de fotopolimerización



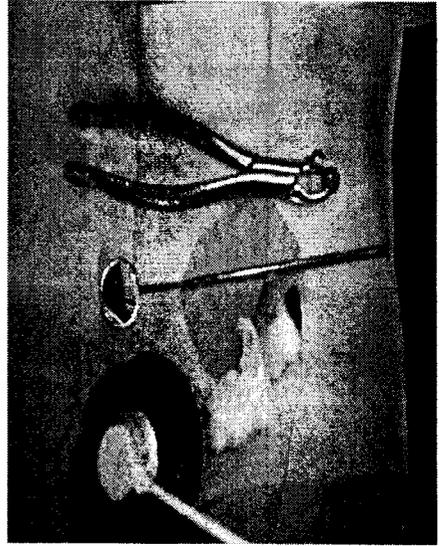
* F. D.

Foto 13. Procedimiento de exodoncia del órgano dentario



* F. D.

Foto 14. Presentación del órgano dentario extraído



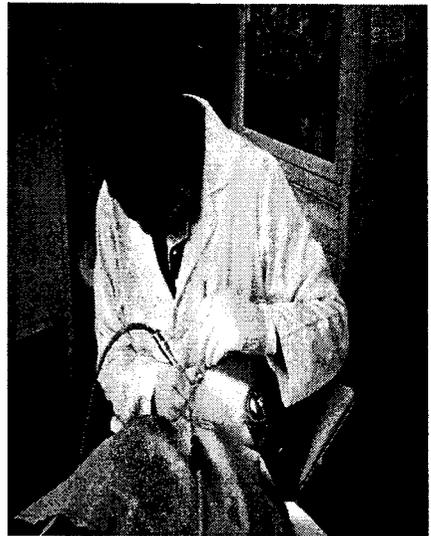
* F. D.

Foto 15. Obsérvese el agrado del paciente en el consultorio



* F. D.

Foto 16. Realización de la profilaxis, nótese el uso de los audifonos



* F. D.

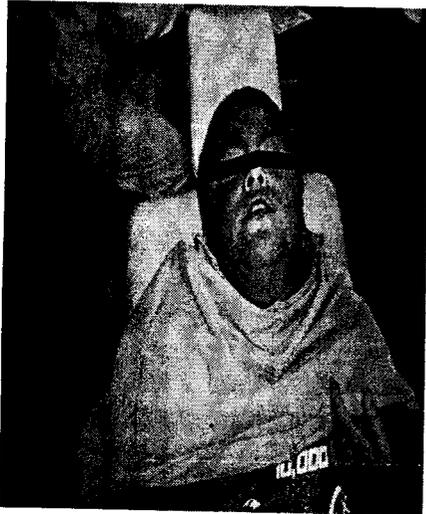
Foto 17. Paciente despidiéndose del equipo odontológico



* F. D.

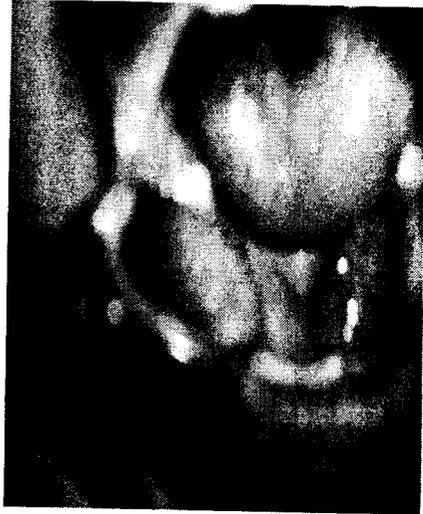
ANEXO 2

Foto 1. Tomada en la 1ª visita odontológica



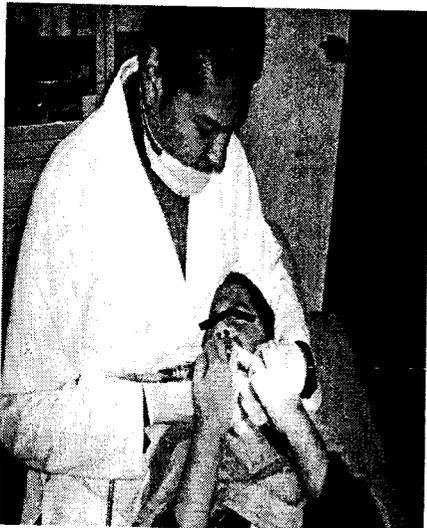
* F. D.

Foto 2. Realización de la exploración intrabucal



* F. D.

Foto 3. Nótese la resistencia al procedimiento por parte del paciente



* F. D.

Foto 4. Realización de la profilaxis con menor resistencia por parte del paciente



* F. D.

Foto 5. Nótese la sujeción gentil en el paciente



* F. D.

Foto 6. Nótese el uso del abrebocas



* F. D.

Foto 7. Nótese la eliminación de caries del órgano dentario 64



* F. D.

Foto 8. Obturación con amalgama del órgano dentario 64



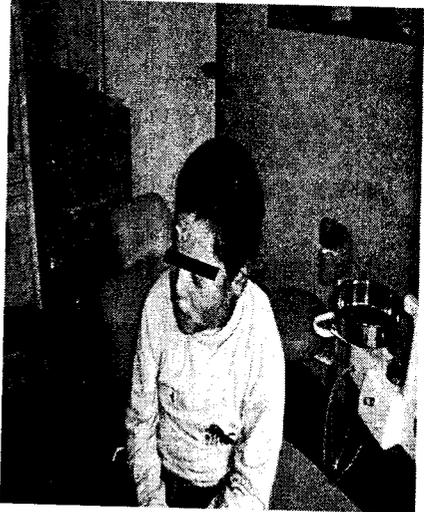
* F. D.

Foto 9. Obsérvese al paciente más tranquilo durante la profilaxis



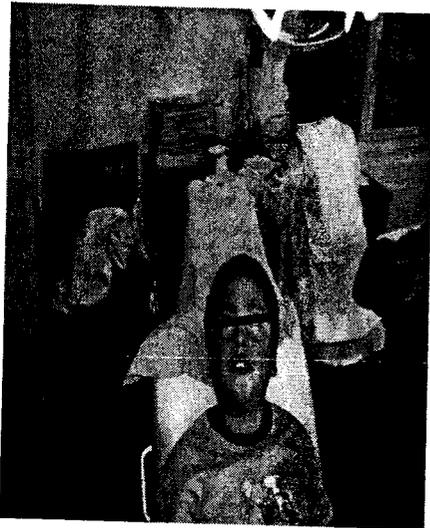
* F. D.

Foto 10. Paciente al finalizar la cita con un refuerzo positivo (estampa) en la frente



* F. D.

Foto 11. Nótese la tranquilidad del paciente antes de iniciar el procedimiento



* F. D.

Foto 12. Paciente tranquilo durante la eliminación de caries del órgano dentario 85



* F. D.

Foto 13. Obsérvese lesión cariosa del órgano dentario 75



* F. D.

Foto 14. Eliminación de la lesión cariosa del órgano dentario 75



* F. D.

Foto 15. Nótese la alegría del paciente al darle su refuerzo positivo



* F. D.

Foto 16. Paciente escogiendo su estampa al finalizar la cita



* F. D.