

870121

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



EL NIÑO AUTISTA COMO PACIENTE DENTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

PATRICIA OLIVEROS AYALA

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.	EL SINDROME AUTISTICO	1
	A) SIGNOS Y SINTOMAS	1
	1.- Trastornos de la conducta (socialización)	1
	2.- Trastornos del lenguaje	7
	3.- Trastornos de la motilidad	10
	4.- Trastornos auditivos	12
	5.- Trastornos visuales	14
	6.- Trastornos mentales	14
	- sintomatología agregada	26
	- Diagnóstico diferencial	28
CAPITULO II.	EL PACIENTE DENTAL AUTISTA	30
	A) CONSIDERACIONES MEDICAS Y ODONTOLOGICAS	30
	B) CONSIDERACIONES SOBRE CONDUCTA	41
	- Acondicionamiento clásico	42
	- Refuerzo	42
	- Encadenamiento y extinción	43
	- Control de estímulo	44
	C) PROGRAMAS PREVENTIVOS	45
	- Odontología preventiva para el disminuído	45
	- Sesiones de entrenamiento	47

- Sugerencias o modelado	48
- Relación maestra-niño	49
- Prevención selectiva	49
- Examen radiográfico	51
D) PROGRAMAS RESTAURATIVOS	51

CONCLUSIONES	53
--------------	----

BIBLIOGRAFIA	54
--------------	----

INTRODUCCION

En 1943, se describió por vez primera el autismo, un trastorno que se conoce también como psicosis de comienzo -- temprano, psicosis infantil, esquizofrenia de la niñez, así-también conocido como síndrome de Kanner. (10)

Sus características serán mencionadas en el primer - capítulo de esta tesis, ya que este síndrome constituye una-serie de factores con etiología aún no muy clara, en la que-se ven involucrados el desarrollo del niño, sus facultades - cognoscitivas, sensoriales y motoras.

Además de alteraciones en lenguaje y también de gran importancia, los problemas relacionados con conducta y socia-lización.

Desde el punto de vista odontológico analizaremos -- las medidas odontológicas que deberán tomarse en considera--ción, en esta población de pacientes que además sufren de -- hostilidad en el mundo en que se desarrollan.

El objetivo de esta sección será realizar una intro-ducción al tema en forma generalizada.

CAPITULO I

EL SINDROME AUTISTICO

CAPITULO I

EL SINDROME AUTISTICO

A) SIGNOS Y SINTOMAS.

1.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA (SOCIALIZACION).

Se describe al autismo como un síndrome que se caracteriza por un alejamiento del mundo exterior que rodea al paciente; siendo esta la sintomatología primordial, explicando de otro modo: es una falta de respuesta ante los demás (7)(10), con el fracaso concomitante en la puesta en marcha de las normales conductas de vinculación.

En la primera fase de la niñez, hay invariablemente un fracaso en la adquisición de amistades y en la participación de juegos colectivos, pero a medida que el niño - va creciendo, desarrolla una mayor conciencia del vínculo con los padres y otros familiares adultos. Algunos de los sujetos menos afectados suelen alcanzar un estadio en el - que pueden implicarse de forma pasiva en juegos colectivos o en ejercicios físicos con otros niños (carrera y otras - competencias). Sin embargo, esta aparente sociabilidad es superficial y además puede ser una fuente de confusión en el momento de establecer retrospectivamente el diagnóstico si se interpreta erróneamente como una relación social firme. (19)

Tenemos pues que en el autismo, existe un profundo retraimiento del contacto con las demás personas, un deseo obsesivo de conservar la monotonía. (11)

El niño prefiere estar solo y jugar de manera monótona cortando papeles en pedacitos pequeños o haciendo girar cosas y juguetes sin aparentar divertimento alguno. - Sus ojos no convergen, no miran las cosas, más bien parecen mirar a través de ellas, a veces se queda contemplando el espacio, o camina sin finalidad.

El niño muestra un contacto extremadamente débil - con la realidad; el mundo exterior tiene muy poco significado con él, excepto como posible origen de peligros. (15)

En estos niños las respuestas emocionales pueden ser anormales, exageradas o disminuídas, por razones difíciles de averiguar por los adultos, son esquivados y rehuídos por los otros niños y excluídos de sus grupos y actividades; tienen excesivo miedo a las situaciones no habituales, incluyendo miedo al cambio de ambiente con dificultad de adaptarse a las modificaciones incluso en casa, puede haber tendencias obsesivas cuando el niño persiste en la misma actividad o acción. El desarrollo físico e intelectual está dificultado, a menos que el niño viva en un ambiente satisfactorio en el que pueda crecer y desenvolverse.

Se tiene la impresión de que la vida interior de -

estos niños les ofrece tantos estímulos o éstos son bloqueados insuficientemente que impiden al niño poner interés en su alrededor, así también su capacidad de aprender está reducida (15).

A menudo estos niños sufren de una falta absoluta de independencia, no se visten ni comen por sí solos, -- siempre son ayudados por los demás y tienen a sus familiares constantemente ocupados. Los familiares cooperan con esta conducta y aprenden a entender los gestos, deseos y sonidos inarticulados del pequeño y satisfacer sus deseos, tan pronto como les es posible (15).

Las respuestas extrañas o inadecuadas al ambiente pueden tomar diferentes formas, puede presentarse resistencia e incluso reacciones catastróficas ante pequeños cambios ambientales (por ejemplo, el niño se puede poner a gritar si ha sido cambiado de lugar en la mesa del comedor).

A menudo existe una vinculación con objetos inanimados (por ejemplo, el niño insiste en llevar siempre encima una cuerda o tira de goma). Los comportamientos rituales pueden implicar actos motores, como dar palmadas o hacer movimientos peculiares y repetidos con las manos o consistir en una serie de secuencias fijas como prólogo para determinadas conductas (por ejemplo, hacer algo determinado antes de ir a la cama). La fascinación por el movimiento puede ejemplificarse en la mirada fija y sin perder detalle propio de las fans, con un interés excesivo.

vo por los objetos giratorios, la música de cualquier tipo puede tener un especial interés para estos niños, pueden estar extremadamente interesados en los botones, en partes del cuerpo, en jugar con el agua, o en temas repetitivos - peculiares con programas de enseñanza o datos históricos.

Las tareas basadas en el uso de la memoria a largo plazo, como recordar la letra exacta de canciones escuchadas tiempo atrás, pueden ser efectuadas con un rendimiento apreciable (19).

Aunque el retraimiento extremo y la capacidad limitada para responder a los estímulos sugieren que el niño autístico es débil mental habitualmente se encuentra que tiene una potencialidad intelectual promedio e incluso superior. La expresión facial suele ser seria y tal vez tensa, pero en casi todos los casos es notablemente inteligente. Los niños autísticos que hablan suelen tener un vocabulario extenso y una sorprendente memoria para repetir palabras sin entenderlas (3).

Algunos autores mencionan que es muy raro que un niño autista establezca relaciones con otros, física o emocionalmente. Aunque pueden formar fuertes lazos y lealtades y alcanzar cierta independencia social y financiera, les sigue faltando conocimiento social. Sin embargo conservan cierta honestidad e ingenuidad que pueden ser atractivas, es raro que una persona autista se case o forme relaciones físicas estrechas (13).

Muchos de estos niños continúan funcionando dentro de un vacío emocional y desde un punto de vista práctico, - es como si fueran débiles mentales durante toda su vida. - Algunos de ellos, gracias a una actitud permisiva y por me dio de estimulación emocional, logran alcanzar un coefi- - ciente normal de inteligencia, se vuelven capaces de atender a las personas y de aceptar y devolver afecto. Pueden- incluso participar en las actividades de un medio social, - pero a menudo siguen siendo "peculiares". (3)

En contraste presentan habilidades motoras y de -- otro tipo superiores a lo que sería de esperarse de una -- persona con retardo mental. Unos cuantos adquieren gradual mente cierto lenguaje y muestran entonces ciertos talentos excepcionales como la habilidad matemática, retienen todas estas características al llegar a la vida adulta. No más - de 1 en 30 muestra haber logrado cierto progreso (6).

Su aislamiento autístico e impenetrable excluye -- cualquier cosa que llegue al niño proveniente del exterior. Si intenta formar frases, durante mucho tiempo suelen ser, en su mayor parte, combinaciones de palabras que repite co mo perico porque las ha oído, habitualmente mucho tiempo - antes. Suele referirse a sí mismo con la palabra "tú" y a la persona a quien le habla con la palabra "yo" (3).

Es emocionalmente frío y no muestra respuesta emo- tiva a los estímulos o al ambiente. A menudo muestra torpe za motora, manierismos, espasmos habituales, y su voz puede

tener una calidad mecánica desatinada. Cuando crece, los caracteres clínicos de la esquizofrenia del adulto pueden hacerse aparentes (3).

El niño emplea sus síntomas neuróticos como una defensa contra el stress ambiental o como un escape para los conflictos emocionales. Usualmente no hay evidencia de daño cerebral actual o que pueda inferir por los antecedentes -- del nacimiento o de su infancia. La hiperactividad, las repeticiones estereotipadas y los movimientos de tics involuntarios abruptos y sin objeto tienden a ocurrir en los niños mayores de este tipo.

Hasta aquí hemos querido dar una idea de los signos producidos por el trastorno al mecanismo psicopatológico. - Aunque más bien se debería de considerar como un trastorno de la percepción social, análogo a las dificultades de percepción a un nivel sensorial-motor, pero más complicado. Se ha propuesto la posibilidad de que exista, junto a una capacidad intelectual, un síndrome de incapacidad afectiva (3).

La naturaleza psicótica de la enfermedad se vuelve aparente antes de que termina el primer año de vida y nunca hace su aparición después del segundo año.

Es raro encontrar un niño autista dentro de la misma familia, la incidencia de complicaciones prenatales y perinatales es probablemente superior en el grupo autista que

en los testigos. Durante los primeros años suelen seguirse dos cursos de desarrollo: un grupo de niños autistas se -- muestra normal hasta los 18-26 meses de edad para comenzar entonces a dar muestras de regresión a menudo en asocia- - ción con un trauma emocional o físico, el otro tipo de niño ya a una edad temprana, aparenta ser raro en el sentido de que tiene un nivel reducido de actividad o su llanto es escaso y aparece contento de que le dejen solo. (11)

2.- TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

La relación del niño con su ambiente ha sido estudiada y se encuentra en ellos una desorientación global -- por dificultades perceptivas. Estas consisten en organización deficitaria de los estímulos sensoriales en forma de "modelos". (17)

Estos estímulos los perciben vagos y difusos, y pa ra su orientación, utilizan más los receptores próximos co mo el tacto, que los receptores de estímulos mediatos como la audición y la visión. La audición es excluída y cuando hablan no utilizan el autocontrol auditivo. (15)

Estos trastornos del lenguaje suelen consistir en ausencia completa del habla, fracaso de comunicación me- - diante señalamiento o ecolalia (repetición de palabras o - frases fuera del contexto social). Cuando el habla aparece atonal, el uso de los pronombres y los verbos es muy redu-

cido, y existe ausencia total de comprensión del humor. Las habilidades mecánicas del lenguaje, como la lectura, algunos imitan muy bien los sonidos de los animales y ruidos ambientales, les gusta la música y cantan afinadamente pero - sin pronunciar palabras. Este tipo de niños tiene una articulación incorrecta.

Las pruebas mentales acostumbran dar valores normales o incluso superiores aunque a veces el retraso de la palabra conduce forzosamente a un estado de confusión intelectual por falta de estímulos lingüísticos necesarios para un desarrollo normal. La expresión de estos niños es por signos o mímica.

Cuando empiezan a hablar lo hacen en segunda persona al contrario del niño normal que lo hace en tercera persona. Suelen referirse a sí mismos con la palabra "yo".

Suelen tener vocabulario extenso y una sorprendente memoria para repetir palabras sin entenderlas. Dificultad - para utilizar términos abstractos, lenguaje metafórico (expresiones cuyo uso es idiosincrásico y cuyo significado no está claro), entonación anormal en el lenguaje como por -- ejemplo, elevación del tono al final de una frase.

A menudo no hay una apropiada comunicación no verbal, por ejemplo en las expresiones y gestos faciales socialmente adecuados, son a veces desarrollados fuera de to-

da proporción con respecto a la expresión verbal espontánea y el paciente se entrega a ellas de forma obsesiva.

El habla autista difiere cualitativamente del habla de los niños subnormales de la misma edad mental, en que -- los niños subnormales dentro de los límites de su escaso vocabulario, lo usan normalmente en un sentido lingüístico, -- mientras que los niños autistas no logran formar frases ni para organizar su lenguaje ni para organizar sus recuerdos, estos niños son tardos en adquirir la palabra o paran de hablar dos o tres años después de que empezaron a hacerlo.

Esto último es un síntoma valioso para el diagnóstico de Psicosis infantil. Recordemos no obstante, que hay algunos niños que cesan de hablar cuando nace un hermanito o cuando son ridiculizados a causa de su dislalia fisiológica.

Otras características de estos niños son mudez aparente indeliberada. El niño comprende la palabra de los demás, pero debido a su no cooperación a su problema de conducta o a su psicosis es incapaz o no quiere responder a -- las preguntas o tiene poco interés en comunicarse con ellos (15).

Si el desarrollo emocional no progresa armónicamente interfiere el desarrollo de la palabra. Puede haber poco o ningún deseo de establecer comunicación oral con los demás o una extrema timidez.

No siempre la inteligencia, tal como aparece en los tests mentales practicados, indica una relación con el mutismo, ni mucho menos con el pronóstico. La voluntad y el deseo de expresarse influye mucho en ellos. Muchos niños no quieren hablar y se refugian en el silencio, cuando se dan cuenta de su capacidad para comunicarse con los demás es insuficiente o cuando se ven obligados a repetir innecesariamente lo que intentan decir.

El trastorno de la palabra puede ser sólo una parte del trastorno emocional general, la palabra normal surge a períodos intermitentes, cuando hay una regresión de la inhibición. La timidez, el desgano o el miedo de hablar son explicados por caracteres heredados.

Creemos que no es la falta de atención lo que conduce a este estado, sino que la causa es una mielinización retardada de las vías nerviosas motoras y asociativas, la mielinización se presenta más pronto en las niñas que en los niños, lo que justifica la preponderancia de las niñas para hablar más pronto. (15)

3.- LOS TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD:

Este tipo de trastorno nos da un contraste a lo que sería de esperarse de una persona con retardo mental, las -

cuales se caracterizan por una pasividad no repetitiva de movimientos manifestados, a veces puede haber hábitos motores-nerviosos peculiares, como arrancarse el pelo, morderse o --golpear distintas partes del cuerpo. Comportamientos rituales como dar palmadas o hacer movimientos peculiares y repetidos con las manos o consistir en una serie de secuencias -fijas como prólogo para determinadas conductas (por ejemplo, hacer algo determinado antes de ir a la cama).

"Formas características motoras que son graciosas y delicadas, casi como los de un pájaro, de manera que parecen más bien deslizarse que caminar". (4)

"La impresión que se tiene al tocarlo es ligera y delicada y cuando se sostiene a estos niños en el regazo, proporcionan una sensación frágil y fugitiva, se adaptan fácilmente a la configuración de la persona que los sostiene, y -dan la sensación como de fundirse con el cuerpo de quien las acoge, o de evaporarse en el aire".

Estos niños con frecuencia conservan moldes de comportamiento motor infantil, por ejemplo, haciéndolos dar una vuelta mientras el examinador pone una mano en la cabeza del niño. (2) Este conserva el movimiento como un trompo. En otras ocasiones ya ha sido descrito que el niño no continuó -el movimiento giratorio, pero tuvo que "desenrollarse" así mismo dando vueltas en sentido contrario, tantas veces como las que había dado en el sentido de la dirección original. - (1) Los tics son comunes voluntarios o involunta-

rios (abruptos y sin objeto tienden a ocurrir en niños mayores). Movimientos repetitivos, estereotipados, sin un fin de terminado, vivos (correr, saltar), movimientos bruscos de la cabeza, aleteo de las manos, andar de puntillas, giros y balanceos, también son comunes, es incansable y posee una intensa actividad.

A veces son ellos mismos que giran, dan vueltas a la mesa, abren y cierran repetidamente las puertas o se balancean durante mucho rato con un solo objeto y la manera de utilizarlo no es para lo que está destinado. Por lo general la actividad motora es habilidosa y en consecuencia este --- ejercicio continuado produce un fuerte desarrollo muscular.-(4)

4.- TRASTORNOS AUDITIVOS.

Mencionábamos anteriormente que los estímulos eran - percibidos de una manera vaga y difusa, utilizando para su - orientación, los receptores de estímulos mediatos como la au dición.

Trataremos de dar un aislamiento de este tipo de -- trastorno, aunque no existan pruebas contundentes que nos -- den una clarividencia sobre los efectos auditivos, y así, po ner en este punto un nombre de alteración de tipo síndrome - auditivo.

Mencionaremos los efectos auditivos y los posibles -

orígenes de ellos. La audición es excluida y cuando hablan no utilizan el auto control auditivo (15). Alteraciones de las reactividades fisiológicas (ausencia de puntas lentas-frontocentrales a la estimulación acústica).

Existe una frecuente hipersensibilidad al ruido -- que produce sonidos y reacciones muy rápidamente a impresiones acústicas, pero a veces su conducta es como si estuviera sordo.

En 1963 fue investigada en 23 niños la audición y se encontró que en ésta, para tonos puros es correcta, en cambio la audiometría verbal da unos umbrales más bajos -- que lo normal, a veces se nos sospecharía sordera si no fuera por la atención que ponen a la música (15)(17).

Se ha publicado que si se mide durante el sueño -- REM, la amplitud de respuesta electroencefalográfica provocada por un estímulo auditivo, y se hace promedio de dicha amplitud, se encuentra en niños autistas cifras significativamente mayores que las que se encuentran en niños sanos (3)(14).

Las respuestas a los sonidos son impredecibles o -- una sensibilidad aumentada al ruido, o una sensibilidad -- disminuída a los ruidos fuertes.

5.- TRASTORNOS VISUALES.

Hemos querido darle una tonalidad de trastorno a la pérdida de función visual, aunque esta pérdida de visualización, no sea más que en un sentido abstracto.

La diferenciación entre la visión de un niño normal y un niño autista estriba en que el estímulo visual no crea ningún tipo de reacción ni alteraciones de ningún orden. No hay interés visual en el niño autista al contrario de un niño sano.

Las madres de estos niños se quejan de que "mi hijo ve a través de mí como si yo fuera transparente; no me mira" (3).

Evitan el contacto visual y no miran a la persona - que les habla, sus ojos no convergen, a veces se queda contemplando el espacio (15).

6.- TRASTORNOS MENTALES.

Al llegar a este punto es de suma importancia el establecer una clara y somática diferencia en el daño cerebral y aclarar si en todos los casos de autismo existe una baja de coeficiente intelectual y si esta baja se comprende dentro de los límites de la esquizofrenia.

Antes de adentrarnos a lo que sería en sí los daños cerebro autista, citaremos primeramente la etapa del desarrollo donde se origina esta alteración:

- A) Primera etapa: confianza vs. desconfianza.
- B) Segunda etapa: autonomía vs. vergüenza.
- C) Tercera etapa: iniciativa vs. culpa.
- D) Cuarta etapa: laboriosidad vs. inferioridad.
- E) Quinta etapa: identidad vs. dispersión (20).

Esta alteración se encuentra situada figurativamente en la etapa primera, pero reconocida y observable en la segunda y tercera etapa, trataremos de ser un poco más amplios en este aspecto al dar una explicación apropiada.

La primera crisis: confianza vs desconfianza, se -- presenta básicamente durante el primer año de vida en el -- cual los intereses primordiales del niño son orales y senso riales cutáneos, siendo su modalidad orgánica de tipo incor porativo.

Su desarrollo depende en gran parte de los cuidados maternos que proporcionan la unión simbiótica madre-hijo- y la confianza derivada de experiencias de satisfacción de- sus necesidades básicas, sobre todo alimentación puede ini- ciarse la separación entre el yo y el no yo con un desarro- llo sensorio perceptivo adecuado y la aceptación de la unidad - interdependiente con la madre; esta solución favorable tie- ne como perspectivas vitalidad y esperanza, bases para un -

desarrollo normal.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo en el primer semestre de vida del niño, percibe los estímulos sensoriales, táctiles; en el segundo semestre los objetos le llaman la atención por su brillo, por su sonido y trata de manipularlos (intereses sensorio-motrices), sus sentidos se van diferenciando siendo primero el del gusto, pues a través de su boca establece los primeros contactos físicos y psíquicos, satisface sus necesidades de alimento y se relaciona con la figura más significativa, su madre.

Poco después ocurren importantes progresos motrices: sostiene la cabeza, se sienta solo, se establece la relación óculo-manual, y luego gatea y empieza la bipedestación, poco antes de la de ambulación.

El lenguaje para el llanto al balbuceo y la risa y más tarde a la emisión de sílabas y de algunas palabras.

El desarrollo afectivo es reducido por su dependencia total con la madre a la que está ligada emocionalmente por empatía (sintonía afectivo-emocional con la otra persona).

Los conflictos en esta etapa y el establecimiento de desconfianza son el resultado de la insatisfacción de sus necesidades o la ruptura de la unidad con la madre, co

mo ocurre cuando ella es rechazante, cuando hay separación definitiva de ésta, hospitalismo o fallas en la comunicación y la relación, estas situaciones pueden causar despersión y duda, con desconfianza y temor hacia el futuro. -- Aquí es donde se sitúa la causa como un traumatismo emocional ocurrido en las épocas de desarrollo de la palabra. No obstante parece ocurrir cuando la personalidad del niño es tá predispuesta (15)

Importa subrayar que los errores de la madre en la atención, cuidados, alimentación, higiene y hábitos corporales, manejo de impulsos, cuidado del sueño, etc., son me nos importantes que la devoción y calidad esencial de su - relación con el niño, básicas para, tener fé en sí misma y en su hijo. (20)

Aquí la causa psíquica puede ser un efecto funcional inhibitorio, miedo, conflictos o choques emocionales, - negativismo, formas exhibicionistas tendientes a conseguir el cariño y la atención de sus familiares, sobreprotección o descuido materno (4).

Segunda etapa: Edad de la niñez temprana, de uno a tres años, en la que los intereses son principalmente -- musculares y la modalidad orgánica es retentiva y eliminatória. La crisis psicosocial que ocurre es autonomía vs. - vergüenza. El desarrollo normal permite al niño la autoa-- firmación y el autocontrol en estrecha cooperación con su mundo, el binomio madre-hijo se discrimina en entidades se

paradas, la adecuada evolución permite el establecimiento - del orden, con autocontrol y fuerza de voluntad.

En esta etapa acontecen grandes adelantos en la esfera sensorio-motora, ya camina y con ello amplía su percepción del mundo, aún sin poder analizar los detalles pues su inteligencia es de tipo sincrético y empírico, confunde las imágenes objetivas y subjetivas y domina el pensamiento pre lógico, es además una etapa muy relacionada con el desarrollo muscular y en particular con el control de esfínteres.

Cuando existen elementos de conflicto como la duda y la vergüenza, a veces provocada por los padres, con preocupación de la propia identidad, puede ocurrir aislamiento, desconexión del mundo exterior, con ensimismamiento en el propio, lo que en grados extremos constituye el autismo (estado psicopatológico caracterizado por la tendencia a desinteresarse por el mundo exterior) o bien surgen problemas de dependencia o suspicacia.

Hacia el final de los tres años empieza a aparecer la inteligencia reflexiva, con ciertas características de inventiva. El lenguaje progresa notablemente desde el segundo año de edad, aumenta con rapidez el número de palabras que utiliza, hasta alcanzar un conjunto que le permite comunicarse en cualquier situación, formando el pensamiento y su expresión una unidad (bivalencia destruída por el autismo) (4) es decir, piensa y se expresa por palabras, sus intereses glósicos, predominantes, le permiten gozar y sentir gran satisfacción al hablar ya que este medio de comunicación le hace ampliar su mundo, del que él se siente figura-

central (figura conservada durante el autismo) (4). En la esfera afectivo-emocional empieza a formarse la conciencia moral, a través de las actitudes de autoridad racional de los padres. Sin embargo, el niño impulsado por sus tendencias autoafirmativas puede entrar en conflicto al enfrentarse a una autoridad paterna limitante, y como consecuencia, su actitud hacia ellos podrá teñirse de hostilidad más o menos intensa generada por la frustración de sus tendencias expansivas (20).

Se establecen dualidades: cooperación u oposicionismo, espontaneidad o inhibición, amor u odio. El niño es capaz de aprender sus posibilidades y limitaciones ante los factores culturales y de tolerancia y prohibición; siente vergüenza por no haber contraste en comparación con los demás, lo que determina el origen del rubor o la tendencia a hacer las cosas ocultas. En esta fase el niño intensifica su deseo de ser favorecido por la madre y de ahí derivan sus sentimientos de celo y rivalidad hacia los que disputan este privilegio (20).

Tercera etapa: Es la edad del juego, va de los tres a los cinco años o más. En ella los intereses fundamentales son lúdicos, locomotores o sensoriomotrices y hay una actitud intrusoria hacia el mundo cuando el niño ingresa a la escuela en esta época. El desarrollo de nuevas relaciones interpersonales con otros niños y los maestros, fuera del seno familiar es de gran importancia. En esta etapa se establece la tercera crisis psicosocial; iniciativa vs. culpa. En condiciones normales es capaz de iniciar el ensayo de los roles (papeles), y las identidades a través del juego, lo que le permite establecer un mejor conocimiento de sí. (20)

Más adelante el pensamiento mágico, preológico, derivado de su fantasía, empieza a ceder a los pensamientos de la lógica, el principio de la casualidad, de la contradicción y el de identidad, la distinción entre lo real y lo aparente, empiezan a dominar el pensamiento del niño y también adquiere las primeras nociones de tiempo y cantidad.

Advierte la jerarquía de las edades, si satisface -- sus necesidades integra un prototipo en el que conjuga dirección y propósito de sus actividades (20).

En función de esto, y su necesidad de aceptación el niño puede aceptar más racionalmente la autoridad de sus padres identificándose en forma particular con la figura del mismo sexo (en el autismo los padres son figuras intercambiables) (15). Esto le permite incorporar rasgos, normas, prohibiciones y metas paternas y resolver su conflicto con la autoridad, si el padre es accesible y representa un modelo de identificación adecuada.

Así el niño progresa en su camino hacia la autonomía respaldado por la seguridad de sentirse querido y aceptado.

En sentido negativo, cuando se le hace sentirse culpable, se establece una identidad negativa (soy lo que no debiera ser), que lo puede orillar a desinterés en las personas, a que se dirija a quien no debe, al desaliento en la iniciativa, sobre todo cuando se le educa a través de un no-universal.

El autoritarismo y la imposición pueden condicionar sus conductas antisociales, de pasividad o de aislamiento - que interfieren con un desarrollo sano (4).

Cuarta etapa: La crisis psicosocial que ocurre en la edad escolar, de los 5 a los 12 años, es la laboriosidad vs. inferioridad.

Es una etapa de menos fantasías, de aprendizaje y colaboración con los demás, en la que puede sacrificar intereses personales, aunque desarrolle su sentido de propiedad; desea hacer tareas particularmente competitivas con un sentido de cumplimiento y satisfacción al terminarlas, ya con una mayor estabilidad en la esfera afectiva es posible un notable desarrollo en el terreno intelectual y social. Esta es una etapa de adquisición de conocimiento, destrezas y capacidades.

El pensamiento lógico y abstracto progresa más y el niño es capaz de encontrar, nuevas relaciones de sentido entre los objetos a través de propiedades substanciales y no sólo de características sensoriales (posición intercambiada en la alteración autista). (15)

La comprensión de magnitudes que no se pueden apreciar por los sentidos y la ordenación temporal progresan notablemente. Su principal afán lo constituye el deseo de saber tanto en el aspecto cognoscitivo como en el moral, en tal forma que lo malo y lo bueno ya están determinados por

el rechazo o aceptación de las figuras significativas, sino que su crítica adquiere un sentido propio y personal. Aquí acaba por afirmarse la separación con la madre y se inicia el alejamiento de la familia; se amplía más su mundo: (en el autismo se cierra y se concentra en un yo egoísta y reconcentrado)(11); se hace más notoria la diferenciación con el sexo opuesto en cuanto a las distintas características personales e inclinaciones. El niño establece el sentido del deber y obligaciones, desarrolla capacidades y acepta las diferencias individuales (20).

Situaciones no satisfactorias, conflictivas pueden provocar una sensación de inferioridad, con retraimiento y actitudes de dependencia, envidia y hostilidad y resentimientos hacia compañeros y adultos significativos, desconfianza en las propias capacidades, parálisis en el trabajo e improductividad importante, sobre todo si hay deficiente compensación de las frustraciones actuales o de etapas anteriores.

Quinta etapa: Esta etapa no se considera de valor dentro de esta alteración pues se presenta después de los 13 años, edad en la cual el autismo no presenta manifestaciones.

Una vez situada la formación por etapas de la enfermedad, no considerando ésta como una patología, sino condicionada por factores ambientales, poco a poco daremos una concepción de la subnormalidad mental hacia todos los tipos de tendencia heredo-biológicas y circunstanciales.

Antes de ahondar más en este aspecto trataré de formar una idea, sobre el concepto de subnormalidad mental. Diversos términos se han usado para designar la condición de los sujetos que tienen promedio de la población: oligofrenia, retraso mental, niños de lento aprendizaje, etc., estrictamente hablando el "retraso mental" no es una enfermedad sino sólo un síntoma o, cuando más, la expresión de un bajo nivel del funcionamiento intelectual, por lo que no existe una definición satisfactoria y se aceptan estas denominaciones como conceptos fundamentalmente descriptivos (20).

Ahora analizaremos todos los datos que diversos autores nos dan acerca de si existe retraso mental en el autismo y referencias acerca de este tipo de retraso.

- Capacidad de aprender está reducida (apatía).
- La expresión de la cara no es de imbecilidad sino de inteligencia (15).
- El retraso de la palabra conduce forzosamente a un estado de confusión intelectual por falta de estímulos lingüísticos necesarios para un desarrollo mental normal (15).
- Disociación intelectual con conservación de la memoria.
- Gran dispersión en los resultados de los tests mentales con resultados incluso superiores a los normales (15).
- Presentan habilidades motoras y de otro tipo, superiores a lo que sería de esperarse de una persona con retraso mental (6).
- Alrededor de un 40% de los niños que sufren este trastorno tienen un CI por debajo de 50 y solamen-

- te el 30% tienen un CI de 70 o más. (3)
- Pensamiento dereísta, mágico, paralógico o preológico (4).
 - Buen potencial cognoscitivo (13).

Tenemos una gran variedad de opiniones al respecto de la actividad mental del niño autista, pero todas tienden a darnos un aspecto en común. El grado de variabilidad depende de los elementos que rodean a este tipo de niños: -padres, ambiente, instituciones, etc. pues los estímulos -provenientes de estas fuentes son en diversos grados aceptados o rechazados y dependiendo del grado de captación de estos, dependerá el análisis del estado mental.

Si el bebé tiene poca atención y recibe pocos estímulos, el autismo se agrava por la falta de éstos, pues en un término psiquiátrico ya se considera retraso mental el de una persona con escaso o nulo conocimiento sin atender a ninguna patología.

Ahora que el autismo, que es de por sí un ensimismamiento, le aumentamos la falta de atención y falta de -- control periódico a cada una de sus acciones, más la pérdida intelectual paulatina y tal vez de tipo crónico irreversible. A esta pérdida intelectual se le puede agregar en la edad adulta los síntomas de la esquizofrenia con crisis convulsivas de tipo epiléptico.

En este punto es importante mencionar que algunos-

autores lo considerarán como un defecto orgánico en el desarrollo del cerebro (16) no se ha descubierto ninguna anormalidad bioquímica. El volumen cerebral se aprecia normal en los estudios de contraste y el examen microscópico, pero son pocos -- estudios histopatológicos detallados que se han efectuado. -- Los estudios neuromogalográficos muestran que muchos niños con rasgos de autismo tienen lesiones atróficas en la porción medial del lóbulo temporal izquierdo. Este hallazgo va de acuerdo con nuestro conocimiento del papel de esta región como mediadora del lenguaje y de las funciones afectivas, motivacionales y del comportamiento social en el hombre.

También va de acuerdo con el hallazgo de que más del 30% de los niños con autismo presentan a la larga epilepsia del lóbulo temporal (16).

Puede estar asociado a causas orgánicas como la rubeola materna o la fenilcetonuria. La neuromogalografía ha revelado la atrofia cerebral especialmente en el lado izquierdo.

El E.E.G. puede mostrar un trazado normal pero también es posible ser alteraciones que traducen su trastorno. Así pueden observarse:

- Ritmos desincronizados.
- Alteraciones de las reactividades fisiológicas (ausencia a la estimulación acústica).
- Incapacidad de condicionamiento a un estímulo (excepto la luz que produce una desincronización al ritmo alfa). (15)

Los exámenes psiquiátricos y psicológicos en niños - que no hablan, para descubrir y evaluar un estado emocional, es ciertamente una tarea difícil. Estas dificultades son todavía mayores, si se trata de un posible retraso mental.

En sus dibujos se observa una alteración de las relaciones espaciales, partes del cuerpo alargadas o ausentes, - énfasis excesivo en las extremidades, tendencia a dibujar movimientos espirales. Estos dibujos pueden revelar la manera como el niño se concibe a sí mismo y en relación entre sí y el mundo exterior (15).

En un análisis psicológico de estos dibujos encontramos pérdida de las relaciones sociales, alteración de relaciones espaciales, deficiencia de los órganos para comunicarse en el alargamiento o ausencia de partes del cuerpo. El laberinto mental y la llamada posible de auxilio tal vez única expresión preconcebida de un niño autista, el dibujo espiral.

SINTOMATOLOGIA AGREGADA

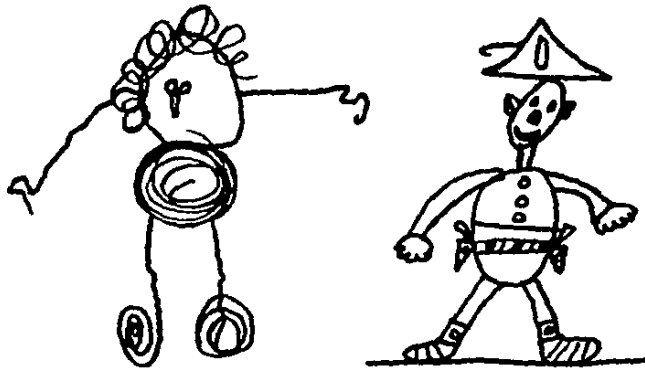
Han sido descritos trastornos del funcionamiento autónomo: palidez, enrojecimiento, fácil sudoración, cianosis de las extremidades, frío, reacción a las infecciones graves sin fiebre o con poca elevación de la temperatura o por el contrario reaccionar con elevaciones febriles excesivas a infecciones discretas; alteraciones del ritmo del sueño y de la alimentación y graves anorexias.

El estado de ánimo acostumbra ser lábil: puede aparecer un llanto inexplicable o inconsolable o una risa tonta, sin causa aparente.

A menudo existe una infra o sobrecreatividad a los estímulos sensoriales, como la luz, el dolor o los sonidos, los peligros reales, como los vehículos en movimiento y las alturas, pueden o no ser apreciados adecuadamente (4).

Para hacer el diagnóstico del autismo, es necesario tomar una historia muy cuidadosa del niño, explorando especialmente la época durante el embarazo, el parto, la evolución perinatal y los primeros años de vida. La historia familiar puede ser útil para descartar ciertos trastornos de naturaleza genética como la galactosemia producida por una falta de glucosa / fosfato de hidrogenasa (15) (glucosa inexistente en la esquizofrenia).

La consulta con psicólogos, psiquiatras, neurólogos, tonoaudiólogos y otros suele ser necesaria. Con la historia, examen físico y consultas es relativamente fácil eliminar la mayoría de los otros diagnósticos anotados más abajo. La distinción entre autismo y retraso mental, sin embargo, puede resultar imposible, sobre todo en niños con Coeficiente Intelectual en el nivel grave o profundo del retraso mental. Esta distinción debe intentarse de todas maneras, aunque actualmente la mayoría de los médicos estaría de acuerdo en el enfoque del manejo de cada uno de estos trastornos, con excepción de quienes creen que una terapia medicamentosa específica, es útil para el autismo en la niñez.



DIBUJO DE UN NIÑO ESQUIZOFRENICO Y UN NIÑO NORMAL - AMBOS DE DIEZ AÑOS DE EDAD (15).

CAPITULO II

EL PACIENTE DENTAL AUTISTA

CAPITULO II

EL PACIENTE DENTAL AUTISTA

A) CONSIDERACIONES MEDICAS Y ODONTOLÓGICAS.

Para hacer el diagnóstico del autismo, es necesario - tomar una historia muy cuidadosa del niño, explorando espe- - cialmente la época durante el embarazo, el parto, la evolu- - ción perinatal y los primeros años de vida. La historia fami- - liar puede ser útil para descartar ciertos trastornos de natu- - raleza genética como la galactosemia producida por una falta- - de glucosa/fosfato de hidrogenasa (15) (glucosa inexistente - en la esquizofrenia).

La consulta con psicólogos, psiquiatras neurólogos, - fonoaudiólogos y otros, suele ser necesaria. Con la historia, - examen físico y consultas, es relativamente fácil eliminar la - mayoría de los otros diagnósticos anotados más abajo, la dis- - tinción entre autismo y retardo mental, sin embargo, puede re- - sultar imposible, sobre todo en niños con Coeficiente Intelec- - tual en el nivel grave, profundo del retardo mental. Esta dis- - tinción debe intentarse de todas maneras, aunque actualment- - la mayoría de los médicos estarían de acuerdo en el enfoque - del manejo de cada uno de estos trastornos, con excepción de- - quienes creen que una terapia medicamentosa específica es -- útil para el autismo en la niñez.

Diagnóstico diferencial:

I. Retardo Mental

- a) Trastornos genéticos
- b) Trastornos endócrinos y metabólicos
- c) Encefalopatías
- d) Infecciones del sistema nervioso
- e) Daño cerebral estructural

- 1.- Trastornos convulsivos
- 2.- Parálisis cerebral
- 3.- Neoplasmas

II. Trastornos receptivos o expresivos

- a) Problemas auditivos
- b) Problemas visuales
- c) Sensorio mezclado
- d) Apraxias
- e) Afasias
- f) Agnosias

III. Trastornos psiquiátricos

- a) Psicosis
- b) Mutismo electivo
- c) Trastornos de los niños normales

En la serie de pacientes investigados había una predominancia de varones de 4 a 1 en la proporción de nacimientos. (10) La mayoría de los otros grupos ubicaría la proporción --

similarmente 3-1 y 4-1 en una familia de dos hijos. Los niños autistas suelen ser los primogénitos, pero cuando hay muchos hermanos la tendencia es que el niño autista nazca en la segunda mitad de la familia (13).

La prevalencia del autismo se calcula entre el 2 y el 5 por 10,000 de población. El estudio de Wong de un pueblo de Middlesex, Inglaterra, muestra una prevalencia de 45 por 10,000 para un grupo donde el diagnóstico es equívoco, la prevalencia es de 2 por 10,000, el autismo no es entonces un trastorno común cuando se le compara con las cantidades de retardados mentales, pero sí lo es al compararlo con trastornos menos comunes, como la ceguera y la sordera.

El cuidado del niño autista es multidisciplinario y debe seguir siendo así debido a la complejidad del trastorno. Hay dos formas principales de terapia actualmente en uso: la farmacoterapia y la psicoterapia (13).

El uso de drogas para tratar niños autistas sigue siendo motivo de controversia. Quizá la terapia más frecuentemente aconsejada sea megavitaminas, siendo Rimland un fuerte prepotente de su uso, pero hasta que estudios adecuados confirmen sus impresiones, el valor de grandes dosis de vitaminas permanece dudoso, al estar explorando el uso de la medicación para este trastorno se observó que muchos grupos de drogas, cuya lista presentamos, pero solamente se usan en pequeños grupos de niños autistas, lo que hace difícil sacar -

conclusiones válidas sobre eficacia.

Farmacoterapia del autismo en la niñez:

I. Neurolépticos

- a) Flufenazina.
Trifluoperazina.
Clorpromacina.
Tioridacina.
Pertenazina.

- b) Butirofenonas
Haloperidos

- c) Tixantenos
Tiotixeno

- d) Indoles
Molindone

II. Antidepresores

- a) Tricíclicos.
Imipramina
Nortriptilina.

- b) Litio.

III. Estimulantes cerebrales

- Metilfenidato
Anfetaminas
Pemolina

IV. Sedantes hipnóticos

- a) Barbitúricos.
- b) Diacepam
- c) Clordiazapoxida

V. Anticonvulsionantes.

- a) Dilantina.
- b) Pirimidona.
- c) Barbitúricos.
- d) Etosuximida
- e) Trimetadiona.
- f) Acetazolamida.

VI. Megavitaminas.

- a) Niacina.
- b) B6 (grupo piridoxina).
- c) Acido pantoténico
- d) Acido ascórbico.

VIII. Miscelanea.

- a) Hormonas
1-tiroides.
- b) L-dopa.
- c) Antihistaminas.
1-Difenhidramina.

Inicialmente estos niños fueron tratados en la forma

convencional sin éxito, no obstante, la modificación de la conducta, que es otra forma de psicoterapia, es actualmente la técnica más útil para ayudar a los niños autistas. Es un instrumento en el cual todos los profesionales deben estar familiarizados (13) y se nos ofrece una aplicación de este método enseñando a los niños autistas no verbales a comunicación mediante el lenguaje de los signos. (18)

Desde el punto de vista logopédico se debe favorecer la vocalización, el logopeda empleará un nivel de lenguaje comprensible para el niño. Poco a poco se irán introduciendo nuevas palabras y frases, de modo que llamen la atención del niño, motivando el aprendizaje. Será también misión del logopeda corregir su visión anormal de su propio cuerpo y familiarizar al niño con las partes del mismo.

Si es posible es preferible tener al niño en casa y no internado en una institución (15).

La audiometría verbal desempeña un cometido importante a la hora de evaluar el efecto disminuyente de un deterioro auditivo.

Así ocurre sobre todo cuando se utiliza para medir el dimiento de un sujeto al serle presentado señales verbales en formas variadas y en condiciones de escucha diferentes. Se comentan las mediciones liminares y supraliminares -

desde la perspectiva de uso tradicional.

Se ofrecen además, sugerencias para modificar estos procedimientos estándar mediante la presentación de materiales verbales a muy diversos niveles de intensidad, para modificar los mensajes verbales propiamente dichos y desarrollar enfoques diagnósticos más amplios mediante el uso de materiales concebidos para otros fines.

Se insta al audiólogo a copilar el uso de la audiometría verbal para resolver cierto número de interrogantes clínicos relativos a la medida en que percibe el habla la persona con deterioro auditivo. Se hace especial referencia a los problemas peculiares encontrados en la evaluación del niño - difícil de examinar y a las modificaciones requeridas con -- más frecuencia (6).

Una vez identificado el elemento causal, será necesario asociar a los métodos descritos una adecuada psicoterapia individual y ambiental para combatir precozmente el terreno neurótico (4)(15).

Hay relativamente pocos problemas médicos que un --- odontólogo debe considerar al tratar con un niño autista. -- Esos niños suelen ser bastante sanos, sin embargo, un porcentaje significativo tiene un trastorno convulsivo y por supuesto, la hiperplasia gingival secundaria a la medicación - anticonvulsionante puede ser entonces un problema odontológico.

El tratamiento ortodóncico de los niños autistas no debe ser prioritario hasta que pueda asegurarse una total cooperación. Como todos los niños autistas necesitan terapia foniatría, esto también debe tomarse en consideración.

Debe recordarse que una buena estética bucal debe ser importante para una persona que ya tiene múltiples estigmas.

Cuando se considera la medicación para estos niños, deben señalarse algunos puntos. Estos niños suelen ser impredecibles en sus respuestas a los depresores cerebrales de todos tipos. Esto puede ser causado por una fisiología perturbada, aún desconocida, aunque se sabe que tienen sistemas nerviosos autónomos excesivamente lábiles. Por esta razón, puede ser útil intentar varios medicamentos y dosis mientras el niño está en el hogar, para ahorrar más tiempo en el consultorio dental (13).

Una dosis de hidroxizina (atarax o vistaril) de 50-mg se da oralmente en tableta una noche antes de la cita, luego se dan 50 mg. dos horas antes de la consulta y una hora antes una nueva dosis de 50 mg., nos coloca al paciente en un estado somnoliento lo cual hace al paciente más fácil de llevar en una consulta dental (9).

Más importantes son las dificultades que impiden la buena higiene bucal: la conducta difícil del niño, la falta

de comunicación y la inteligencia disminuida son todos factores. Los hábitos alimentarios pobres son comunes y la dieta -- suele ser antitética con la buena salud bucal: el deseo per-- sistente de alimentos blandos o golosinas es frecuente. La -- dieta puede ser inadecuada y la anemia es hallazgo habitual -- en esos niños, aunque una malnutrición franca es rara. Las -- complicaciones motoras pueden dificultar la masticación y de-- glución y una pobre coordinación de la lengua impide el movi-- miento del alimento de alrededor de los dientes y las encías-- con el empaquetamiento alimentario que complica el problema -- (13).

Solamente otro medicamento puede ser sugerido como un sustituto de las hidroxinas y este la difenhidramina (Benadry) medicamento recomendado en pacientes con retraso mental o de-- sordenes mentales con hiperactividad, el cual puede ser inge-- rido en forma de elixir o cápsulas, 25 mg. en períodos de 3 ó 4 veces al día nos da un estado sedativo muy apropiado para -- nuestro papel en este tipo de enfermedad (9).

Promover una buena higiene bucal para el niño impedi-- do requiere lograr de los padres un alto grado de cooperación. Como las actividades cotidianas del niño exigen un control -- más estrecho y su conducta es menos autodirigida, las priori-- dades parentales determinan necesariamente que conductas de-- ben ser estimuladas, la preparación de los padres, especial-- mente las madres, puede exigir posiblemente un esfuerzo igual al de plasmar las respuestas del niño.

La motivación para continuar el programa de higiene --

bucal es esencial para los padres de un niño en un programa de manejo de la conducta (13).

Se ha sugerido que los niños autistas son muy sensitivos al dolor. Los estimuladores de estos dolores son ignorados. Se cree que la causa de este tipo de aumento al dolor es un incremento de las defensas al sentirse desprotegido, - y se piensa que puede haber algo así que estimula el dolor- producido por la caries.

Se puede conjeturar que si el niño fuese socialmente habilitado y quitando de esta manera el responsable de - estos dolores, las molestias por la caries disminuirían (9).

Aquí tratamos el papel que juega la psicología del niño en referencia a los dolores por caries dentales y si - este tipo de dolor en un niño autista es en realidad alto - inventado (9).

No es raro que los padres tengan sentimientos hostiles hacia los profesionistas a quienes han visto rechazar o maltratar a su hijo dejando a la familia y al profesional - frustrados y negativos. Es de esperar una comprensión empática de las dificultades que esas familias enfrentan y perteniten al odontólogo no solo corregir algunas falsas representaciones, y también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuada que cumpla las necesidades del niño autista.

Para llegar a una conclusión en lo referente a la -- anestesia general, si ésta es aplicable o no a los niños autistas, pues la anestesia general no tan solo le produce más molestias postoperatorias sino que además no deja al niño salir de su mutismo, pues no le permite el conocimiento de --- otra experiencia.

Pero no obstante lo anterior, ciertas enfermedades - presentan problemas especiales al odontólogo durante el tratamiento y los niños en esas condiciones deben ser calificados como "riesgos especiales" claramente la prevención de la enfermedad dental es de la máxima importancia en ellos, es - tan importante prevenir la enfermedad o diagnosticar problemas lo más temprano posible, que debe usarse un sistema de - controles periódicos aún cuando un padre negligente o rechazante lo dificulte (8).

Por muchas razones el tratamiento con anestesia general debe quedar limitado estrictamente a los niños en quienes no es posible un servicio adecuado con los métodos usuales, no pensamos sea en interés del paciente un tratamiento-conservador con anestesia general, en el consultorio odontológico, sino que este procedimiento debe efectuarse mejor en un hospital, perfectamente equipado y con el personal idóneo (8).

Los adelantos realizados en el campo de la anestesia intravenosa y las demandas generales de camas en las salas - de niños han llevado a muchos odontólogos en este país y en el extranjero a utilizar la anestesia general para el trata-

miento rutinario de niños impedidos. Los problemas del odontólogo giran alrededor de las dificultades puramente prácticas de tratar al paciente inconsciente (8).

B) CONSIDERACIONES SOBRE CONDUCTA

La teoría del aprendizaje social brinda varios conceptos útiles para el trabajo con niños autistas. Aunque la conducta que los niños autistas despliegan puede no ser extraña al repertorio del niño normal, es a menudo identificada con problema de conducta por su relativa frecuencia o lo inapropiado del contexto.

Al considerar el manejo de las conductas problema de los niños autistas, es esencial ubicar el punto de una perspectiva realista. La mayoría de las infinitas variaciones de conducta son aprendidas vías principios básicos de acondicionamiento. El repaso de estos principios proporciona información aplicable a la alteración de las conductas en cuestión (8).

La primera visita del niño disminuído, al consultorio odontológico es la más importante, porque es el momento en que el odontólogo y su personal pueden comunicar su capacidad e interés por aceptar al niño para su tratamiento. En realidad, no siempre es posible mantener circunstancias ideales para la visita inicial del niño disminuído. No obstante, si la recepcionista es minuciosa en la obtención de la infor

mación pertinente respecto del estado de disminución o situación médica del niño cuando llama al padre para pedir una cita, el personal del consultorio podrá prepararse para recibir al pequeño.

En el acondicionamiento operante la respuesta de la conducta del niño es seguida por un cambio en el ambiente. - Si bien el paradigma estímulo-respuesta se refiere a un reflejo, la notación respuesta seguida por estímulo, en el --- acondicionamiento operante, significa que el estímulo es contingente con la respuesta, por ejemplo la respuesta de la -- conducta original u operante de mover una llave es seguida - por el cambio ambiental de cambiar una luz que se enciende.- Las alteraciones producidas por la conducta operante tienen la capacidad de afectar su presencia. La contingencia de un estímulo que aumenta la frecuencia de la conducta es positivamente reforzadora (13).

ACONDICIONAMIENTO CLASICO

El acondicionamiento clásico o pauloviano implica el sencillo paradigma estímulo-respuesta: o cambio en el ambiente es seguido por, o conduce a, a una respuesta o conducta - individual (13).

REFUERZO

La clave al manejo de la conducta está en el efecto-

de la recompensa, la cual es contingente con la respuesta -- del individuo. Brindando una retroalimentación agradable (po sitiva), desagradable (aversiva), las personas quienes pro-- porcionan refuerzo determinan el caracter de la conducta del niño. Hay dos tipos básicos de reforzadores: sociales y no - sociales.

Ejemplos de REFORZADORES SOCIALES (los que involu--- cran personas) son las sonrisas, fruncir el ceño, elogiar, - regañar, y el afecto físico. Postres, privilegios y objetos- tangibles deseados o el retiro de éstos son reforzadores no- sociales.

Los reforzadores pueden clasificarse también como NA TURALES Y ARTIFICIALES. Recompensas naturales como el elogio y la atención son comunes en el ambiente hogareño. El refuer zo artificial no se usa generalmente en forma espontáneamen- te en situaciones de la vida real. Los comestibles, recompen sas artificiales muy eficaces, se usan para conformar una -- nueva conducta, mientras que un esfuerzo natural se usa para mantenerla. La intensidad del valor del esfuerzo para una re compensa específica es determinada individualmente. Los dul- ces son generalmente muy deseados por los niños autistas, -- quienes todavía no valoran la aprobación social (13).

ENCANTAMIENTO Y EXTINCION

Cuando varias conductas son modeladas y se mantienen exitosamente por medio del esfuerzo intermitente, se hace po

sible el encadenamiento. Este es un proceso por el cual varias conductas relacionadas se asocian en secuencia, cada respuesta es practicada, reforzada y seguida por la práctica reforzada de otra conducta.

La extinción que es una disminución gradual de la aparición de conductas a frecuencia cero, es posible. Un mecanismo eficaz es determinar el reforzador positivo que mantiene la conducta y retirarlo. La atención de otros suele ser la recompensa por la conducta indeseable y sirve para mantener su frecuencia. Ignorar al niño durante un berrinche cambia el estímulo previamente asociado con el operante y es eficaz para extinguir la conducta. La frecuencia de berrinches disminuirá firmemente, aunque puede esperarse un aumento inicial antes de la extinción completa. Una contingencia-aversiva, el castigo no es relevante a una discusión de higiene bucal en niños autistas. (13).

CONTROL DE ESTIMULO

Las características físicas del ambiente de refuerzo entran en el control del estímulo. El diseño del piso, la disposición del mobiliario y el color de las paredes, estarán todos asociados con la conducta y el refuerzo del estímulo. Los factores ambientales también guían la conducta y cualquier cambio en el ambiente altera la secuencia respuesta-esfuerzo.

Antes de iniciar un programa de manejo de la conduc-

ta el técnico establece un control de estímulo por medio del uso del refuerzo eficaz. Se enseña al niño a prestar atención, un pre-requisito para aprender una conducta nueva, y se debe establecer un contacto visual consistente.

El control de estímulo se refiere a la asociación de una guía con una forma particular de conducta reforzada (13).

C) PROGRAMAS PREVENTIVOS

Odontología preventiva para el disminuído:

El plan odontológico preventivo establecido para un niño disminuído es la consideración más importante después de completar la rehabilitación inicial. A menos que se recupere muy de cerca un tratamiento eficaz, el mejor tratamiento restaurador puede fracasar. Hay que subrayar 4 puntos:

- 1.- Padres o tutor _____ Factores de motivación.
- 2.- Dieta adecuada _____ Asesoramiento nutricional.
- 3.- Papel del paciente _____ Posibilidad de cooperación.
- 4.- Coordinación profesional _____ Examen periódico y tratamiento restaurador y preventivo.

Una vez que el técnico ha adquirido un buen conocimiento de la eficacia de las técnicas apropiadas y consistentes de refuerzo en la modificación de la conducta, puede comenzar a utilizarlas en el manejo y cuidado del paciente. Si bien la meta general en el tratamiento de los niños autistas es una buena higiene bucal y una boca sana, cada individuo tendrá necesidades únicas. La evaluación de las limitaciones físicas y mentales, nivel actual de funcionamiento, capacidad para alcanzar y mantener nuevos patrones de conducta y condiciones ambientales (que apoyen la higiene dental), deben ser pasos iniciales para comprobar las necesidades de aprendizaje. Una serie de intervenciones planeadas para cumplir los requisitos de cada paciente específico, producirán resultados positivos, promotores de salud, muy eficazmente.

El primer paso en el desarrollo de un programa de manejo es determinar la deseada prioridad de conducta. Centrarse en unas pocas áreas de prioridad produce resultados más satisfactorios que un plan demasiado ambicioso para mejorar o desarrollar muchas conductas simultáneamente (9).

Un cepillado dentario independiente, adecuado, podría elegirse como meta. El progreso satisfactorio hacia el logro de la prioridad se moderaría si también se estuvieran modificando conductas del control de esfínteres, alimentación y autoestimuladora.

Elegir unas pocas metas bien definidas permitirá una concentración más intensa en cada una de ellas y brinda-

rá al niño experiencias de éxito más intensas.

¿El niño se cepilla los dientes en forma habitual, - pero inadecuada? ¿Es capaz de hacer consistentemente una labor pero se resiste? ¿Ver un cepillo para dientes se convierte en un estímulo aversivo, condicionado por asociación con luchas pasadas, traumáticas? Después de determinar el nivel operante inicial, es necesario medir la cantidad de modelado requerido para alcanzar una meta de cepillado dentario independiente adecuado.

Ayudar al niño autista a aprender una habilidad nueva se simplifica mucho si la conducta se divide en sus partes componentes. Los pasos de mayor complejidad y/o aquellos en secuencia temporal pueden dominarse una a la vez. Cuando se va modelando por aproximación sucesiva, el último paso de la conducta se enseña primero, por ejemplo, la habilidad de ponerse una camisa se modela recompensando al niño por doblar el puño hacia la muñeca.

En esta forma el refuerzo es dado cuando se completa la conducta total. El refuerzo consecutivo al aprendizaje - a fondo de cada respuesta brinda autoestima, mejorando así - las experiencias de éxito que facilitan modelar el paso siguiente.

SESIONES DE ENTRENAMIENTO

Los tiempos de práctica establecidos para el aprendizaje de las conductas deseadas se llaman sesiones de entrenamiento.

El aprendizaje ocurre en acondicionamiento operante cuando el niño trabaja para un reforzador que se le da después que ha practicado o se ha aproximado al paso.

SUGERENCIAS O MODELADO

Demostrar la conducta deseada con mucho entusiasmo y movimiento exagerado ayuda a aclarar el punto de aprendiz.

Hay tres modos de sugerir al niño que responda: físico con ademanes y verbal. La sugerencia física o poner en -- postura, consiste en mover los miembros del niño pasando por los movimientos de la conducta. Colocar una mano sobre la -- del niño le permite sentir la sensación de movimiento apropiado a la respuesta correcta.

Una sugerencia con además es un movimiento signo que hace el entrenador para provocar la respuesta correcta, como señalar de la mano de un niño a un cepillado de dientes indicando que debe ser tomado.

Una sugerencia verbal es decir al niño que se espera de él para recibir refuerzo. La sugerencia verbal, dada junto con otras físicas y ademanes, deben ser cortas y claras y solamente cuando el entrenador está seguro que el niño atienda (contacto visual establecido (13)).

RELACION MAESTRA-NIÑO

- Profesionista - debe respetar la individualidad -- del niño.
- Establecer un control de estímulo básico.
- Contacto y demostraciones repetidas de afecto y -- sincero interés estableciendo "rapport".
- Se debe mantener la educación centrada en un solo- maestro.

PREVENCION SELECTIVA

Antes de presentar un programa posible para modelar- las habilidades de un cepillo dentario independientemente, - se presentarán algunas sugerencias para el manejo de conduc- ta durante la comida. Como se ha indicado antes, algunos há- bitos alimentarios son conductivos a la formación de caries.

- Impedir que los niños se vuelvan selectivos en de- masía en sus preferencias alimentarias.
- Hay que introducir gradualmente nuevos alimentos - entre mezclados.
- Observar de cerca la masticación para sugerir al - niño que mastique y trague el bolo cuando sea nece- sario.

Un programa de cepillado dental para niños autistas:

El cepillado correcto de los dientes es fundamental en cualquier programa de salud bucal. Aunque enseñar una técnica correcta requiere a menudo un gran esfuerzo, esto puede iniciarse exitosamente con niños muy pequeños.

- Cooperación por parte del paciente, lo que requiere cierto grado de coordinación motora.
- La maestra puede tener que establecer control de estímulos modelando el lapso de atención y de control visual.
- Ambiente neutral (no tener asociaciones negativas para el niño y libre de distraerlo).
- Cepillo de dientes de tamaño apropiado y un color que le guste al niño.
- Las sesiones de entrenamiento son breves.
- Darle tiempo al niño para que se familiarice con el cepillo y lo investigue.

Si es posible el programa debe ser completado por la misma persona. Podría comenzar apoyando la cabeza del niño en su regazo mientras mantiene suavemente al niño con un brazo. La mano libre se coloca en forma segura sobre la del niño que sostiene el cepillo, entonces es posible llevar al niño a la postura de colocar el cepillo en su boca; al principio en sus dientes frontales, después se le va llevando lentamente a cepillarse todos los dientes de una manera fija, ordenada, que insista en la línea de la encía (el método de barrido es demasiado difícil para la mayoría de los niños, pero puede ser probado más tarde.

- Los reforzadores comestibles deben ser disminuídos, pero no eliminados rápidamente.
- Cuando todas las superficies han sido repasadas el niño debe ser estimulado para que lo haga solo.
- La cantidad de cepillado independiente requerido - para el refuerzo será extendida gradualmente.
- Introducción de esfuerzos intermitentes en un programa variable, más frecuente al principio hasta - que solo sea necesario un elogio mínimo para mantener la conducta.
- El uso de pasta dental es opcional (9).

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico pudiera ser difícil si la cooperación paterna fuera limitada. A los padres se les puede pedir que ayuden sosteniendo las películas para las técnicas extrabucales. Aún cuando un examen radiográfico resultaría difícil proporcionaría un eslabón esencial en la planificación del tratamiento total y deberán realizarse nuevas tentativas acordes con la seriedad del problema existente.

D) PROGRAMAS RESTAURATIVOS

Los programas restaurativos en un tipo de pacientes como el niño autista se verán ampliamente diversificados, -- pues en el caso de un proceso carioso muy marcado se debe agregar el grado de autismo y la capacidad de cooperación --- (12).

En casos de tratamientos dentales correctivos, donde es necesario prolongar las citas por un período de tiempo -- considerado, será necesario, como lo mencionábamos anteriormente, el uso de anestesia general para no llevar al niño a un estado de paranoia mental.

El programa restaurativo prioritario en estos niños-- es el control de caries y acumulaciones de sarro en los dientes, incluyendo los problemas parodontales por la ingesta de medicamentos.

CONCLUSIONES

La preparación teórica y las habilidades prácticas re-
queridas para administrar un programa de cuidado como el co-
mentado, suelen estar más allá del entrenamiento, más se pre-
ocupan por su implementación. Se presenta para familiarizar al
profesional con la forma que debe efectuarse ese programa, es
muy apropiado, no obstante que el odontólogo se considere par-
te de un equipo y en la mejor posición para dirigir la salud-
bucal del paciente autista, lleva tiempo y esfuerzo tratar --
con éxito a esos niños, pero es un esfuerzo que se justifica,
a fin de evitar la infortunada necesidad de una restauración-
completa con anestesia general, el trauma para el niño y la -
frustración y enojo de los padres y el odontólogo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BENDA, C.E. PSICOPATOLOGIA DE LA INFANCIA. El manual de psicología infantil. Dirigido por Leonand Carmichael. Tomo II, capítulo 18, El Ateneo Barcelona 1964.
- 2.- Bender, L. CHILHOOD SHIZOPHENIA. Nerv. child .1. 138. 1942.
- 3.- Chusid, Joseph: NEUROANATOMIA CORRELATIVA Y NEUROLOGIA FUNCIONAL, 5a. edición México 1980. Ed. El manual moderno, p.p. 329-330.
- 4.- Caso, Muñoz, Agustín: FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA. segunda edición 1982. Ed. Limusa, p.p. 751-757 y 760-767
- 5.- Campbell, M.: PHARMACOTHERAPY IN EARLY INFANTILE AUTISM Biol. psychaitry 10:399, 1975.
- 6.- Fulton, Robert, T., Lloyd, L.: EVALUACION AUDIOLOGICA EN PERSONAS DIFICILES DE EXAMINAR. España 1979. Salvat editores, p.p. 67-68.
- 7.- Hughes, Jennifer: MANUAL DE PSIQUIATRIA MODERNA. Editorial Limusa, 1a. edición. México 1984, p.p. 27-33 y 161-162.
- 8.- Hollowag, P. J., Swallow, J. N.: SALUD DENTAL INFANTIL, UNA INTRODUCCION PRACTICA. Editorial Mundi 1949.
- 9.- Kopel, Hugh.: THE AUTISTIC CHILD IN DENTAL PRACTICE. Journal of dentistry for children. July-August, 1977. p.p. 302-309.
- 10.- Kanner, L.: Early INFANTILE AUTISM. J Pediat, 25: 211-217, september, 1944.
- 11.- Menkes, John, H.: NEUROLOGIA INFANTIL. segunda edición 1983, editorial Salvat. p.p. 548-549, España.
- 12.- Mc Donald, Ralph.: ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO ADOLECENTE. editorial Mundi; Buenos Aires Argentina 1971, p.p. 348-410.

- 13.- Nowak, Arthur, J. ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO. Editorial Mundi 1a. edición, 1979, Argentina, p.p. 106, 123.
- 14.- Ornitz, E.M. And Ritvo, E.R.: THE SYNDROME OF AUTISM; A CRITICAL REVIEW. Am. J. psychiat. in press. 1976.
- 15.- Perello, Jorge: Comprodón, Guixa J. Et. al. PERTURBACIONES DEL LENGUAJE. Editorial Científico-Médica. 1979. Barcelona 2a. edición p.p. 380-387.
- 16.- Thorn, Adams. Et. al.: MEDICINA INTERNA HARRISON. La -- prensa Médica Mexicana. Tomo II, p.p. 329-330.
- 17.- Taft, L. and Goldfarb, W.: PRENATAL PERINATAL FACTORS IN CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA Dev. Med. child Neurol. 6132. 1964.
- 18.- Tanguay, P.E.: A PEDIATRICIAN'S GUIDE TO THE RECOGNITION AND INITIAL MANAGEMENT OF EARLY INFANTILE AUTISM. Pediatrics. 51:903, 1973.
- 19.- Valdez, M. M. (vers.) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. D.S.M.III. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. 3a. edición, México, 1984 p.p. 95-99.
- 20.- Valenzuela, Rogelio. Et. al.: MANUAL DE PEDIATRIA. Decima edición, México, 1982, p.p. 69-72.