



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ASESORAMIENTO A LOS PADRES DE NIÑOS
AUTISTAS EN EL CUIDADO BUCAL Y FUNCIÓN
MASTICATORIA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOSÉ ELIAS LÓPEZ LÁZARO

DIRECTORA: C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA
ASESORA: Lic. ANGÉLICA FLORES ROMERO

m. 342969

MEXICO D.F.

MAYO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jose Elias Lopez

FECHA: 13 April 2005

FIRMA: [Signature]

COPIAS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO (UNAM).

Por haberme dado la oportunidad de ser parte de la generación 2000 – 2004 y llevar en alto el nombre de esta prestigiada universidad.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Porque gracias a ella he logrado una formación profesional, intelectual y por su puesto por contar con los mejores doctores en el área de la docencia, por lo cual agradezco a todos mis profesores que formaron parte de mi aprendizaje.

A MI MADRE. JUANA LAZARO.

Este trabajo esta dedicado para ti, por todo el esfuerzo y sacrificios que hiciste para que lograra finalizar una parte importante de mis estudios. Gracias por estar conmigo cada día de mi vida y gracias por ser como eres una madre ejemplar, sincera, cariñosa y sobre todo por darme la vida te estaré eternamente agradecido.

A MI PADRE. ELÍAS LÓPEZ.

Te dedico esta tesina. Como parte de mi agradecimiento por todo tu apoyo, tu ayuda y el esfuerzo que tuviste que hacer para lograr que saliera adelante en esta carrera,

A MI TÍA. ROSA.

Gracias por ser parte de mi vida: esta tesina es por toda la ayuda que me diste, por todo el esfuerzo realizado y el apoyo tan grande que recibí de ti. Por todo gracias.

A MIS HERMANOS: JAVIER Y PATY .

Gracias por todo lo que hicieron por mí, por que gracias a su apoyo en todos los sentidos he logrado culminar una parte de mis estudios. Por compartir este momento conmigo, gracias.

AGRADEZCO AL INSTITUTO NACIONAL DE COMUNICACIÓN HUMANA (INCH).

Por la oportunidad que me dieron para realizar mi tesina y poder estar en contacto con este tipo de niños de los cuales logré aprender mucho.

A MI DIRECTORA DE TESINA Dra. ROSI VERA.

Por todo el apoyo que he recibido de su parte, desde el momento que curse la periférica hasta este instante, por la dedicación, el empeño y el tiempo que empleo para la revisión y asesoramiento de la tesina y por supuesto por ser mi directora de tesina.

Con cariño y agradecimiento, Gracias.

A MI ASESORA DE TESINA L.T.C.H. ANGÉLICA FLORES.

Gracias por la paciencia, el apoyo, su tiempo y sobre todo el interés y la dedicación para la realización de este trabajo, ya que gracias a sus conocimientos he podido comprender más sobre este tema.

A YAIR LÓPEZ.

Con dedicación y aprecio:

Gracias por tu amistad, por nuestros logros durante toda la carrera, por compartir este momento conmigo y sobre todo por ser mi gran amigo, que en las buenas y en las malas siempre está presente.

A TODOS MIS AMIGOS.

Gracias por ser parte de mi vida.

ÍNDICE.

	INTRODUCCIÓN	
1	AUTISMO	
1.1	Antecedentes	3
1.2	Definición	7
1.3	Características del autismo	8
1.3.1	Características conductuales	11
1.3.2	Trastornos en la comunicación y el lenguaje	13
1.4	Diagnóstico diferencial	14
1.5	Etiología	16
2	CUIDADOS BUCALES EN EL NIÑO AUTISTA.	
2.1	Autismo y las estrategias para el cuidado	21
2.2	Consideraciones médicas y odontológicas	21
2.2.1	Cooperación de los padres	23
2.2.2	Cooperación de los niños	24
2.2.3	Los problemas del comportamiento	25
2.2.4	Programa de cepillado dental para niños autistas	27
2.2.5	Prevención	29
3	PROBLEMAS EN LA SALUD BUCO DENTAL.	
3.1	Riesgo de caries	31
3.2	Enfermedad periodontal	33
3.3	Consideraciones terapéuticas	35
3.3.1	Hábitos nocivos	36

4	RECOMENDACIONES PARA FACILITAR LA FUNCIÓN MASTICATORIA	
4.1	Ejercicios orales	38
4.2	Ejercicios para tragar	40
4.3	Ejercicios para la movilidad de los labios	42
4.4	Ejercicios para la movilidad de la lengua	43
4.5	Ejercicios para la movilidad del velo del paladar	44
4.6	Ejercicios para la movilidad de la mandíbula	45
5	Conclusiones.	46
	Bibliografía.	47

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia, el autismo se ha considerado como una enfermedad mental, social y de comportamiento, que no respeta clases sociales.

Es una alteración compleja, que fue diagnosticada por Leo Kanner en 1943, el cual maneja una definición en la que el autismo no es una enfermedad, si no más bien un desorden del desarrollo de las funciones del cerebro, sin embargo han surgido varias definiciones que se tienen que tomar en cuenta como la de la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la de la DMS IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

Este trastorno varía en severidad de paciente a paciente y como existe gran desinformación social debemos informar tanto a los padres como a la sociedad acerca de sus implicaciones para que no haya una recriminación con estos niños y no sean motivo de burlas y rechazos por la misma sociedad.

El tema principal de este trabajo es el asesoramiento a los padres de niños autistas en el cuidado bucal y función masticatoria. Esta información servirá para que los padres de estos niños tengan conocimientos odontológicos a favor a su salud bucal ya que estos niños no son atendidos porque no se cuenta con especialistas adecuados para tratar estos problemas y existe un gran descuido en este campo por su difícil tratamiento y por los problemas en cuanto a su comportamiento; estos niños autistas tienen poca tolerancia hacia las demás personas, el entorno que los rodea debe ser aceptado por ellos y no tener algún motivo que los distraiga de lo contrario la atención odontológica se complicaría.

Lo principal es la prevención, tanto para niños sin trastorno como para los niños con un tipo de discapacidad, cepillarle los dientes a un niño que tiene muchos problemas y una buena estética bucal puede ser importante para una persona que ya tiene múltiples estigmas.

En lo que se refiere a la función masticatoria, dar los conocimientos necesarios a los padres acerca de cómo poder enseñarle a los niños a masticar, formar el bolo alimenticio y deglutir, así mismo conocer los masajes necesarios que puedan facilitar los movimientos tanto de la mandíbula, del velo del paladar, de los labios y de la lengua.

No todos los niños autistas necesitan aprender estas funciones ya que hay muchos que tienen las capacidades adecuadas para realizar dichas funciones como una persona normal.

Es muy importante que los profesionales y los futuros profesionales en la salud bucal, cuenten con los conocimientos necesarios acerca de lo que es el autismo, sus características, su etiología, los diagnósticos diferenciales y con esto poder realizar un buen tratamiento en el consultorio dental, recordando que estos pacientes pueden tener varias enfermedades asociadas que requieran atención en un medio intra hospitalario y con el personal adecuado para una buena rehabilitación.

Esta investigación es sustentada principalmente por fuentes bibliográficas, por artículos recientes y por documentos obtenidos por internet para que sea lo más completo y actual.

AUTISMO

1.1 ANTECEDENTES.

Al principio de las civilizaciones, tanto la enfermedad física como mental, se llegaron a considerar como consecuencia de la cólera de los dioses; más tarde la enfermedad mental, fue quedando en manos de hechiceros y sacerdotes.¹

Hipócrates fue el primero en considerar los estados de perturbación como una forma de enfermedad mental. Rechazó la medicina sacerdotal en beneficio de la observación clínica.

En la antigüedad, el tratamiento de los mentalmente impedidos posiblemente se explicaría sobre las necesidades de la sociedad primitiva.

Los incapaces a veces eran eliminados, al no poder aceptar las obligaciones sociales, no se les concedían derechos o se les consideraba poseídos por el demonio.²

Durante siglos la sociedad ha hecho pagar a los enfermos mentales un precio elevado por su aflicción. Su comportamiento extraño, ha provocado durante mucho tiempo la cruel hostilidad de la ignorancia.

Antiguamente, los locos se consideraban poseídos por demonios y se les echaba realmente de casa para que fuesen a vivir como pudieran, aunque los monasterios dieron cobijo a algunos.

En el siglo XV, el abandono se convirtió en una persecución antigua: se torturaba y se quemaba vivos a los enfermos mentales. Aunque con el

¹Frampton Merle E. Rowell Hug Gran. La Educación de los Impedidos Tomo 1. 1975. SEP. pág. 185

² Ib pág. 185

Renacimiento los hombres empezaron a pensar que la locura tenía causas físicas, todavía se le consideraba como justo castigo.

La creencia de que los enfermos mentales estaban poseídos por los demonios llegó a la Edad Media desde los tiempos de los griegos y de los romanos, sin embargo cabe mencionar que se trataba a los enfermos mentales con ceremonias religiosas y con simpatía.

Con la caída del imperio romano y el colapso de las instituciones, los enfermos mentales estuvieron muchas veces realmente sin cuidados.

Los locos se veían a menudo forzados a esconderse en los bosques. En aquella época el exorcismo y la curación por la fe eran muchas veces efectivos.

Pero al llegar al siglo XV, la fe amenazada se puso a la defensiva. Las guerras, el caos y la peste bubónica dieron lugar a epidemias de locura que, a su vez, llevaron a persecuciones en masa contra las brujas.

La inquisición sostenía que cualquier loco o loca era un mago o una bruja peligrosa.³

A veces se les consideraba como un castigo a los padres por algunos pecados.

En la Edad Media bajo el influjo de la ignorancia y de la superstición, de la influencia de la inclinación religiosa y de la enseñanza de la reforma, se juzgaba a los mentalmente defectuosos poseídos por Satanás.⁴

³ Rowan Wilson John La Mente. Colección Científica de Time Life. 1969.

⁴ Frampton Merle Op. cit. pág 186.

En 1799, se encontró en los bosques de Aveyron a un niño desnudo, de casi 11 años de edad, quien se encontraba sucio y con heridas múltiples, no hablaba y su comportamiento era agresivo.

El Dr. Jean Llard, quien era médico de una institución para sordomudos, tomó a su cargo a este niño abandonado.

La descripción que se hizo de este niño mostraba muchos rasgos de autismo: No miraba directamente a las personas y no jugaba con juguetes, pero mostraba una sorprendente memoria con respecto a la posición de los objetos de la habitación, y se resistía con agresividad cuando se los quería cambiar de lugar.⁵

El término **autismo**, lo empleó Bleuler por primera vez en 1919 para describir el alejamiento del mundo exterior que se observa en los esquizofrénicos adultos.⁶

Eugen Bleuler, utiliza el vocablo autismo para definir uno de los síntomas patognómicos de la esquizofrenia. Para Bleuler, el síntoma autista consiste en una separación de la realidad extrema.⁷

Henry Maudsley en 1867 fue el primer psiquiatra que prestó una especial atención a los niños muy pequeños que presentaban trastornos mentales graves con marcada desviación, retraso y distorsión en el proceso de desarrollo. En 1943, Leo Kanner comunicó el caso de 11 niños, que mostraban la particularidad de un extraño aislamiento a edad tan temprana como era el primer año de vida. Dentro de este síndrome descubrió varios rasgos

⁵ Neurositio. Com/autismo/antecedentes.

⁶ Deltanet.com/autismo/antecedentes.

⁷ Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Nueva Cork Internacional University press. E.U. 1998

distintivos, entre ellos, la falta de relación de estos niños con las personas que se hallaban a su alrededor desde la más temprana infancia.⁸

Debido a este aislamiento autoimpuesto, el síndrome fue denominado Autismo Infantil Precoz. Otros investigadores informaron que ya se habían visto casos parecidos a los niños autistas o que parecían serlo, pero no fue hasta el estudio de Kanner que el autismo comenzó a constituirse como una entidad diagnóstica concreta.⁹

Cuando Kanner describió el Autismo Infantil Temprano, mencionó además de la soledad autista extrema, varias de las características del síndrome, entre las cuales se incluía el deseo obsesivo de mantenerse igual, sin cambios, la falta de actitudes anticipatorias para ser levantado en brazos, la falta de un lenguaje comunicativo y, en lugar de éste, un lenguaje que se repetía como el de un loro, fenómeno que se denominó "ecolalia".

Kanner encontró también ciertas habilidades poco comunes en su grupo de niños autistas, como buena habilidad motora fina, apariencia de inteligencia y una extraordinaria capacidad de memorización.¹⁰

Antes de 1980, los niños con cualquier trastorno generalizado del desarrollo eran clasificados dentro de alguno de los tipos de esquizofrenia infantil. Existe evidencia de que el trastorno autístico y la esquizofrenia representan dos entidades psiquiátricas diferentes, pero algunas veces un niño autista desarrolla un trastorno esquizofrénico comórbido.¹¹

⁸ Harold I. Kaplan *synopsis de psiquiatría ciencias de la conducta psiquiatría clínica* 8ª edición edit. medica panamericana pág 1346

⁹ neurositio. Op. cit

¹⁰Ib.

¹¹Harold Op. cit pág 1346.

1.2 DEFINICIÓN:

El autismo no es una enfermedad, sino más bien un desorden del desarrollo de las funciones del cerebro. Las personas con autismo clásico muestran tres tipos de síntomas: Interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal y con la imaginación y actividades e intereses limitados o poco usuales. Los síntomas de autismo usualmente aparecen durante los primeros tres años de la niñez y continúan a través de toda la vida. Aunque no hay cura, el cuidado apropiado puede promover un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos no deseables. Las personas con autismo tienen un promedio de vida normal.¹²

Otro tipo de definición que tenemos que tener en cuenta es la de la DMS IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) o la de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

DSM IV.

Discapacidad severa y crónica del desarrollo que aparece normalmente durante los dos primeros años de vida.¹³

OMS.

Es el síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia invariablemente durante los treinta primeros meses de vida; las respuestas de los estímulos auditivos y visuales son anormales, y aparecen dificultades en la comprensión del lenguaje.¹⁴

¹² www.autismo_society.org

¹³ American Psychiatric Association: Task force on DSM_IV, DSM_IV Draft, criteria Washington 1993).

¹⁴ Pichot Pierre. J. Lepor Juan. Alriño Ibor. Valdez Miyar Manuel DSM IV Editorial Mason España 2000

"El autismo es un síndrome que afecta la comunicación y las relaciones sociales y afectivas del individuo".

Como su definición lo dice, el autismo es un síndrome, no es una enfermedad y por lo tanto no existe cura. Se puede mejorar su calidad de vida y enseñarle nuevas habilidades con la intención de hacerlo más independiente, pero como en el Síndrome de Down y otros trastornos del desarrollo, el individuo que lo tenga será autista toda su vida.

En ocasiones, estos niños, además de ser autistas, tienen algún otro trastorno del desarrollo (retraso mental, motriz, Síndrome de Down, etc.) o bien, pueden ser lo que se conoce como el autista clásico o puro. Existe otro síndrome llamado Asperger, el cual, para efectos de este manual, se manejará de igual forma ya que la diferencia principal entre autismo y este síndrome es el nivel de inteligencia, así como su comunicación.¹⁵

1.3 CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO.

Este trastorno, también es conocido como síndrome de Kanner, autismo infantil precoz, psicosis de iniciación precoz, psicosis infantil, psicosis de la niñez o esquizofrenia de la niñez.

El autismo que deriva de la palabra griega autos que significa ser, enfatiza lo que Kanner considera un síntoma patognomónico para el diagnóstico: la "incapacidad de



¹⁵ www.autismo-society.org

relacionarse en la forma corriente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida". El otro rasgo principal es el "deseo ansiosamente obsesivo por el mantenimiento de la identidad".¹⁶

Aunque el niño autista es en general sano físicamente, muchos padecen trastornos convulsivos con hiperplasia gingival diltanfónica secundaria a la medicación.¹⁷

En realidad son, a menudo, "diferentes" desde el nacimiento, pero los padres raramente se preocupan hasta que aparece un retraso significativo en las pautas de desarrollo. A veces formas más leves del trastorno pueden no manifestarse hasta más tarde.

Los infantes pueden haber nacido con poco peso, y presentar más tarde peso bajo, estatura corta y tamaño pequeño de la cabeza. La edad ósea puede también ser inmadura. Durante el primer año pueden existir problemas de alimentación, como pobre succión y regurgitación frecuente. El sueño puede estar perturbado, a menudo con necesidad disminuida de dormir.

Los infantes pueden parecer estar en movimiento constante –golpeando sus pies o su cabeza contra la cuna o haciendo gestos repetitivo con sus manos. Pueden ser resistentes al contacto físico con sus padres, llorar excesivamente y ser inquietamente temerosos de los extraños.¹⁸

Por lo general no es posible confirmar el



¹⁶ Arthur J. Nowak Odontología para el paciente impedido, edit Mundi S.A.I.C.F. Argentina primera edición 1979 pág. 106

¹⁷ Koch/Modeer/ Poulsen odontopediatria enfoque clínico. Editorial medica panamericana pág. 271

¹⁸ Arthur J. Nowak. Op. cit. pág 106

diagnóstico antes de los 18 meses de edad. A menudo los síntomas son interpretados primero como dificultades visuales o auditivas. Los niños autistas son considerados con frecuencia como retrasados mentales por la falta de capacidad para comunicarse. Sin embargo la capacidad intelectual de los niños autistas varía con amplitud. Un niño autista evita los contactos, no disfruta de las caricias o mimos ni mira a los ojos. En esta afección son rasgos comunes la auto estimulación, los movimientos estereotipados y la repetición de palabras.¹⁹

Otras veces ocurre que no acepta un cambio de rutina. No puede tolerar un cambio de recorrido en un camino que se hace a diario, por ejemplo el trayecto para ir al colegio. Es mal aceptado un cambio de lugar en un mueble, un nuevo profesor o estrenar una prenda de vestido. En ocasiones el problema surge cuando se intenta introducir una comida nueva o sabor no habitual. Parece como si el autista se sintiera seguro cuando existe un orden donde los acontecimientos son predecibles, lo inesperado o distinto aparece como amenazante.

“Todo cambio en la rutina o en el ambiente puede desencadenar miedo o agresión.”

En el otro extremo, esos niños suelen ser sumamente apáticos con, una vez más, poco interés en la gente.

Pueden llorar muy poco y se los describe como infantes muy “buenos”: parecen poseer lo que Kaneer considera como “extrema soledad autística”; pero esto, en sí mismo, puede no preocupar inicialmente a los padres. Es solamente a medida



¹⁹ Arthur j. Nowak Op cit pág. 106 107.

que el infante crece y aparecen otros síntomas autísticos, que es posible una diferenciación más exacta de otros trastornos. Los padres se preocupan cuando los niños no alcanzan las pautas normales de desarrollo, a menudo hasta los 2 a 4 años de edad, pero para sentarse, gatear y caminar, pueden estar sólo levemente demorados, si es que lo están. El niño es lento en desarrollar habilidades de autoayuda: el entrenamiento para el control de esfínteres pueden ser difíciles y los problemas alimentarios persisten.

Aparecen preferencias por determinados alimentos y comen solamente aquellos con un cierto color o textura. Usan los dedos en lugar de los utensilios, y tienen mas intereses en jugar con los alimentos que en comerlos.²⁰



1.3.1 CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES. DETERIORO CUALITATIVO EN LA INTERACCIÓN SOCIAL. El niño autista no muestra el interés normal de todo hijo hacia sus padres y otras personas. De bebés muchos carecen de la sonrisa social y de las posturas anticipatorias para ser cogidos en brazos cuando se aproxima un adulto. El contacto visual anómalo es un hallazgo común. El desarrollo social de los niños autistas se caracteriza por la falta (pero no siempre una ausencia total) de las conductas del vínculo y

²⁰ Ib pág 107.

un fracaso relativamente temprano del apego a personas específicas. No parecen reconocer o distinguir a las personas más importantes en su vida – padres, hermanos y profesores- y pueden no manifestar ansiedad de separación al dejárseles en un ambiente no familiar con extraños. Cuando alcanzan la edad escolar, su aislamiento puede haber disminuido o no ser tan obvio sobretodo en los niños con mejor funcionamiento. Se observa incapacidad para jugar con los compañeros y hacer amigos, torpeza social y sobre todo, incapacidad para desarrollar empatía. Al final de la adolescencia, las personas autistas que más han progresado tienen a menudo el deseo de hacer amigos. Pero su ineptitud para aproximarse a los demás y su incapacidad para responder a los intereses, emocionales y sentimientos de los otros son grandes obstáculos para el desarrollo de una amistad.²¹



Los adolescentes y adultos autistas tienen sentimientos sexuales pero su falta de competencia y habilidades sociales les impide a la mayoría establecer relaciones sexuales. Es muy raro que estas personas se casen.²²

Los padres pueden decir “es diferente, no está tan apegado a mí como mi otro hijo” o “simplemente no se involucra con otras personas”, y

²¹Harold I Kaplas. Op. cit. pág 1348

²²Ib pág 1346

quizá las maestras de preescolar noten falta de memoria con respecto a los otros niños en un grupo de juego, interrupciones por berrinches de temperamento o por razones inexplicables en apariencia.²³

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

1.3.2 TRASTORNOS EN LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE.

Las desviaciones del lenguaje tanto como el retraso del mismo son características del autismo. A diferencia de los niños normales y los niños con retraso mental, los niños autistas hacen un uso escaso de la significación en su memoria y proceso del pensamiento. Cuando los autistas aprenden a conversar fluidamente, les falta competencia social y sus conversaciones no se caracterizan por un intercambio recíprocos de respuestas. En niños autistas y también en niños no autistas con alteraciones del lenguaje, muchas habilidades de comunicación no verbal parecen correlacionarse con el grado de alteración de expresión del lenguaje.²⁴

En el primer año de vida, la cantidad y el patrón de balbuceos de un niño autista son anormales o están reducidos. Algunos niños emiten ruidos – clicks, sonidos, chillidos, y sílabas sin sentido- de modo estereotipado y no parecen intentar comunicarse. A diferencia de los niños pequeños normales que siempre tienen mejores capacidades para el lenguaje receptivo y entienden mucho más de lo que pueden decir, los niños autistas verbales

²³ Howard H. Goldman Psiquiatría general Manual moderno 1996. México 4ª edición pag. 682

²⁴ Harold I. Kaplan Op cit. pag. 1348

pueden decir más de lo que comprenden. Palabras e incluso frases enteras aparecen y desaparecen del vocabulario de un niño.²⁵

Los niños autistas pueden utilizar una palabra una vez y luego no usarla otra vez en semanas, meses o años. Su habla contiene "ecolalla" (repetición de frases reiterativas sin sentido o partes de estas), tanto inmediata como retrasada o frases estereotipadas fuera de contexto.

El 50% de los niños autistas no llegan a tener un lenguaje útil. Algunos de los más brillantes muestran una fascinación particular por las letras y los números. Unos pocos aprenden a leer solos a una edad preescolar (hiperlexia), muchas veces sorprendentemente bien. Pero en casi todos los casos, sin embargo, estos niños leen sin ninguna comprensión del texto.²⁶

El repertorio restringido de conductas e intereses puede presentarse como insistencia en la monotonía (por ejemplo, se debe comer en cierto orden, no debe alterarse el camino de la casa a la escuela), manierismo motores estereotipados (por ejemplo, golpear las manos, girar) o preocupación persistente por las partes de un objeto.²⁷

1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los principales diagnósticos diferenciales son:

Esquizofrenia de inicio en la infancia. Mientras que existe una extensa literatura del trastorno autístico, son pocos los datos recogidos en niños menores de 12 años que reúnan criterios diagnósticos para esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad rara en niños menores de 5 años. Se

²⁵Harold I. Kaplan. Op. cit. pág.1348

²⁶ib.

²⁷Howard H. Goldman Op cit. pág. 486

acompaña de alucinaciones o delirios, con una incidencia menor de convulsiones y retraso mental y una mayor uniformidad del CI que los niños autistas.

Trastorno Rett. Este trastorno puede manifestarse durante los años preescolares. En el área social, tiene características parecidas a las del autista, pero tienden a ser transitorias. Sólo se ha diagnosticado en mujeres. El trastorno Rett presenta pérdida de habilidades motora, manuales previamente adquiridas como la marcha, y tiene movimientos incoordinados. Pérdida de la masa encefálica.²⁸

Trastorno desintegrativo Infantil. Se caracteriza por una regresión evolutiva que aparece por lo menos durante dos años de desarrollo normal, después del cual el niño muestra una pérdida de las habilidades previamente adquiridas en dos o más de las siguientes áreas: uso del lenguaje, respuesta social, juego, habilidades motoras y control de esfínteres.²⁹

Trastorno de Asperger. Este trastorno no tiene retraso del desarrollo del lenguaje, no tan marcado pero si presentan en algunas ocasiones ecolalia inmediata, problemas en la prosodia etc. Las habilidades cognitivas y adaptativas del niño son normales.³⁰

Esquizofrenia. Es una enfermedad rara en niños menores de 5 años. Se acompaña de alucinaciones o delirios. Con una incidencia menor de convulsiones y retraso mental.³¹

²⁸ Harold I. Kaplas. Op. cit. pág.1343

²⁹ Ib

³⁰ Ib.

³¹ Ib. Pág. 1350

Mutismo selectivo. El niño manifiesta algunas habilidades adecuadas para la comunicación. No experimenta la grave afección de la interacción social. No presenta los patrones restringidos del comportamiento.

Retraso Mental. Las principales manifestaciones diferenciadoras consisten en que los niños retrasados suelen relatar sus cosas a los adultos y a otros niños según su edad mental; utilizan el lenguaje que tiene para comunicarse con los demás; y tienen un perfil relativamente más uniforme de alteraciones, sin presentar funciones fragmentadas. No hay tantos movimientos estereotipados.³²

1.5 ETIOLOGIA.

La etiología de autismo es desconocida, multifactorial, pueden implicarse:

Factores biológicos.

Factores psicosociales.

Factores genéticas.

Síndrome X frágil.

Al contrario de las explicaciones anteriores que consideraban al autismo como resultado de madres frías y poco emocionales, los psiquiatras contemporáneos creen que el autismo tiene causas biológicas.

³² Ib.

Biológicos.

Deficiencia de aminoácidos.

La deficiencia de aminoácidos puede causar una alteración en las catecolaminas. Esta deficiencia se conoce como PKU y se produce por una disfunción de la fenilalanina-4-hidrosilasa, a causa de que el nivel enzimático es muy bajo o la co-enzima no funciona.

Carbohidratos.

Algunos autistas presentan acidosis láctica o pirúvica debido a que tienen una alteración en el metabolismo de los carbohidratos. Se recomiendan estudios de sangre para analizar el nivel de ácidos y descartar una posible etiología metabólica.

Purinas.

Las personas con errores en el metabolismo de las purinas tienen alteraciones en el sistema nervioso central. No es muy común el autismo por esta causa.

Lesiones.

Son parte de la etiología de autismo cuando se presentan a nivel de Sistema Nervioso Central.

Calcio y magnesio.

Los pacientes autistas presentan un bajo nivel de magnesio en los eritrocitos y en un 25% presentan hipocalcemia.

Genéticas.

Cromosómica.

Como en el caso del síndrome x frágil, que se asocia al autismo en muchos casos, debido a que los individuos con este síndrome presentan un cuadro clínico similar al del autismo infantil (evitan el contacto ocular, aleteo de manos y retraso en el lenguaje y/o ecolalla).³³

Infeciosa.

Las infecciones prenatales se transmiten por sangre y llegan al cerebro del niño lo cual puede causar alguna alteración. Un agente infeccioso tanto prenatal como postnatal puede ser un factor en el desarrollo de síntomas autistas. Todos los agentes TORCH son posible etiología de autismo.

Psicosociales.

Tusting denomina autismo secundario encapsulado, el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando todavía no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la sensación de separación. Para no experimentar de nuevo esta separación tan violenta y atemorizante, el niño acalla la parte del mundo que no le corresponde – el no yo- y crea una barrera entre sí y el mundo que lo rodea.

Bruno Bettelheim considera al autismo como un trastorno que se origina en las primeras experiencias de vida del niño. En su libro *la fortaleza vacía* de 1967 describe cómo los niños son activos y dan señales, especialmente con lo que se refiere a la alimentación con el pecho. Si el niño se frustra y se siente incapaz de hacer algo en un mundo impredecible o que

³³ Ib. pág. 1347

no responde, puede tornarse autista. Esto puede ocurrir en los seis primeros meses si se bloquea la actividad general del niño o entre los seis y nueve meses cuando el niño intenta relacionarse con los demás y se impide dicha actividad.³⁴

Ward sugirió que la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial. Como resultado de la angustia materna ocurren cambios neuroendocrinos en la madre, los cuales afectan en el feto las estructuras neurales, endocrinas y otras. Ulteriormente, las madre no son capaces de satisfacer las necesidades especiales de este niño y se origina el autismo.³⁵

Algunos han sugerido falta de estimulación, carencia de calidez parental o algún conflicto intrapsíquico como resultado de una interacción familiar desviada; estudios revelaron que los padres de niños autistas no tenían características de personalidad específicas comunes y que no existían condiciones de estrés poco usuales en el ambiente, de modo que no fue posible encontrar patrones familiares específicos.³⁶

Autismo vs Síndrome X frágil

El Síndrome X Frágil puede definirse esquemáticamente como "la causa más común de retraso mental heredado."³⁷

En 1991, los científicos descubrieron el gen (llamado FMR1) que causa el X Frágil

³⁴Podro Rivera Eson Morris.E Bases psicogénicas de la educación 2ª edición, México editorial interamericana 1978 pág 67

³⁵ Ib. pág. 67

³⁶ Ib. pág. 68

³⁷American Psychiatric Association: Task force on DSM-IV, DSM-IV Draft, criteria Washington 1993).

En los individuos con este síndrome, un defecto en el FMR1 (mutación total 11) paraliza el gen.

Como una fábrica defectuosa, el gen FMR1 no puede producir la proteína que normalmente fabrica. Otras personas son portadoras tienen un pequeño defecto en el gen FMR1 (permutación) pero no muestran los síntomas del X Frágil.

El X Frágil se hereda. Los hombres portadores (varones transmisores) transmiten la permutación a todas sus hijas pero a ninguno de sus hijos

Cada hijo o hija de una mujer portadora tiene un 50% de probabilidades de heredar el gen. La permutación X Frágil puede ser transmitida silenciosamente a través de generaciones en una familia, antes de que un niño sea afectado por el síndrome.

CUIDADOS BUCALES EN EL NIÑO AUTISTA.

2.1 Autismo y las estrategias para el cuidado.

Antes de la cita, obtenga y repase el historial médico del paciente. La consulta con los médicos, la familia y tutor es esencial para montar un historial médico exacto. También, determínese quién puede proporcionar legalmente el consentimiento informado para el tratamiento.

Los problemas de comunicación y las capacidades mentales son preocupaciones centrales al tratar a gente con autismo.

- Charle con el padre o el tutor para determinar las capacidades intelectuales y funcionales del paciente y después para comunicar con el paciente en un nivel que lo pueda entender.

- Utilice " decir-demostrar-" para iniciar el acercamiento, explicando cada procedimiento antes de realizarlo. Demuestre lo que se ha explicado, por ejemplo, los instrumentos que usted utilizará y cómo trabajan. Las demostraciones pueden animar a algunos pacientes que sean más cooperativos.³⁸

EL NIÑO AUTISTA COMO PACIENTE.

2.2 CONSIDERACIONES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS

Hay relativamente pocos problemas médicos que un odontólogo deba 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

³⁸ <http://mx.msnusers.com/ElAutismo/comparterecetas.msnw>

los niños autistas necesitan terapia fonológica, esto también debe tomarse en consideración.

Debe recordarse que una buena estética bucal puede ser importante para una persona que ya tiene múltiples estigmas.³⁹

Cuando se considera la medicación para estos niños, deben señalarse algunos puntos. Esos pacientes suelen ser impredecibles en sus repuestas a los depresores cerebrales de todos los tipos y pueden necesitar más o menos de lo esperado. 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 tiempo de consultorio u hospital.

Más importante 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 antiética con la buena salud bucal: el deseo persistente de alimentos blandos o golosinas es frecuente. La dieta puede ser inadecuada y la anemia es un hallazgo habitual en esos niños, aunque una malnutrición franca es rara. Las complicaciones motoras pueden dificultar la masticación y deglución y una pobre coordinación de la lengua impide el movimiento del alimento alrededor de los dientes y las encías, con el empaquetamiento alimentario que complica el problema. Todas estas posibilidades deben ser tomadas en cuenta al establecer un programa de tratamiento. Como lo señala Cohén, los niños autistas presentan un verdadero desafío en su manejo.⁴⁰

Infortunadamente, esas dificultades determinan que también se descuide la atención dental. No es justo, sin embargo, culpar a los padres como los responsables principales. Con poco apoyo profesional, la higiene

³⁹ Arthur J. Nowak Op. cit. pág. 112-113

⁴⁰ Ib. pág. 113

bucal se hace cada vez menos una prioridad y frente a la lucha diaria y a la frustración de cepillar los dientes de su hijo, los padres claudican desesperados. El odontólogo y el médico deben comenzar por reconocer su responsabilidad para con esa familia.⁴¹

2.2.1 COOPERACIÓN DE LOS PADRES.

Promover una buena higiene bucal para el niño impedido 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 prioridades parentales determinan necesariamente qué conductas deben ser estimuladas. La preparación de los padres, especialmente 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.

Para tratar eficazmente estos problemas, el odontólogo debe comprender también a la familia y las tensiones que la afectan. Como con otros impedimentos, hay frecuentemente un sentimiento de culpa, ya sea porque piensan que han hecho algo para causar el autismo o debido al rechazo que sienten por el niño. Muchos padres deben enfrentar la culpa agregada de internar a sus hijos. Pero si eligen tener al niño en el hogar, entonces deben asumir la carga financiera de una atención prolongada, la frustración por las facilidades inadecuadas comunitarias para su hijo y el aislamiento social que tan a menudo se ve en esas familias.

No es inusual que los padres tengan sentimientos hostiles hacia los profesionales, a quienes han visto rechazar o maltratar a su hijo, dejando a la familia y al profesional frustrados y negativos. Es de esperar que una comprensión empática de las dificultades que esas familias enfrentan permitan al odontólogo no sólo corregir algunas falsas interpretaciones, sino

⁴¹ Ib. pág. 113

también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuado, que cumpla las necesidades del niño autista. En su mayor parte, los padres de niños autistas son informantes confiables de las dificultades de su hijo y pueden ser maestros y terapeutas eficaces con ellos.⁴²

2.2.2 COOPERACIÓN DE LOS NIÑOS.

Un profesional que considere asuntos relacionados con el tratamiento del paciente debe darse cuenta del grado de madurez del desarrollo individual y de las dificultades específicas del síndrome. Como rutina y familiaridad con el medio ambiente son críticos para la mayoría de los pacientes autistas, hay que intentar que el niño esté cómodo en el ámbito del consultorio. La exposición gradual al ambiente físico contribuirá mucho a la comodidad del niño, preparándolo para que tenga confianza con el odontólogo. La compañía de hermanos cooperadores en el consultorio puede ser una experiencia reaseguradora antes de su propia visita.

Los contactos iniciales con el niño hacia los 2 años de edad no deben ser amenazadores y sí orientarse a brindarle una experiencia positiva. Como el profesional de la salud se ha familiarizado con el niño en las entrevistas con los padres, evitará tensionar al niño esperando un nivel de conducta socializada no realista. La interacción verbal debe incluir un refuerzo verbal sincero por la buena conducta del paciente. Si es necesario orientar de nuevo al niño, las órdenes sencillas serán eficaces para prevenir un mayor temor, secundario a la frustración. Si es posible, cualquier procedimiento fuera de lo corriente debe ser explicado con claridad.⁴³

Prevenir los problemas de conducta antes que ocurran, evitará poner presión indebida sobre la capacidad de la familia para hacerles frente, y reducirá la asociación de experiencias negativas con el consultorio del odontólogo. Es importante ver al niño lo más pronto posible y no hacerle

⁴²Ib. pág. 113

⁴³Ib. pág. 114

esperar demasiado en el consultorio. Si se producen conductas indeseables, es sensato tratarlas de inmediato: ignorar los berrinches, las conductas autoestimuladas y auto-abusivas, ayudará a evitarlas o reducirlas. Los arranques imprevistos de agresión o de destrozos se manejan retirando brevemente al niño de la situación. Aceptar con calma las dificultades del niño, hará mucho para reasegurar a los padres y ganar el control de la situación. Es mejor mantener a la mayoría de los padres fuera de la zona de tratamiento, salvo que su presencia sea necesaria.⁴⁴

2.2.3 LOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO Estos pueden incluir hiperactividad, cambio de emociones repentinamente y la frustración rápida -- pueden complicar el cuidado médico oral de estos pacientes. La naturaleza invasora del cuidado oral puede accionar comportamiento violento tal como rabietas.

- Planee una cita de desensibilización para ayudar al paciente a llegar a ser familiar con la oficina, el personal, y el equipo con un proceso paso a paso. Estos pasos pueden tomar varias visitas para lograrlo.

Haga que el paciente se siente solamente en la silla dental para que se vaya familiarizando y acepte mejor el tratamiento. Algunos pacientes pueden rechazar sentarse en la silla y elegir en lugar de otro es decir sentarse en el taburete del dentista, y una vez que sienten a su paciente, comience una examinación rápida usando sus dedos y después realice la técnica de barrido para cepillar los dientes y tener el acceso adicional a la boca del paciente.

- Atención especial; guarde los instrumentos dentales fuera de vista y prepárelos fuera de los ojos de su paciente.

⁴⁴ Ib.pág. 114

- Elogie y refuerze el buen comportamiento después de cada paso de un procedimiento. No haga caso del comportamiento inadecuado tanto como usted puede.⁴⁵

- Intente ganar la cooperación con la menos restricción posible. El comportamiento de algunos pacientes puede mejorar si traen artículos de la comodidad tales como un animal relleno o una manta. Pedir al tutor sentarse cerca y tomar la mano del paciente esto puede ser provechoso.

- Utilice las técnicas de la inmovilización solamente cuando sea absolutamente necesario para proteger al paciente y al personal durante el tratamiento dental (no como conveniencia). No hay pautas universales en la inmovilización que se aplican a todos los ajustes del tratamiento. Antes de emplear cualquier clase de Inmovilización, obtenga el consentimiento del tutor legal de su paciente y elija la técnica restrictiva menos agresiva que permitirá que usted proporcione cuidado con seguridad. La inmovilización no debe causar lesión física o malestar indebido.

- Si el resto de las estrategias fallan, las opciones farmacológicas son útiles en el manejo de algunos pacientes. Otros necesitan ser tratados bajo anestesia general. Sin embargo, la precaución es necesaria porque algunos pacientes con inhabilidades de desarrollo pueden tener reacciones imprevisibles a las medicaciones.

La gente con autismo engancha a menudo a una repetición continua, sin sentido de palabras, a frases, o a movimientos. Su paciente puede hacer rítmico el sonido de la succión.⁴⁶

⁴⁵ <http://mx.msusers.com> Op. cit.

⁴⁶ *Ib.*

2.2.4 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. Para comenzar, el niño debe poder cooperar en alguna medida, lo que requiere cierto grado de coordinación motora. El odontólogo puede tener que establecer control de estímulo modelando el lapso de atención y de control visual. La elección de ubicación es importante. El ambiente debe ser neutral (no tener asociaciones negativas para el niño) y relativamente libre de distracciones. Es necesario un cepillo para dientes de tamaño apropiado y de un color que al niño le guste. Una vez que se encuentra en reforzador eficaz, habitualmente un comestible como nueces, papas fritas, o pan, el programa puede comenzar.⁴⁷

Como se ha indicado, el reforzador debe ser elegido por el niño. Es una suerte cuando se elige un artículo dentalmente aceptable, como un vegetal, pero esto no suele ser el caso. El odontólogo debe recordar que los postres se usan solamente en la intervención aguda para modelar la conducta. Cualquier sugerencia respecto a la brevedad del uso debe superarse frente a los beneficios potenciales de un cepillado dental independiente. Realísticamente, un cepillado de dientes adecuado puede ser posible solamente una vez al día. Las sesiones de entrenamiento iniciales suelen ser adecuadamente breves para no frustrar al niño, impidiendo así que la rutina del cepillado adquiera asociaciones negativas.

Al niño hay que darle tiempo para que se familiarice con el cepillo y lo investigue. Cualquier interés en él o su manipulación exploratoria, como tocarlo y sostenerlo, debe ser entusiastamente reforzado. El movimiento

⁴⁷ Arthur J. Nowak Op. cit. pág. 121

hacia la boca, al igual que chupar o masticar el cepillo, debe ser especialmente reforzado. Después que este modelado básico parezca exitoso, puede comenzar el acercamiento al cepillado dentario de rutina.⁴⁸

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. Los reforzadores comestibles deben ser disminuídos, pero no eliminados muy rápidamente. Cuando todas las superficies han sido repasadas, el niño debe ser estimulado para que lo haga solo, mientras el odontólogo dice "¡cepilla tus dientes!" Al principio, el odontólogo tendrá que maniobrar algo. El cepillado independiente debe ser reforzado y elogiado.

La cantidad de cepillado independiente requerido para el refuerzo será extendida gradualmente. La Intervención con sugerencias físicas debe hacerse solamente si es necesaria, como cuando no se usa suficiente presión. Después que esta conducta está bien establecida, las sesiones independientes supervisadas deben ser reforzadas durante una semana o más, dependiendo de la individualidad del niño. Se introduce entonces el refuerzo intermitente en un programa variable —más frecuentemente al principio (cada sesión supervisada), hasta que sólo sea necesario un elogio mínimo para mantener la conducta.⁴⁹

El uso de pasta dentífrica es opcional; pero si se cree que es obligatoria, entonces hay que hacer sesiones de entrenamiento adicionales para modelar la forma de apretar el tubo y de enjuagarse la boca. De manera similar, también pueden agregarse tabletas reveladoras y estimular al niño a

⁴⁸ Ib. Pág. 121

⁴⁹ Ib. pág. 122

"¡cepillar las manchas rojas hasta que desaparezcan!" Esto puede ser parte del programa diario, en cuyo caso la técnica para su uso también debe ser condicionada.⁵⁰

La caries dental y la enfermedad periodontal siguen siendo problemas singulares y característicos en el tratamiento odontológico de esta población de pacientes, por el carácter crónico de las enfermedades de la cavidad bucal que complican la incapacidad física o mental primaria. La investigación ha sugerido relaciones causales entre estas enfermedades de la boca y las variables que las modifican, pero no hay un conocimiento firme de la naturaleza mixta de la enfermedad bucal en sujetos incapacitados. No hay unanimidad en los datos de revisión de las publicaciones respecto a coexistencia de parámetros en enfermedades bucales, y los métodos de investigación inconstantes consideran de manera causal algunas variables, en tanto que descartan otras.

La prevalencia y la incidencia de enfermedades odontológicas son modificadas por factores demográficos. Sin embargo, hay un dato constante: la prevalencia y la intensidad de la enfermedad de la cavidad aumenta significativamente en la población de sujetos incapacitados.⁵¹

2.2.5 PREVENCIÓN

La caries dental, la enfermedad periodontal y trastornos buco faciales de otra índole constituyen problemas singulares en la asistencia médica y odontológica de personas con incapacidades. Estas enfermedades suelen ser crónicas, y por ello complican a otros problemas mentales o físicos incapacitantes, durante toda la vida. No hay otro grupo en que sea mayor la necesidad de prevención. La prevención primaria antes de que surja la enfermedad debe ser la meta odontológica más importante en niños con incapacidades del desarrollo. La mayoría de los enfermos con incapacidades

⁵⁰ Ib. pag. 123

⁵¹ www.spt.net/pacientespecial.htm

no necesitan más tratamiento que las medidas preventivas intensivas y las visitas regulares al odontólogo.⁵²

⁵² Arthur J. Nowak Op. cit. pág 121

3 PROBLEMAS EN LA SALUD BUCO DENTAL.

La gente con autismo experimenta pocas condiciones orales inusuales de la salud. Aunque las medicaciones comúnmente usadas y los hábitos orales que dañan pueden causar problemas, los índices de caries y de la enfermedad periodontal en la gente con autismo son comparables a éstos en la población en general. La comunicación y los problemas del comportamiento plantean los desafíos más significativos de proporcionar cuidado oral. Los hábitos orales perjudiciales son comunes e incluyen bruxismo; el empujar de la lengua; comportamiento uno mismo-perjudicial tal como escoger en la encía o morder los labios; y comer objetos y sustancias tales como grava, extremos del cigarrillo, o plumas. Si un protector de la boca puede ser tolerado, prescriba uno para los pacientes que tienen problemas con comportamiento o bruxismo.⁵³

3.1 EL RIESGO DE LA CARIES DENTAL - aumenta de los pacientes que tienen una preferencia por los alimentos suaves, pegajosos, o dulces; hábitos orales perjudiciales y dificultad de cepillado dental.

- Recomiende las medidas preventivas tales como fluoruros y selladores.

- Advierta los pacientes o sus tutores sobre las medicinas que reducen saliva o contienen el azúcar. Sugiera que los pacientes beban el agua a menudo, las medicinas sin azúcar de la toma cuando está disponible y enjuague con agua después de tomar cualquier medicina.

- Aconseje a los tutores para ofrecer alternativas a los alimentos y a las bebidas cariogénicas como incentivos o recompensas.

- Anime la independencia en higiene oral diaria. Pida que los pacientes le demuestren cómo cepillan, y siga con recomendaciones

⁵³ <http://mx.msusers.com>. Op. cit

específicas. Realice las demostraciones con manos para demostrar a pacientes la mejor manera de limpiar sus dientes.

- Algunos pacientes no pueden cepillar sus dientes. La charla a los tutores sobre higiene oral diaria no asume que saben los fundamentos. Utilice sus experiencias con cada paciente para demostrar técnicas orales de la higiene.⁵⁴



La erupción de los dientes puede ser retrasada debido a la hiperplasia gingival provocada por los medicamentos empleados para tratar la epilepsia, convulsiones etc, uno de estos medicamentos más usado es la Phenytoina la cual se prescribe comúnmente para la gente con autismo.⁵⁵

Los niños con severos problemas de conducta y comportamiento sufren traumatismos y lesiones en la boca por caídas o accidentes. Recuerde a los tutores que los traumas requieren la atención profesional inmediata y explique los procedimientos para seguir si un diente permanente se golpea hacia fuera. También indique a los tutores que es importante restaurar cualquier pedazo que falta de un diente fracturado, y explique que las radiografías del pecho del paciente pueden ser necesarias para determinar si se han aspirado algunos fragmentos de diente.⁵⁶

El material odontológico especializado varía desde folletos y otro tipo de medio de orientación, videos de enseñanza modular, innumerables

⁵⁴ Tb

⁵⁵ Tb

⁵⁶ Tb.

trípticos de enseñanza de salud dental, y manuales orientados a pacientes especiales y quienes los cuidan, para que la atención odontológica tenga el mismo nivel que en personas no incapacitadas. Cuando se ha producido algún cambio anatómico o enfermedad se recomienda la disminución de la placa dentobacteriana por medio de agentes quimioterápicos, si con las solas técnicas mecánicas es imposible conservar la salud de la boca es importante que los padres no supongan que los agentes quimioterápicos reducen la necesidad de eliminación mecánica de la placa mencionada.⁵⁷

Es importante controlar los factores que contribuyen a la enfermedad periodontal. Las anomalías funcionales que a veces causan pérdida de la integridad periodontal son acumulación de alimentos en el vestíbulo mandibular, líneas labiales altas con encía bulbosa seca y lesión traumática de los incisivos inferiores por deficiente función de la lengua. El cuadro periodontal puede deteriorarse aún más por el desgaste dental y las cargas mecánicas (masticatorias) que se imponen a los molares posteriores por el bruxismo y la mordedura muy abierta en sentido anterior. Aún más, la maloclusión puede depender de trastornos miotónicos de la cara y cuadros médicos que contribuyen a insuficiencia de vías respiratorias, respiración por la boca y posturas mandibulares anormales.⁵⁸

3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL se presenta en la gente con autismo en mucho de la misma manera que ocurre en personas sin trastorno del desarrollo.

- Algunos pacientes se benefician del uso diario de un agente antimicrobiano tal como chlorhexidina.⁵⁹

⁵⁷ www.spt.net/pacientespecial.htm

⁵⁸ Arthur J. Nowak Op. cit. pág. 121

⁵⁹ <http://mx.msnusers.com> Op. cit.

También prevalecen las anormalidades nutricionales y en particular las idiosincrasias en la nutrición que son comunes en trastornos psiquiátricos y el dilema de las golosinas dulces en niños con incapacidades del desarrollo, contribuyen a todos los aspectos de la enfermedad de la cavidad bucal. A menudo los psicólogos recurren a técnicas de tratamiento conductual, que incluyen alimentos cariogénos como recompensa de conductas aceptables. Muchos medicamentos que se administran a personas con incapacidades, como sedantes, psicotrópicos y anticonvulsivos, además de contener azúcar, disminuyen la corriente de saliva y con ello la acción limpiadora natural de la cavidad bucal. Es importante considerar estrategias de intervención preventiva como la orientación nutricional, programas de estimulación bucofacial, vigilancia de los efectos adversos de los fármacos en la boca, tratamiento médico de alteraciones en las vías respiratorias y modificación de los utensilios para la alimentación, todo lo cual puede llevar al mínimo la aparición de enfermedades de la boca en el paciente especial.⁶⁰

Las respuestas inusuales a los estímulos pueden crear distracciones e interrumpir el tratamiento. La gente con autismo necesita consistencia y puede ser especialmente sensible a los cambios en su ambiente. Ella puede exhibir sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales tales como sonido, colores brillantes, y tacto. Las reacciones varían: Alguna gente con autismo pueden sobre estimularse con tocarlos, mientras que la exposición al dolor y al calor puede no provocar mucha reacción en todos.⁶¹

- Utilice el mismo personal, misma hora operatoria y de la cita dental para familiarizar al paciente. Estos detalles pueden ayudar a hacer que el tratamiento dental sea menos amenazador.

- Reduzca al mínimo el número de distracciones. Intente reducir vistas innecesarias, sonidos, olores, u otros estímulos que pudieron ser

⁶⁰ Arthur J. Nowak Op. cit. pág 121

⁶¹ <http://mx.msnusers.com> Op. cit.

quebrantadores. Utilice un cubículo que sea algo aislado en vez de uno en el centro de una oficina ocupada. También, considere el bajar de la luz ambiente y el pedir al tutor del paciente si la música suave ayudaría.

- Dé un plazo de la hora para su paciente de ajustar y de desensibilizarse al ruido de un ajuste dental. Algunos pacientes pueden ser extremadamente sensibles al sonido de instrumentos dentales.

- Hable con el tutor para conseguir un sentido del nivel del paciente de la tolerancia. Algunos son defensivos y rechazan cualquier contacto en o alrededor de la boca o acunar la cabeza o la cara y otros lo encuentran confortable.

- Observe sus resultados y experiencias en la carta del paciente.⁶²

3.3 CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

La mayoría de las personas con incapacidades físicas o mentales puede ser tratadas en el consultorio dental con mínimas modificaciones, con respecto al paciente no discapitado. Sin embargo, las personas con incapacidades graves o problemas médicos concomitantes necesitan valoración adicional antes de emprender un tratamiento odontológico completo. La evaluación de todos los pacientes en forma típica incluye el interrogatorio personal, odontológico, familiar, social y de antecedentes farmacológicos; la exploración clínica; los estudios radiográficos y la evaluación del problema principal del sujeto. Los individuos con cuadros médicos graves necesitan consulta adecuada con un médico o un especialista y métodos adecuados de laboratorio. En la fase de evaluación el dentista debe cuantificar la capacidad del sujeto para colaborar durante el tratamiento, el estado funcional del paciente y el mejor método de comunicación.⁶³

⁶²ib.

⁶³ www.spt.net/pacientespecial.htm

Los antecedentes sociales son útiles para identificar la causa de la enfermedad bucal durante la exploración clínica.

3.3.1 HÁBITOS NOCIVOS

Las personas con discapacidad mental (cognoscitiva), a menudo practican hábitos nocivos en la cavidad bucal como rumiación, retener alimentos en la boca, bruxismo y automutilación. La rumiación es la regurgitación, masticación y deglución repetidas de un alimento ingerido; este hábito de inadaptación hace que el contenido ácido del estómago entre en contacto a menudo con la dentadura y ocasione desmineralización intensa de los dientes, y caries acelerada. Este hábito ocasiona erosión intensa de todas las superficies dentales y puede destruir fácilmente la integridad de obturaciones colocadas.⁶⁴

La retención de diversos materiales en la cavidad bucal, que es otro hábito nocivo en sujetos con autismo, incluye la retención de alimentos, medicamentos u otros productos en el vestíbulo bucal, por períodos largos; puede ocasionar caries en forma acelerada.⁶⁵

El bruxismo se define como el contacto no funcional de los dientes, e incluye contracción de los músculos masticatorios, rechinar de dientes, movimientos de molienda y raspadura, y golpeteo de los dientes. El bruxismo se observa en 15% de los niños en edad escolar, aproximadamente, y se identifica con mayor frecuencia en niños y adultos con incapacidades mentales. Un



⁶⁴ Odontología para el paciente impedido, edit Mundi S.A.I.C.F. Argentina primera edición 1979 pág.409

⁶⁵ www.spt.net Op. cit.

dato característico es el desgaste excesivo de la cara oclusal del diente. El dolor que surge con este hábito suele asumir la forma de adolorimiento de los músculos de la masticación, y con menor frecuencia disfunción de la articulación temporomandibular o cefalea. Se piensa que el bruxismo tiene varias causas, entre ellas, factores locales como maloclusión, interferencias de la cara oclusal, restauraciones altas u otros cuadros irritativos. Entre los factores sistémicos están deficiencias nutricionales, parasitosis intestinales, alergias a alimentos y trastornos endocrinos⁶⁶

El tratamiento del bruxismo puede limitarse al equilibrio conservador de la cara oclusal, con una guarda protética de mordida palatina blanda para sujetos con dentadura permanente, en caso de que no llegara a corregirse la atrición o desgaste intenso de los dientes primarios puede obligar a cubrirlos en su totalidad con coronas de acero inoxidable, en especial si hay caries extensa. El clínico debe considerar las modificaciones del diseño cavitario cuando trate al adulto con bruxismo, para asegurar la integridad de la restauración final.⁶⁷

⁶⁶ Ib. Pág.409

⁶⁷ www.spt.net/pacientespecial.htm Op.cit.

4 RECOMENDACIONES PARA FACILITAR LA FUNCIÓN MASTICATORIA.

4.1 EJERCICIOS ORALES.

Abra y cierre la boca lentamente varias veces. Tenga cuidado de cerrar los labios completamente.

Frunza los labios como para un beso, mantengamos en esta posición, luego relájelos (repita varias veces) .

Aparte los labios para formar una sonrisa grande, mantengamos en esta posición, repita este ejercicio varias veces.

Frunza los labios, manténgalos en esta posición, sonría, mantenga esta posición. Repita este ejercicio varias veces.

Abra la boca, trate de fruncir los labios con la boca abierta, no apriete la mandíbula, mantenga la posición, relaje, y repita varias veces.

Cierre la boca y apriete los labios. Relaje y repita.

Apriete los labios, chupe la saliva sobre la superficie de la lengua.

Abra la boca y saque la lengua. Tenga cuidado con no dejar la lengua moverse hacia un lado. Mantenga esta posición, relaje y repita varias veces, trate de sacar la lengua un poquito más cada día, teniendo cuidado con no dejar la lengua moverse hacia un lado.⁶⁸

Saque la lengua y muévala lentamente de una comisura a otra, manténgala en cada comisura, relaje, repita varias veces, tenga cuidado con hacer la lengua tocar la comisura cada vez.

Saque la lengua y trate de alcanzar la barbilla con la punta de la lengua, mantenga esta posición, relaje y repita.

Saque la lengua y trate de alcanzar la nariz con la punta de la lengua imagínese que esta lamiendo un cono de helado o que está tratando de

⁶⁸Kathryn Kilpatrick M.A manual terapéutico para el adulto con dificultades del habla y lenguaje
Vol. 1 pág. 345

quitar jalea del labio superior, no utilice el labio inferior ni los dedos, mantenga la lengua en esta posición relaje y repita.

Utilice un depresor de la lengua o una cuchara, saque la lengua, posicione la cuchara contra la punta de la lengua y trate de empujarla con la lengua mientras que la mano ayuda a resistir el empuje, mantenga la cuchara como un cono de helado o como una paleta en posición vertical, no en la boca, relaje y repita.

Saque la lengua, imagínese que esta lamiendo una paleta moviendo la punta de la lengua de la barbilla hacia la nariz, muévala lentamente pero bien, relaje-repita.

Saque la lengua y retráigala tantas veces y tan rápidamente como pueda, relaje-repita.

Mueva la lengua de una comisura a otra tan rápidamente como pueda, relaje-repita.

Mueva la lengua en un movimiento circular, tocando ambas comisuras los dos labios tan rápidamente como pueda, relaje-repita.

Abra y cierre la boca tan rápidamente como pueda, tenga cuidado con cerrar la boca completamente, relaje-repita.

Diga ma-ma-ma-ma tan rápidamente como pueda sin perder el sonido ma tenga cuidado con pronunciar la m y el sonido de la a, relaje-repita.

Diga la-la-la-la tan rápida y correctamente como pueda, relaje-repita.

Diga ca-ca-ca-ca tan rápida y correctamente como pueda, relaje-repita.

Diga cala-cala-cala tan rápida y correctamente como pueda. relaje-repita.⁶⁹

Es importante señalar algunos principios básicos que deben considerarse en la utilización de este programa tales como:

⁶⁹ib. pág. 343 - 349

No se debe interrumpir la expresión verbal del niño

Debe estimularse al niño en todo momento.

Debe evitarse exigir más de las propias capacidades del niño.

Antes de iniciarse el trabajo diario, es esencial planear el tipo de actividades a desarrollar con el niño.

Al iniciarse el trabajo, deben elegirse actividades sencillas complicando poco a poco.

El logro de pequeñas metas, proporciona al niño un sentimiento de seguridad en sí mismo, lo cual al paso del tiempo, le ayudará a superar poco a poco cada uno de sus problemas.

4.2 EJERCICIOS PARA TRAGAR.

HÁGALE AL PACIENTE SEGUIR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA AYUDARLE A TRAGAR.

El paciente debe sentarse erguido o inclinado un poco hacia adelante con almohadas entre la espalda y la silla, o la espalda y la cabecera de la cama. La cabeza debe inclinarse hacia el cuello a un ángulo de 90°.

El paciente debe practicar con bocados y tragos pequeños. Debe evitar los extremos - caliente, frío, picante, agrio y duro, que pueden introducirse gradualmente a la medida que el tragar se estabilice.

El paciente debe masticar bien la comida. Debe utilizar el lado sano hasta que el masticar y el tragar se mejoren. Debe formar una bola con la comida mastcada en el lado sano antes de tratar de tragarla.⁷⁰

A la mamá se le debe explicar bien el proceso de un tragar eficaz antes de empezarlo. Los niños con trastorno autista no permiten tocarles la cara y la cabeza por lo cual mantienen los labios y los dientes apretados, para abrirle la boca se necesitan de auxiliares como las mordederas y/o

⁷⁰ Ib. pág 431

comida (manzanas picadas, zanahorias etc.) Se coloca el alimento arriba del labio superior y se mueve el alimento de comisura a comisura de los labios para propiciar estímulos y poco a poco inducir el acto de tragar.

"Debe examinar el acto de masticación del niño autista, revisar con el dedo, o con un espejo, puesto que muchas veces la comida escapa a la región de la mejilla y puede almacenarse y cursar el atragantamiento o puede perderse hasta más tarde, en caso de que no pueda formar el bolo se debe ayudar con el dedo índice del tutor, removerlo y tratar de formar dicho bolo para que el niño pueda hacer el acto de deglución. Pida a la mamá practicar los siguientes ejercicios para aumentar la fuerza y la coordinación. Es importante mencionar que la mayoría de los ejercicios se realizan con la ayuda y estímulo de comida y /o frutas".

El paciente debe tratar de producir el reflejo de atragantamiento si no existe, por mover un depresor de lengua cubierto de gasa hacia la garganta. Es un reflejo vital que tiene que funcionar bien para evitar el ahogo.⁷¹

Si el reflejo de atragantamiento es demasiado sensitivo, los mismos ejercicios antes mencionados ayudarán a normalizar el reflejo. No se mueva el depresor de la lengua hasta el punto de causar el reflejo de atragantamiento, sino muévelo un poco más hacia la garganta cada día hasta cubrir 2/3 a 3/4 de la extensión de la lengua. A este punto el reflejo debe ocurrir naturalmente.⁷²

El paciente debe tratar de eructar.

El paciente debe practicar a apretar los dientes según la voluntad.

El paciente debe practicar a apretar los labios colocando un pequeño pedazo de papel entre ellos.

El paciente debe poner un poquito de crema de maní en el paladar y tratar de quitarla con la lengua.

⁷¹ Kathryn Kilpatrick M A Op. cit. pág. 345

⁷² Ib. pág 345

El paciente debe masticar chicle bajo supervisión, entonces sacarlo. No lo olvide.

El paciente debe chupar una paleta - no solamente dulces duros- puesto que el palito le protege al paciente de tragarla accidentalmente.

4.3 EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DE LOS LABIOS.

1 Abra y cierre la boca lo más posible.

2 Sonría lo más posible y luego coloque la boca en la posición normal.

3Haga proyección de los labios en forma tubular hacia adelante y vuelva a la posición inicial.

4 Desea la posición tubular de los labios, muévalos en todas direcciones (arriba, abajo, derecha, izquierda, circular por la derecha, circular por la izquierda).

5 Combinación de movimientos de los labios (boca abierta, con sonrisa, en posición tubular). Los movimientos deben realizarse con la mayor amplitud posible



Cerrar y fruncir los labios.

Sostener objetos entre los labios apretando sin ayuda de los dientes (tubos, popotes, lápices).⁷³

Llevar los labios de un lugar a otro. Haciendo muecas.

Cerrar los labios y apretar, como para decir "PA" sin producir el sonido.

Llevar los labios y colocarlos en posición de beso, (dar besitos).

Colocar un botón amarrado con hilo y jalar el hilo. El niño debe hacer presión sobre el botón, para no dejarlo caer.

Apretar los labios con fuerza y soltar.

⁷³ Tobias Correderas Sanchez. Defectos en la dicción infantil Buenos aires argentina segunda edición 1987 pág. 186

Trompetillas con los labios.

Reírse estirando los labios a lo ancho.



4.4 EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DE LA LENGUA

1 Con la boca abierta lo más posible, sacar e introducir la lengua.

2 Sacar la lengua y realizar movimientos en todas direcciones.

3 Con la boca cerrada haga movimientos circulares con la lengua alrededor de los dientes (por la cara anterior de éstos).

4 Con la boca cerrada, mover la lengua en el interior de la boca de derecha a izquierda, ejerciendo presión.

5 Chasquee la lengua.

Meter y sacar la lengua.

Sacar la lengua y meterla en posición recta.

Mover la lengua de un lado a otro, [derecha a izquierda y de izquierda a derecha]

Darle vuelta a la lengua afuera de la boca.

Hacer trompetillas con la lengua fuera.



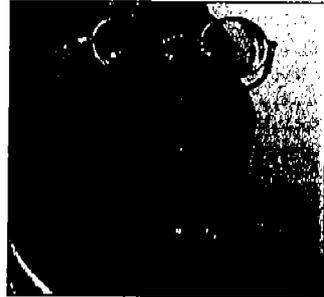
Poner mermelada, cajeta, azúcar o dulce, alrededor de los labios y limpiarlos con la lengua.

Barrer con la lengua el paladar de atrás hacia adelante y viceversa.

Subiendo y sacando la lengua en el paladar, produciendo el sonido "LA. LA".

Hacer chasquidos con la boca cerrada, enseñando los dientes. Posteriormente hacerlos con la boca semi-abierta.

Tomar líquidos lamiendo de un plato, [como gato]



4.5 EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DEL VELO DEL PALADAR.

1 Con la boca abierta estimular el velo con un depresor, o con la parte trasera de un cepillo dental o de una cuchara (realice movimientos laterales y profundos de la úvula, estimulando también la pared posterior).⁷⁴



2 Hacer gárgaras con agua, evitando que el líquido salga por las fosas nasales.

3 Realización reiterada de acto de deglución.

4 Bostezar.

5 Pronunciación de vocales en ataque fuerte: A, E.

Es necesario mantener el máximo de tiempo posible la úvula elevada, curtiéndose realizar conteos para estimular la musculatura para la deglución y la fonación.

Hacer la posición de A, sin usar la voz, y luego con voz,

⁷⁴Ib pág. 57

Bostezar tratando de elevar el velo del paladar lo más atrás que sea posible

Decir ka ko, ke, ki, ku.

Decir sta, ste, sti, sto, stu.

Mantener la boca abierta, decir "a-ng."⁷⁵

4.6 EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DE LA MANDÍBULA.

Abra y cierre la boca.

Mantenga la boca abierta durante un lapso de tiempo determinado (puede ser bajo conteo, aumentando paulatinamente).

Realice movimientos laterales de la mandíbula hacia uno y otro lado.

⁷⁵ Ib. pág 58

CONCLUSIONES.

El niño autista es una persona diferente con problemas complicados y con características especiales; es una persona que no comprende lo que sucede a su alrededor sino al contrario, se encierra en su propio mundo y a veces si tratamos de interrumpir las actividades que está haciendo podemos conseguir de su parte un berrinche muy fuerte y ninguna comunicación con ellos. Como profesionales de la salud, es necesario conocer las características del autismo y las implicaciones en cuanto a salud buco dental de su problema para poder ayudarlos a tener una mejor calidad de vida.

Durante la elaboración de este trabajo confirmé que la información acerca del cuidado odontológico en niños autistas es mínima, por lo cual considero que se debería dar mayor difusión para que todos sepamos lo que sucede con este trastorno.

Algunos problemas comunes en estos niños son el bruxismo y la mordida abierta, debido al uso persistente del biberón y no retirarlo a tiempo y al excesivo desgaste oclusal por la masticación con la boca abierta.

En el Instituto Nacional de Comunicación Humana (I.N.C.H.) donde tuve la oportunidad de estar cerca de los niños y observar su comportamiento así como su alimentación, la forma de masticar y deglutir, me di cuenta que no ejercen la masticación de forma normal sino de una manera rápida y deglutiendo el alimento casi entero. Con las recomendaciones en cuanto a facilitar el proceso de masticación, podemos ir ayudando a estos niños para que poco a poco logren controlar este acto y lo realicen de manera normal, aunque cabe mencionar que el manejo no es fácil ya que los pacientes autistas son temerosos y no aceptan el contacto con las personas.

El actual trabajo está diseñado para todo tipo de persona que desee saber acerca del autismo, en especial para los padres de estos niños, para que conozcan los cuidados odontológicos que deben tomarse en cuenta y las recomendaciones para facilitar y/o mejorar el proceso de la masticación.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association: Task force on DSM IV, DSM IV Draft, criteria Washigton 1993).
- Arthur J. Nowak Odontología para el paciente impedido, edit Mundi S.A.I.C.F. Argentina primera edición 1979 pp. 106
- Alejo Cuellar Claudia. 1990 El juego como medio de comunicación para el Niño Autista.
- Bleuler E. Dementia Praecox or the group of schizophrenias Nueva York International University Press. E.U. 1998.
- Bowra C. M. La Grecia Clásica. Las Grandes Épocas de la Humanidad. Colección de Time Life. 1967, pp. 192
- Deltanet.com/autismo/antecedentes
- Eson. Morris E. Base psicogénicas de la educación, traducido por Pedro Rivera México Interamericana 1978 pp. 403.
- Frampton Merle E. Rowell Hug Gran. La Educación de los Impedidos Tomol. 1975. SEP.
- Harold I. Kaplas Synopsis de psiquiatría ciencias de la conducta psiquiatría clínica 8ª edición Editorial Médica Panamericana Madrid_ España 2001 pp.1589
- (<http://www.aapd.org>)
- (http://www.autismo_society.org.)
- (<http://mx.msnusers.com/EIAutismo/compartirecetas.msnw>)
- (www.spt.net/pacientespecial.htm)
- Howard H. Goldman Psiquiatría general Manual moderno 1996. Editorial Mundi México pp. 682
- Koch/Modeer/ Poulsen Odontopediatría enfoque clínico.. Buenos Aires. Editorial Panamericana 1994. pp. 281
- Kathryn Kilpatrick M.A Manual terapéutico para el adulto con dificultades del habla y lenguaje Vol. 1 pp. 345

Neurositio.com/autismo/antecedentes

Pichot Pierre. J. Lepor Juan. Alriño Ibor. Valdez Miyar Manuel. DSM IV
Editorial Masón España 2000.

Rowan Wilson John. La Mente. Colección Científica de Time Life.
1969.

Tobias Correderas Sanchez. Defectos en la dicción infantil Buenos aires
argentina segunda edición 1987 pp. 186