



UNIVERSIDAD VILLA RICA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“EL NIÑO AUTISTA Y EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN LA CONSULTA DENTAL”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

FIDEL VALENZUELA AMOR

Asesor de Tesis:

Revisor de Tesis

COP. MARÍA DEL PILAR LEDESMA VELÁZQUEZ

COP. MARÍA DEL PILAR LEDESMA VELÁZQUEZ

BOCA DEL RÍO, VER.

2012



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.

AGRADECIMIENTOS

DIOS: Le doy gracias a dios por haberme mandado a este glorioso mundo y disfrutar de el, por saber encontrarlo en los momentos difíciles, también por saberme escuchar y sobre todo por perdonar en mis pecados.

PAPA: Le doy gracias a mi papa primero por haberme criado y siempre guiándome por el buen camino, por aguantarme en a aquellos momentos malos pero sin embargo gracias a esos esfuerzos hoy esta viendo fruto de ello.

MAMA: Gracias por todo el amor que me ha brindado por haberme guiado y siempre apoyarme en esos momentos que la necesitaba y creer en mi, siempre la voy a querer con todo mi corazón.

HERMANA: Le doy gracias por ayudarme a desvelarse conmigo para hacer posible este proyecto siempre voy a estar a gradecido por brindarme una hermana tan buena.

TÍOS: Le doy gracias a mis tíos por que siempre me estuvieron apoyando con esas palabras de aliento, confiar en mi e incluso cooperar como pacientes.

AMIGOS: Gracias a todos esos compañeros que estuvieron con migo en las buenas y en las malas a los que me ayudaron hacer mejor persona y siempre conté con su ayuda.

ASESORA: le doy gracias por estar siempre conmigo apoyándome e incluso motivándome para que flojera no se apoderara de mi, muchísimas gracias por haber sido mi asesora.

INDICE

INTRODUCCION

**CAPITULO I
METODOLOGIA**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVO ESPECIFICO	
1.4 HIPOTESIS.....	5
DE TRABAJO	
NULA	
ALTERNA	
1.5 VARIABLES.....	5
VARIABLE DEPENDIENTE	
VARIABLE INDEPENDIENTE	
1.6 DEFINICION DE VARIABLES.....	6
DEFINICION CONCEPTUAL	
DEFINICION OPERACIONAL	
1.7 TIPO DE ESTUDIO.....	10
1.8 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	11
1.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	11

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES DEL AUTISMO.....	12
ETIOLOGÍA (GENÉTICA)	
INCIDENCIA	
EPIDEMIOLOGIA	
PREVALENCIA	
HISTORIA	
SÍNTOMAS	
CLASIFICACIÓN	
2.2 MANEJO DE COMPORTAMIENTO.....	48
OBJETIVOS	
CONDUCTA INFANTIL EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO	
COMPRESIÓN DEL TEMPERAMENTO DEL NIÑO	
MIEDO	
ANSIEDAD	
TÉCNICAS CONDUCTUALES	
2.3 MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN PACIENTES AUTISTAS EN EL CONSULTORIO DENTAL	86

**CAPITULO III
CONCLUSIONES**

3.1 CONCLUSIONES.....88

BIBLIOGRAFIAS.....91

LISTA DE FIGURAS

Fig.1 Aislamiento del niño Autista.....12

Fig. 2 Representación de la genética del niño autista.....23

Fig. 3 Retrato de Leo Kanner Principal autor del Autismo.....37

Fig.4 El manejo de comportamiento.....48

Fig. 5 Enseñando la Ludo terapia.....59

Fig. 6 Referencia al miedo.....78

Fig. 7 manejo de comportamiento.....86

Cuadro 1 Genética.....27

INTRODUCCIÓN

La odontología se define en el diccionario de la real academia española como <<la parte de la medicina que estudia los dientes y el tratamiento de sus dolencias>>.

Por otra parte la infancia, del latín infancia, indica << el periodo de desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia>>. Se utiliza esta palabra para referirse tanto a los aspectos físicos como psicológicos de esta edad.

Odontopediatría, pedodoncia, paidodoncia, estomatología infantil son los términos más utilizados al referirse al área de conocimiento que estudia la boca del niño y sus enfermedades a si como su manejo de comportamiento.

Durante el crecimiento y el desarrollo del niño, se presentan diversas alteraciones y diferentes tipos de trastornos, Por lo consiguiente es importante que los odontólogos estén capacitados para hacer frente a estos problemas.

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracteriza por una perturbación grave y generalizada; habilidades para interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y acostumbran asociarse a algún grado de retraso mental. A veces, los trastornos generalizados del desarrollo se observan en otras enfermedades médicas (anormalidades cromosómicas, infecciones congénitas, anormalidades estructurales del sistema nervioso central).

Aunque en algunos momentos se utilizaron términos como (psicosis) y (esquizofrenia infantil) para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos a favor de que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior).

Así mismo el autismo es un trastorno crónico que se caracteriza por la incapacidad del paciente para establecer relaciones normales con otras personas. Los pacientes establecen a menudo relaciones alteradas y peculiares con el resto de las personas; a menudo se comportan con las personas como si fueran objetos animados.

Las personas autistas pueden mostrar movimientos corporales repetitivos (aleteos de las manos y balanceo del cuerpo), responder de forma habitual a las personas o mostrar un apego extraño a ciertos objetos y resistirse a cualquier modificación de la rutina algunos niños autistas muestran una conducta agresiva, auto lesivas o de ambas características.

Algunas personas autistas padecen una discapacidad grave, otras pueden funcionar de forma independiente y otras incluso, pueden desarrollar habilidades excepcionales en ciertas áreas como, música, dibujo o matemáticas.

Por ello es difícil el manejo de comportamiento debido a los trastornos de comunicación y del lenguaje que presentan. Es conveniente tratarlos en un ambiente de rutina siempre por el mismo profesional y en idénticas condiciones si surgiera algún problema para el tratamiento se puede recurrir a emplear alguna técnica de sedación.

Aun así es difícil y se hace necesario en numerosas ocasiones recurrir a la anestesia general en procedimientos largos y complejos.

CAPITULO I

METODOLOGIA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El autismo comienza a una edad temprana comúnmente en los primeros 3 años de vida si bien algunas autoridades señalan que la incapacidad comienza en el nacimiento y otros señalan que se desarrolla en los dos y medio años de vida, todos coinciden en que se manifiesta en jóvenes, indefensos, niños pequeños.

Es una condición en la que el cerebro no funciona correctamente.

Como el autismo interfiere con el funcionamiento normal del cerebro y de su desarrollo, afectando la vida del niño en un sin número de áreas y llega a desarrollar habilidades en una manera diferente de aquellos que no son afectados.

Cabe mencionar que la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA) calcula que existe un niño autista por cada 150 nacimientos, lo cual indica que problema es más frecuente que el cáncer infantil, la diabetes y el sida.

La etiología es desconocida y su prevalencia es de 2 a 4 de cada 10.000 niños menores de 12 a 15 años siendo más frecuentes en niños que en niñas, se caracteriza por aparecer antes de los 30 meses de edad.

Las teorías sobre el autismo han cambiado radicalmente a lo largo del tiempo. Antes se consideraba que este trastorno se debía a una crianza anómala del niño debido a que sus padres eran fríos y distantes. Esta teoría ha sido desechada de manera concluyente.

Los padres de los niños autistas no son distintos a otros padres de niños con enfermedades graves. Las anomalías observadas en los padres de los niños autistas eran en si misma el resultado de intentar criar a un niño con esta enfermedad, y no la causa del autismo. La causa actual se encuentra en los aspectos genéticos y en la neuropatología.

El autismo es una enfermedad que se manifiesta durante toda la vida. Sin embargo, su expresión clínica se modifica con el tiempo a medida que el tiempo crece. Desde el punto de vista del pronóstico, la edad de 5-6 años es una fase crítica en el autismo.

Los pacientes pueden presentar una rebeldía tenaz y penetrante; en ocasiones se producen enfrentamientos violentos, la evolución puede ser muy mala, hasta el punto de que se haga necesario el internamiento del paciente en alguna institución durante toda su vida.

No obstante en la mayor parte de los casos los pacientes pueden permanecer en su hogar, siempre que haya otras personas que les organicen sustancialmente la vida.

Las complicaciones del autismo son predecibles en función de la sintomatología individual de cada paciente. A menudo, el buen desenvolvimiento a nivel comunitario depende de sus habilidades sociales; dado que el autismo hay una disminución de estas habilidades, son limitadas las posibilidades de que el paciente pueda hacer lo que realmente desea. En los casos en los que también hay retraso mental la evolución depende del grado del mismo tal como ocurre en cualquier niño con retraso mental.

El manejo de comportamiento es importante para poder llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente y así ganar su atención.

Si no ostentamos del conocimiento indispensable de cómo atender a este tipo de pacientes por sus condiciones no lograremos brindarle la mejor atención dental adquiriendo como consecuencia una conducta no deseada.

Por lo consiguiente surge la interrogante:

¿El conocimiento de la condición del niño autista ayudará al manejo de comportamiento en la consulta dental?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Este trabajo de investigación tiene como fin conocer las características y condiciones del paciente autista.

Es importante para la sociedad en general, los cirujanos dentistas, los educadores sepan las condiciones de éstos pacientes para poderlos entender e interactuar con ellos. Un claro ejemplo de estos pacientes es la falta de respuesta hacia las personas e incluso no parecen reconocer a las más importantes a sus padres y hermanos.

Por ello se procura ayudar a los padres a aceptar a su hijo autista y animarlos a que sigan aplicando los programas apropiados de modificación del comportamiento. Dado que algunos padres se pueden considerar culpables de la enfermedad, es necesario explicarle todo lo que se sabe acerca de la etiología de la misma para disipar cualquier sentimiento de culpa que pueda presenta.

La mayoría de los niños autistas no establecen contacto físico, verbal y visual con los demás, no juegan con otros niños y hay una carencia profunda del desarrollo de la imaginación y empatía.

Por ello se requiere una mejor preparación por parte de los odontólogos que se dedican a la práctica general, ya que cada día se observa un alto porcentaje del paciente autista y muy pocos saben cómo tratar este tipo de pacientes.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General.

Conocer las características específicas de los pacientes autistas así como los diferentes tipos de manejo de comportamiento que existen para así aplicarlo en la consulta dental.

Objetivos Específicos.

- Conocer las características del niño autista.
- Identificar los diferentes tipos de comportamientos del niño autista.
- Describir las diferentes técnicas de comportamientos en la consulta dental

1.4 HIPÓTESIS**DE TRABAJO.**

El conocimiento del niño autista nos ayudará al manejo de comportamiento en la consulta dental.

NULA.

El conocimiento del niño autista no ayudará al manejo de comportamiento en la consulta dental

ALTERNA.

El manejo de comportamiento en el consultorio dental nos ayudará a tratar al niño autista

1.5 VARIABLES

- **Variable independiente:**

El niño autista

- **Variable dependiente:**

El manejo de comportamiento en la consulta dental

1.6 DEFINICION DE VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL

- **Variable independiente: El niño autista**

El niño autista descrito por Leo Kanner (1894-1981), es el prototipo y la forma más severa de los trastornos generalizados del desarrollo. Se presenta casi siempre desde los primeros cinco años de vida y se diagnostica principalmente con base a las normalidades de la conducta.¹

Se presume que algunos casos se asocian, o se deben a problemas médicos como espasmos infantiles, rubéola congénita, esclerosis tuberosa, lipoidosis cerebral y anomalía del cromosoma frágil x.

El autismo es 10 veces mas común de lo que era en los años 80. Según el estudio epidemiológico del (center for disease control and prevention) de estados unidos, en 1986. La tasa promedio va en aumento hoy día, hay mayor conciencia en los profesionales de la salud mental acerca del trastorno y mejor información en las familias.

Los autistas tienen una dificultad específica con estímulos verbales complejos y al utilizar el contexto de alguna frase para quitarle ambigüedad a su significado. La base neural del lenguaje desordenado en el autismo supone un bajo grado de integración y sincronización de la información a través de la red cortical, para procesar el lenguaje.

La importancia de los factores biológicos en el origen del autismo se supone por sus asociaciones y la crisis, otras enfermedades físicas y el papel de los factores genéticos.

¹ Libro.- Neuropsicología Humana Autor.- Bryan Klob Q.

Las personas con autismo corren un alto riesgo de manifestar crisis durante la infancia y la adolescencia. Además, pueden observarse diversos síntomas y signos neurológicos no específicos.

“El autista aquella persona a la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles, aquella personas que vive como ausentes – mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por lo tanto ellos se sienten incompetentes para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”.

De esta forma tan fascinantes nos defines Riviere el autismo.

De este aislamiento, de esta soledad que nos plantea Rieviere, habla también Uta Fritth (1999) cuando dice “No es una timidez, ni un rechazo o una evitación de contacto humano, aunque la conducta autista se interprete a veces de este modo.

La soledad autista no tiene nada que ver con estar solo físicamente sino con estarlo mentalmente

Siguiendo los planteamientos anteriores, en los que el autismo nos aparece como una desviación tremenda de las pautas que actualmente rigen las relaciones entre personas J. Martos (2001) presenta el autismo como “una devastadora alteración de aquellas funciones esencialmente humanas, que se gestan en los primeros años de vida”.

A veces creemos que solo existe personas con autismo desde 1943, año en que karnner describió este síndrome. Esta creencia no es valida, basta asomarse a la literatura, para encontrar personajes que bien podían estar dentro de la sintomatología autista.

Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a una persona específica. A lo largo del desarrollo, el niño puede interesarse más por dicha interacción. Sin embargo, incluso en tales circunstancias, el niño tiende a tratar a otras personas de modo desusado (p. ej., Esperando que los demás respondas a preguntas titulizadas de forma específica, teniendo un escaso sentido de los límites de los demás y actuando de manera inadecuada en la interacción social).

En los sujetos de más edad cabe mencionar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo (p. ej., Horario de trenes, fechas históricas, formulas químicas o recuerdo exacto de letras de canciones escuchadas años antes), pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental mas grave.

Variable dependiente:

- **El manejo de comportamiento en la consulta dental**

Boj refiere que uno de los aspectos más importantes en odontopediatria es el control de la conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito su tratamiento dental. Por este motivo, es fundamental comprender su conducta y la de los padres que la acompañan. Actualmente, a pesar de las mejoras en la odontología (eficaces anestésicos locales, agujas indoloras horribles sobre esta, todavía es patente en nuestra sociedad el temor de los niños al dentista.

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para su actitud sea positiva frente a nuestro tratamiento. La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad, lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, personalidad, atención de los padres o la habilidad del profesional.

Sin embargo, algunos requieren una atención especial. Desde el momento en el que el niño entra en la consulta, es necesario no solo establecer una empatía con el, sino también emplear las técnicas de conductas adecuadas.

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

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

DEFINICION OPERACIONAL.

Variable independiente:

- **El Niño Autista**

El paciente autista es aquella persona que está ausente y que su alrededor resulta impredecible e incapaces de convivir con otras personas, tienden a un alto riesgo de manifestar crisis durante la infancia y la adolescencia. Además, pueden observarse diversos síntomas y signos neurológicos no específicos.

Variable dependiente:

- **El manejo de comportamiento en la consulta dental**

Unos de los aspectos más importantes en odontopediatria es el control de la conducta, ya que sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito su tratamiento dental.

Sin embargo, algunos requieren una atención especial. Desde el momento en el que el niño entra en la consulta, es necesario no solo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de conductas adecuadas.

1.7 TIPO DE ESTUDIO.

Este trabajo cuenta con un tipo de estudio DESCRIPTIVO, ya que los datos e información que se manejaron en el tema fueron tomados de diferentes literaturas, y se pudieron confirmar mediante la realización de un trabajo de investigación de campo. Dicho trabajo se incluye en la tesis en el apartado de resultados y conclusiones.

1.8 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Como ya se hizo mención en las páginas anteriores, la importancia del trabajo radica en que el Cirujano Dentista englobe los aspectos que deben ser tomados en cuenta durante su práctica diaria, y así implementar su diagnóstico para el tratamiento adecuado de este tipo de paciente y no su mal manejo que pueda dañar la integridad física del paciente.

1.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se tuvo acceso a numerosas bibliografías en las bibliotecas por tanto no hubo limitaciones para la realización de este estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. GENERALIDADES DEL AUTISMO



Fig.1 Aislamiento del niño Autista

CLASIFICACION

“El autista aquella persona a la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles, aquella personas que vive como ausentes – mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por lo tanto ellos se sienten incompetentes para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”.²

De esta forma tan fascinantes nos defines Riviere el autismo.

De este aislamiento, de esta soledad que nos plantea Rieviere, habla también Uta Frith (1999) cuando dice “No es una timidez, ni un rechazo o una evitación de contacto humano, aunque la conducta autista se interprete a veces de este modo.

La soledad autista no tiene nada que ver con estar solo físicamente sino con estarlo mentalmente

Siguiendo los planteamientos anteriores, en los que el autismo nos aparece como una desviación tremenda de las pautas que actualmente rigen las relaciones entre personas J. Martos (2001) presenta el autismo como “una devastadora alteración de aquellas funciones esencialmente humanas, que se gestan en los primeros años de vida”.

A veces creemos que solo existe personas con autismo desde 1943, año en que karnner describió este síndrome. Esta creencia no es válida, basta asomarse a la literatura, para encontrar personajes que bien podían estar dentro de la sintomatología autista.

² Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Autor: Masson

El término autista proviene de “autos” que significa “si- mismo” este término lo uso primera vez Bleuler (1911) cuando describió enfermos esquizofrénicos hablaba de la evasión fuera de la realidad y el simismamiento interior. No fue hasta 1943 cuando tuvo la definición clara (todavía vigente) de lo que es el trastorno autista, en este año Leo Kanner en su artículo “Los trastornos afectivos del autista describía el caso de 11 niños, llegando a la conclusión de que todos presentaban unas características comunes”.

El autismo es clasificado según DSM-IV (de la Asociación Americana de Psiquiatría) como una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo :habilidades para interacción social, habilidades para comunicación o para presencia de comportamientos, intereses actividades estereotipadas.³

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Hablamos del trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Las clasificaciones de uso mas general son las de Rimland (1964) y Mahler (1958) Aunque basadas en premisas diferentes, ambas diferencian entre psicosis infantil del tipo Kanner y un tipo de psicosis infantil que tiene mucho en común con la esquizofrenia adulta. Mahler distingue entre psicosis autistas y psicosis simbióticas.

La suya es una hipótesis de desarrollo, porque considera que en el desarrollo infantil se da un estadio de autismo que precede a un estadio simbiótico. De modo que en su opinión la edad en que comienza el tipo de psicosis manifestada por el niño.

³ E-Books Estados autísticos en los niños autor francés tustin

Esto parece resultar operativo en algunos casos, pero en otros las hipótesis de Rimland parecen ser importantes. Rimland (que no reconoce la psicosis psicógena) distingue entre niños autistas (tipo Kanner y niños esquizofrénicos).

Sugiere que los rasgos que diferencian a ambos grupos podrían ser reminiscencia de las categorías de Kretschmer (1936) de ciclotímicos (grupo autista) y esquizotímicos (grupo esquizofrénico).

SÍNTOMAS

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En la mayor parte de los casos existen un diagnóstico asociado de retraso mental, habitualmente en un intervalo moderado (CI35-50) aproximadamente el 75% de los niños con trastorno autista sufre retraso. Pueden existir alteraciones del desarrollo de las habilidades cognitivas. El perfil de las habilidades cognitivas suele ser irregular, cualquiera que sea el nivel general de inteligencia (p. ej. Una niña de 4 años de edad con un trastorno autista puede ser capaz de leer, esto es, presentar una hiperlexia).

En muchos niños con un trastorno autista funcionalmente superior, el nivel de lenguaje receptivo (o sea la comprensión del lenguaje) es inferior al del lenguaje expresivo (p. ej., vocabulario). Los sujetos con trastornos autistas pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamiento autolesivo y, especialmente los niños pequeños pataletas.

Pueden observarse respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales (p. ej., un elevado umbral para el dolor, hipersensibilidad ante los sonidos en los contactos físicos, reacciones exageradas ante la luz o los colores, fascinación por ciertos estímulos).

Pueden producirse irregularidades en la ingestión alimentaria (p. ej., Dieta limitada a muy pocos alimentos, pica) o en el sueño (p. ej., Despertar recurrente o balanceo nocturno). Pueden presentarse alteraciones del humor o la afectividad (p. ej., Reír o llorar sin motivo observable, ausencia aparente de relaciones emocionales). Cabe mencionar una ausencia de miedo a respuesta a peligros reales y un temor excesivo en la respuesta a objetos no dañinos.

Suelen presentarse distintos comportamientos auto lesivos (p. ej., Cabezazos o mordiscos en los dedos, las manos o muñecas). En la adolescencia o en los inicios de la vida adulta, los sujetos con trastornos autistas y capacidad intelectual suficientes pueden permitirse en respuesta a la toma de conciencia de sus graves déficit.

Hallazgos de laboratorio.- Cuando un trastorno autista se asocia a una enfermedad médica, se obtienen datos de laboratorio coherentes con esa enfermedad. Se han hallado diferencias de grupo en medidas de la actividad serotoninérgica, pero carecen de valor diagnóstico en el trastorno autista. En algunos casos pueden resultar anormales los estudios por neuro imagen, pero no se ha identificado claramente un patrón específico. Son frecuentes las alteraciones de EEG, incluso en ausencias de trastorno convulsivos.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. En el trastornos autista pueden observarse distintos síntomas o signos neurológicos no específicos (p. ej., Reflejos primitivos retraso del desarrollo de la dominancia manual). A veces el trastorno se presenta asociado a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., Encefalitis, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, síndrome de X frágil, anoxia cana tal, rubeola materna). Alrededor de 25% de los casos experimenta crisis convulsivas (particularmente en la adolescencia). Cuando existan otras enfermedades médicas se anotaran en el eje III.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

En el trastorno autista, la naturaleza de la alteración social puede modificarse con el paso del tiempo, pudiendo variar en función del nivel de desarrollo del individuo. En los niños pequeños cabe observar incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afectos o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, repuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres. Como resultado de todo ello, los padres pueden inicialmente preocupados ante la posibilidad de que su hijo sea sordo.

Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a una persona específica. A lo largo del desarrollo, el niño puede interesarse más por dicha interacción. Sin embargo, incluso en tales circunstancias, el niño tiende a tratar a otras personas de modo desusado (p. ej., Esperando que los demás respondan a preguntas titulizadas de forma específica, teniendo un escaso sentido de los límites de los demás y actuando de manera inadecuada en la interacción social).

En los sujetos de más edad cabe mencionar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo (p. ej., Horario de trenes, fechas históricas, formulas químicas o recuerdo exacto de letras de canciones escuchadas años antes), pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social.

El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave.

ETIOLOGÍA

1.-Inicialmente el interés se encontró en la posibilidad de que los factores del entorno provocan de algún modo el autismo, pero una serie de observaciones indicó que esta posición era errónea. Mas bien, se atribuyó el motivo a alguna alteración al sistema nervioso central. También se investigó aspectos importantes del desarrollo psicológico en el autismo.

2.-Las teorías etiológicas sobre el autismo han cambiado radicalmente a lo largo de los últimos decenios. Antes se consideraban que este trastorno se debía a una crianza anómala del niño debido a que sus padres eran fríos y distantes. Esta teoría ha sido desechada de manera concluyente. Los padres de los niños autistas no son distintos de los demás padres de otros niños con enfermedades graves.

Las anomalías observadas en los padres de los niños autistas eran en sí misma el resultado de intentar criar a un niño con esta enfermedad, y no la causa del autismo. La investigación actual se centra en los aspectos genéticos y en la neuropatología.

Los estudios realizados sobre grupos familiares indican la existencia de factores genéticos. Tal como se ha señalado, la incidencia del autismo en la población general es de aproximadamente el 0.5%.

Sin embargo, es de alrededor del 5% entre los hermanos de los pacientes y la tasa de concordancia entre los gemelos homocigóticos en comparación con los bicigóticos (36% frente a 0%) sugiere la presencia de un factor genético.

En los hermanos de niños autistas, la prevalencia es de 2% (50 veces superior a lo esperado) y aproximadamente el 5-25% de los hermanos presentan retraso en el aprendizaje (normalmente trastornos del lenguaje o del habla), retraso mental o defectos físicos, herencia autosómica recesiva en algunos casos de trastornos autistas. Los cambios en el neurodesarrollo comienzan en fase temprana de la gestación, probablemente en el segundo trimestre.

En estudios genéticos se ha demostrado claramente un modo complejo de herencia y en los estudios de relación genética se ha observado la presencia de loci en los cromosomas 2,3,7,15,19 y X.

En el estudio electroencefalográfico de estos pacientes se observan distintas alteraciones; sin embargo, estas no aparecen ser constantes y no correlacionan con la sintomatología.

Los estudios de RM no han sido concluyentes: se han obtenido resultados contradictorios y datos imposibles de replicar. Tal vez los hallazgos más prometedores hayan sido la megalencefalia (con afectación específica de los lóbulos occipital, parietal y temporal) y la hipoplasia del vermis cerebeloso; no obstante, son necesarios nuevos estudios en esta área.

Los estudios realizados con autopsia tampoco han sido concluyentes; sin embargo, han dado lugar a algunos resultados prometedores de una disminución en el número de células de Purkinje en el cerebro y la presencia de alteraciones microdisgenéticas en la corteza cerebral.

A pesar de que en la mayor parte de los casos la etiología se desconoce, hay una pequeña proporción (quizá el 10%) de pacientes en los que el autismo forma parte de otro proceso.

A menudo, estos casos se denominaban autismo <<secundario>>. Los diferentes trastornos responsables se recogen en el cuadro de esta pagina; de ellos, los mas frecuentes son – con mucha diferencia- la esclerosos tuberosa y el síndrome del cromosoma X frágil.

Dada la existencias de estos casos secundarios, en el estudio diagnostico de los pacientes con autismo se debe considerar la realización de los estudios genéticos apropiados y del cariotipo.

Inicialmente el interés se centro en la posibilidad de que los factores del entorno provocan de algún modo el autismo, pero una serie de observaciones indico que esta suposición era errónea. Mas bien, se atribuyo el motivo a alguna alteración en el sistema nervioso central. También se ha investigado aspectos importantes del desarrollo psicológico en el autismo

No esclarecida. Los autistas tienen una dificultad específica con estímulos verbales complejos y al utilizar el contexto de una frase para quitarle ambigüedad a su significado.

La base neural del lenguaje desordenado en el autismo supone un bajo grado de interacción y sincronización de la información a través de la cortical, para procesar el lenguaje. Un meta análisis de estudios con resonancia magnética revelo que el cerebro total, hemisferios, cerebelo y núcleo caudado tenían aumento de volumen, mientras que el cuerpo caloso era menor.

Se reportan efectos modificadores, de la edad y coeficiente intelectual (CI) sobre los lóbulos VII-VIII del vermis cerebeloso, y de la edad sobre amígdala. Estos autores piensan que el autismo puede resultar de anomalías en aéreas específicas del cerebro y una falla global de interacción, desviada al agradecimiento del cerebro.

Hay aumento anormal del tamaño de sustancia gris y blanca entre los dos y cuatro años de edad y menor activación funcional durante tareas socioemocionales, cognitivas y de atención.

Después el cerebro crece más lentamente. Una amígdala derecha mas grande se asocia con compromiso social y de comunicación mas severos, a la edad de tres y cuatro años, lo que sucede si aumenta el volumen de la amígdala izquierda, del hipocampo o de todo el cerebro.

El desarrollo anormal de las habilidades socio cognitivas en el autista puede basarse en una función anormal del circuito orbito frontotemporal medio.

Falla la neuro plasticidad, con equilibrio anormal entre condiciones sinápticas; se afecta la comprensión general y hay excesivas atención a detalles. En el reconocimiento facial discriminado, la resonancia magnética en autistas y trastornos del neurodesarrollo se relacionan con anticuerpos maternos u otros factores séricos. Se detectaron anticuerpos ligados a células de purkinje.

Los TDG se asocian con alteraciones en gestación, como: roséola congénita, fenilcetonuria, encefalitis, meningitis, exposición a talidomida , entre los 20 y 24 días, aumento del cobre (enfermedad de Wilson) disminución de zinc (crucial en el desarrollo y mantenimiento del cerebro). Hay otras causas, esclerosis tuberosa o actividad epiléptica; convulsiones antes de los tres años o historia de espasmos infantiles son marcadores de riesgos.

Además hay alteraciones de histidina, histamina, vitaminas D y E; ácidos grasos esenciales, peroxinitrato, oxitocina, entre otros.

La familia de genes WNT influyen en el desarrollo de muchos órganos y sistemas, incluidos el sistema nervioso central (SNC). El gene WNT2 se localiza en la región del cromosoma 7q31-33. Mutaciones raras en ese gen aumentan grave mente la susceptibilidad al autismo.

El cromosoma X (constricción distal) se asocia al RM en autistas. El autismo es mucho mas frecuente en gemelos homocigóticos.

La psicopatología de los padres del niño autista y su relación con el, condicionadas por la falta de respuesta cognitiva o afectiva, afectan su comunicación e integración al entorno. Un bebe a quien le falta ese “continente” desarrolla reacciones prematuras y aberrantes que suplen ala madre (francés Tustin, 1913- 1914).

No olvidar que el “trastorno autista es una manera primitiva de funcionar con un cerebro desorganizado”

Actualmente el autismo es preciso considerarlo desde una visión evolutiva del desarrollo, es decir, como un trastorno del desarrollo. Este enfoque se basa en los numerosos estudios que tanto psicológicos como neurobiológicos se han llevado a cabo durante los últimos años buscando explicaciones del autismo como hemos vistos en las teoría.

El autismo es clasificado según DSM-IV (de la Asociación Americana de Psiquiatría) como una perturbación grave y generalizada de varias aéreas del desarrollo: habilidades para interacción social, habilidades para comunicación o presencia de comportamientos, intereses actividades estereotipadas.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Hablamos del trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

GENETICA



Fig. 2 Representación de la genética del niño autista

El autismo fue descrito por primera vez por Leo Kanner, uno de los fundadores de la psiquiatría infantil y el primer profesor en esta área en Estados Unidos en 1943. Kanner descubrió 11 niños, en su mayoría varones, y señaló la diferencia entre esta enfermedad y el retraso mental con base en el aislamiento social de los pacientes. Le dio nombre de autismo infantil. Fig. 2

Un año después, Hans Asperger en Alemania describió pacientes similares y nombró al trastorno como "Psicopatía autística". La enfermedad ocurre en proporción de cuatro : 1 (hombre: mujeres) y su prevalencia, usando los criterios de Kanner, es de 2 a 5 por cada 10.000 habitantes.

Sin embargo, recientes avances en el diagnóstico han revelado un incremento de la prevalencia a más de 1 a 2 en 1000 individuos.

Más de 20 años después de la descripción original de Kanner, se iniciaron los estudios sobre las características hereditarias del autismo. En los primeros casos, 2 a 3% de las familias con un miembro autista tenían más de 1 niño con este padecimiento. Rutter notó que esto sucedía 50 a 100 veces más de lo esperado en este tiempo.

Al surgir el primer estudio con gemelos se hubo una concordancia significativamente mayor en gemelos homocigóticos que en dicigóticos y se empezó a reconocer que el autismo tenía una base genética. Los datos epidemiológicos apoyan la teoría de que el autismo es un trastorno genético. Por un lado, el autismo ocurre 4 veces más en hombres que en mujeres. El factor herencia se calcula alrededor del 90% de los casos y tiene una recurrencia familiar significativamente mayor de lo esperado en el resto de la población.

El riesgo de recurrencia que se ha descrito es de 4% en el primer hijo afectado y de 7% si el primer hijo fue una hija. Este riesgo aumenta al 50% si el segundo hijo es autista. Esta información sugiere que el autismo se debe a herencia multifactorial.

El conocimiento de las causas genéticas del autismo es fundamental para entender su posible etiología, diagnosticarlo en etapas tempranas del desarrollo a través de marcadores genéticos, así como para implementar diferentes tipos de tratamientos que pueden surgir a partir del conocimiento del origen del trastorno.

GENES RELACIONADOS CON EL AUTISMO

Actualmente se considera que múltiples genes interactúan para producir en fenotipo un autista. En un análisis de la historia clínica de una familia Pickles y colaboradores en el año 2000 rechazaron la idea del gen único y diversos estudios apuntan a favor de un modelo de multilocalización que involucran desde 2 hasta diez loci, con varias integraciones. Según estas investigaciones es más probable que el autismo ocurra en un niño que heredo 3 de cada 4 genes (involucrados en el autismo) de sus padres y que cada uno de ellos contribuya con el fenotipo.

En el cuadro siguiente se muestra los principales genes relacionados en la actualidad con la etiología del autismo. Los análisis genéticos han sugerido un gran número de vínculos entre el autismo y los probables genes que lo causan. La tasa de autismo 4.1, hombres: mujeres sugerirían que el cromosoma X participa en su etiología, pero el estudio de transmisión por herencia de padres e hijos indican que la relación con el cromosoma X explica una parte mínima de la variación genética.

No existe un solo cromosoma específico implicado claramente en el trastorno se han haya alteraciones en algunos posibles genes en múltiples estudios. Diferentes investigaciones, incluyendo el proyecto del genoma de los autistas, han encontrado 3 genes ligados a los cromosomas 2Q,7Q17Q que han dado resultados tanto positivos como negativos.

A continuación se presentan algunos de los genes más estudiados y las investigaciones realizadas en este tema, SLC6A4 (del inglés Solute Carrier Family 6 member 4). Este gen se encuentra en el cromosoma 17Q y la proteína codificada por el gen SLC6A4 es un transportador de serotonina. Se han encontrado niveles muy elevados de serotonina en la sangre de algunos pacientes autistas.

Devlin y colaboradores retomaron los tratamientos echos con los niños autistas que tienen como base a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que bloquean su entrada ala célula y hallaron variaciones en el gen que codifica al transportador (SLC6A4), especialmente el locus HTTLPR que presentan un alelo largo y otro corto (serotonin-transporter-linked polymorphic región) que es el responsable de modular su expresión.

Se investigo también el impacto de los alelos de HTTLPR y otros 3 loci en el SLC6A4 de 390 familias (1528 individuos) de 6 centros del programa de colaboración en los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos . el 37.7 porciento fue de familias con un solo individuo afectado; 41 porciento, familias con 2 o mas afectados y el resto, individuos que no habían sido diagnosticado.

Se evaluaron 4 loci en el SLC6A4, y se hayo una predisposición en la transmisión de alelos para el locus HTTLPR, tanto para el diagnostico de autismo como para el resto de los espectros autistas. En este estudio se encontró también una alta transmisión relacionada con el alelo corto del HTTLPR y no hubo diferencias entre las familias con pacientes masculinos para ningún locus.

CUADRO 1

Cuadro 1. Genes involucrados en el autismo				
Genes	chr	Función	trastorno	Observación
Remodelación de la cromatina y regulación de la expresión genética				
MECP2	Xq28	Proteína encargada de la fijación de grupos metilo	DM, Rett, ASD	Niñas con características autistas, un niño con ASD
FMRP	Xq28	Proteína encargada de la unión del RNA	MR, FXS, ASD	20-40%% de niños con FXS tienen ASD
EN2	7q36	Factor de transcripción	ASD	
HOXA1	7q15	Factor de transcripción	ASD	
WNT2	7q31	7q31 Factor de transcripción	ASD	
Dinámica de actina en el citoesqueleto				
TSC1/TSC2	9q34/ 16p13	Inactivación de GTPasa TCS	ASD	en 43-86% de los pacientes con TS
NF1	17q11	Inactivación de GTPasa	NF1	Trastornos de aprendizaje en 30-45% en pacientes con NF1
cAMP-GEF	2q31	Inactivación de GTPasa	ASD	Variantes raras observadas en ASD
Andamiaje de las proteína en la sinapsis				
SHANK3	22q13	Inducción dendrítica MR,	ASD	Proteína de andamiaje de neuroligina

Receptores y transportadores				
GRIN2A	16p13	Receptor de NMDA	ASD	Asociación significativa
GRINK2	6q16-	21 Receptor de kainato	ASD	Dos estudios independientes
GABAR	15q12	Receptor GABAA	ASD	La duplicación del cromosoma 15q es el mayor re arreglo en ASD
SLC6A4	17p11	Transportador de serotonina	ASD	Evidencia para la heterogeneidad alélica en ASD
SLC25A13	2q31	Transportador de aspartatoglutamato	ASD	Dos asociaciones positivas y una negativa
OXTR	3p25-26	Receptor de oxitocina	ASD	
AVPR1	12q14	Receptor de vasopresina	ASD	
Segundos mensajeros				
PRKCB1	16p11.2	Proteína cinasa		
CACNA1C	12p13.3	Canal de calcio TS,	ASD	Disfunción multiorgánica
NBEA	13q13	Anclaje de la proteína cinasa A	ASD	
Moléculas para la adhesión celular				
NLGN4	Xp22.3	Formación de sinapsis MR,	ASD	Autismo típico, Asperger
NLGN3	Xq13.1	Formación de sinapsis MR,	ASD	Autismo típico, Asperger
NrCAM	7q31	Migración neuronal	ASD	
Proteínas secretadas				
RELN	7q22	Migración neuronal	ASD	

James y colaboradores estudiaron 74 familias del (Tufts-vanderbilt con sortium) y 267 del "The autims genetic resourse Exchange consortium". Las familias seleccionadas por la revista para el diagnostico del autismo tenían 2 de sus miembros del desarrollo como el autismo y sus espectros entre los que se encuentran: el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de asperger el de Rett, así como el trastorno generalizado del desarrollo no especificado; las 341 familias tenían por lo menos 2 niños (Ac) afectados y se incluyeron 43 paciente y sus padres) para la investigación.

Se encontraron niveles elevados de serotonina en las plaquetas en 20 a 25 de los pacientes. Los pacientes tratados con inhibidores de la recaptura de serotonina ya que disminuyeron de manera significativa las conductas obsesivo-compulsivas estos inhibidores también se han usaron en pacientes con ansiedad, depresión y conductas repetitivas.

Aunque se realizaron estudios que involucran un polimorfismo funcional en el promotor HTTPLR, los resultados no fueron incluyentes como posiblemente por una heterogeneidad fenotípica. No obstante existen evidencias crecientes para sustentar una relación entre el autismo y el gen SLC6A4 que también alberga al locus SERT; se encontraron importantes vínculos en las familias que solo tenían hombres afectados.

La investigación de Brune y colaboradores estudiaron las característica de locus HTTLPR ene el gen SLC6A4 y su asociación con la sociedad agresión y atención el estudio se hizo con 73 pacientes; 59 hombres 14 mujeres de la clínica de trastornos del desarrollo de la universidad de chicago cuya edad iba de 3 a 19 años diagnosticados por psicólogos clínicos y psiquiatras, con la escala de observación para el diagnostico del autismo y la entrevista para el diagnostico de autismo- revisada.

Se halló una alta predisposición para la transmisión tanto del alelo largo como del corto de 5-HTTLPR. Enfocándose en conductas específicas con pacientes autistas, se observó que existían alteraciones mayores en el uso de la comunicación no verbal para regular la interacción social en el grupo con el alelo corto, e incremento de severidad en los movimientos repetitivos y estereotipados, así como disfunciones en la expresión facial en pacientes con el alelo largo.

Ramoz y colaboradores 12, estudiaron 352 familias del Centro de Estudios de Autismo Seaver (SARG), el Centro de Investigación de la Excelencia de Nueva York y el Centro Monte Sinaí; los pacientes fueron diagnosticados por la entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada, herramienta clínica que permite una evaluación profunda de sujetos con sospecha de autismo en la que el entrevistador explora tres grandes áreas: Lenguaje/comunicación, interacción social recíproca y conducta restringida, repetitiva y estereotipada a través de 93 preguntas que se le hacen al padre o al cuidador.

A diferencia de los estudios anteriores no se encontró una transmisión significativa para los alelos largos y cortos del 5-HTTLPR. 12 Estos resultados pueden explicarse por la heterogeneidad genética del autismo.

SLC25A12 (del inglés: solute carrier family 25 member

Es un gen situado en el cromosoma 2q31, compuesto de aproximadamente 42,000 pares de bases que codifica para una proteína que actúa como un acarreador de glutamato dependiente de calcio localizado en la membrana interna de la mitocondria y se expresa en el cerebro, el corazón y el músculo.¹³ Segurado y colaboradores 14 en 2005 estudiaron 158 tríos irlandeses (padre, madre e hijo) en los que encontraron polimorfismos en el tercer y decimosexto intrones del gen SLC25A12 en 60 y 54 familias, respectivamente.

Hallaron que las parejas tenían por lo menos un niño afectado y que uno de sus padres era heterocigoto para los marcadores de los intrones mencionados. Es muy complicado hipotetizar un modelo en el cual la variación de la proteína SLC25A12 podría contribuir al origen del autismo porque está expresada predominantemente en los músculos y en la parte posterior del cerebro.

Segurado y colaboradores sugieren que el defecto del gen SLC25A12 especialmente en el cerebro podría ser causa de una mayor sensibilidad y una leve deficiencia en la respiración que provocaría un daño en las regiones cerebrales asociadas al autismo. 14 Por el

Contrario Blasi y colaboradores trataron de replicar estos descubrimientos en una muestra de familias del Consorcio internacional para el estudio molecular y genético del autismo (IMGSAC) y no hallaron ninguna asociación significativa en ningún locus, por lo que sugirieron que estas variantes no influyen en la susceptibilidad genética para el autismo. Las diferencias entre estos estudios pueden deberse a la heterogeneidad de las poblaciones de ambos.15

RELN

Es un gen localizado en el cromosoma 7q22, RELN que participa en la etiología del autismo. Codifica la proteína reelin (RELN) que es una molécula esencial en la migración de las neuronas y las células gliales, además de estar involucrada en el desarrollo de las redes neuronales.

RELN codifica para una larga glicoproteína extracelular en las neuronas que se encuentra en la corteza cerebral, incluyendo las células de Cajal-Reziusen ubicadas en la neocorteza y el hipocampo, así como células en la capa germinal externa del cerebelo.

Reelin participa en la formación de varias estructuras cerebrales al indicar el lugar adonde llegarán las neuronas de la placa cortical en la corteza cerebral y las células de Purkinje en el cerebelo. Reelin también se expresa en el hipocampo, cerebelo, bulbo olfatorio y la corteza entorrinal del cerebro postnatal y adulto, cuando la migración neuronal ya ha concluido.

Desde que se demostró que Reelin es una proteína necesaria para el proceso de maduración neuronal y la remodelación sináptica, se le ha considerado como marcador importante en el crecimiento y remodelación del cerebro adulto. Persico y colaboradores estudiaron pacientes italianos en quienes hallaron una asociación significativa entre autismo y polimorfismo GGC repetido en la región 5' del gen RELN en el codón de inicio (ATG), así como haplotipos específicos formados por este polimorfismo con la sustitución de dos bases localizadas en los exones 6 y 50.

Estos hallazgos sugieren que los tripletes largos repetidos en el 5'UTR del gen RELN confieren propensión al autismo, pero no se puede excluir que otras mutaciones estén implicadas en el trastorno. Estos investigadores sugirieron que los alelos de RELN con gran número de repeticiones de CGG pueden tener un papel en la etiología de algunos casos de autismo, especialmente en niños que no tienen retraso en las primeras frases dentro del desarrollo del lenguaje.

Zhang y colaboradores 17, también estudiaron la repetición del polimorfismo del nucleótido (CGG-GCC) en el gen RELN como uno de los genes que pueden relacionarse con el origen de los diferentes espectros del autismo. La repetición CGG en la región 5' del exón 1 de RELN fue examinada en 126 familias con más de un hijo autista.

El número de repeticiones de CGG varió entre tres y 16 tanto en los individuos afectados como en el grupo control. Aunque las frecuencias de los alelos de RELN y los genotipos en niños afectados no fueron diferentes a los del grupo control, un estudio de asociación con la base de datos de las familias, mostró que el alelo largo en el gen RELN (>11 repeticiones) era transmitido con mayor frecuencia de la esperada en los niños afectados.

Skaar y colaboradores estudiaron 577 pacientes autistas reclutados por la Universidad Duke y el Centro de Recursos de Intercambio de la Genética del Autismo, en quienes se analizó el genotipo y encontraron polimorfismos para cinco nucleótidos simples y una repetición en la región no traducida 5' (5'-UTR) del RELN. Aproximadamente 90% de los marcadores para esta región tuvo de ocho a diez repeticiones CGG.

Estos resultados sugieren que RELN está involucrado en la susceptibilidad al autismo; sin embargo, se necesitan más investigaciones que identifiquen las variaciones específicas y sus efectos directos sobre el fenotipo autista. 19

OTROS GENES INVOLUCRADOS EN LA ETIOLOGÍA DEL AUTISMO

Muchas proteínas involucradas en el desarrollo neurológico y en la sinapsis han sido implicadas en el autismo; estas proteínas pueden dividirse por lo menos en siete conjuntos (Cuadro I), dependiendo de su participación en la remodelación de la cromatina, en la dinámica de la actina en el citoesqueleto, en el andamiaje de las proteínas en la sinapsis, en los receptores y transportadores, en los segundos mensajeros, en la adhesión de células o en la comunicación entre ellas.

La remodelación de la cromatina Existen dos genes ligados al cromosoma X, MeCP2 y el FMR1, que se han relacionados con el autismo ya que tanto el síndrome de Rett como el síndrome de X-frágil, respectivamente, tienen significativos rasgos autistas.

Más aún el síndrome de Rett está catalogado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, como uno de los espectros del autismo pero a diferencia del autismo su etiología genética es conocida, causada por mutaciones en el gen MeCP2 cuya proteína regula la estructura de la cromatina y la expresión genética a través de cambios en el estado de metilación del DNA.

La regresión cognitiva característica de los pacientes con síndrome de Rett sugiere que el gen MeCP2 es esencial en la sinapsis, mantenimiento y remodelación de la cromatina.

Por otro lado el gen FMR1, codifica para una proteína involucrada en el retraso mental en pacientes con síndrome de X-frágil en el que se ha descrito que la región 5' no traducida contiene un poli morfismo por repetición CGG que puede expandirse a una triple repetición, que da por resultado una hipermetilación y la inhibición de la expresión del gen FMR1. 21

La dinámica de actina en el citoesqueleto

Muchos genes que codifican para factores involucrados en la dinámica del citoesqueleto, tales como las proteínas activadores de la GTP asa y los factores de intercambio de guanosina, tienen alguna mutación en individuos con retraso Mental o con algún trastorno del espectro autista.

Los pacientes con autismo tienen más probabilidad de desarrollar neurofibromatosis tipo 1 que la población general. Esta enfermedad es un trastorno genético debido a una mutación en el gen NF1 que afecta las propiedades del crecimiento de las células de la cresta neural y produce deficiencias en el aprendizaje y la memoria.

Andamiaje de las proteínas en las sinapsis

En las sinapsis, las conexiones normales entre el citoesqueleto y las proteínas de las membranas están mediadas por el andamiaje de las proteínas, que son cruciales para la morfología de las dendritas. El gen SHANK3 localizado en una región terminal del cromosoma 22q13 codifica para el andamiaje de las proteínas en la sinapsis y está involucrado en la inducción y mantenimiento de las espinas dendríticas. Este gen se encontró suprimido en un paciente con autismo.

Receptores, transportadores y transducción de señales

Líneas convergentes de evidencia actualmente indican que existen variantes en los genes para receptores de los neurotransmisores y transportadores en el fenotipo autista como el caso del gen que codifica para el receptor GABAA localizado en el cromosoma 15q11-13, donde los re arreglos cromosómicos son frecuentes en pacientes autistas. Se ha encontrado también que el gen PRKCB1, que codifica para la proteína cinasa C (PKC) pudiera estar asociado con el autismo y el retraso en el lenguaje.

PERSPECTIVAS

En la última década ha habido adelantos decisivos en el entendimiento de la genética del autismo. En la actualidad los trabajos de investigación se están

enfocando en regiones específicas de los cromosomas, en las cuales se pueden encontrar genes relacionados con el autismo. Estos avances han sido posibles gracias a los estudios de las anomalías cromosómicas en pacientes autistas, así como a los estudios de ligamiento genético.

El conocimiento de las causas tanto genéticas como ambientales del autismo ayudarán al diagnóstico, tratamiento e incluso prevención de este trastorno. Con base en los datos obtenidos, es elemental desechar la idea de que la etiología del autismo es la falta de padres y otros factores sociales, lo que se creyó por mucho tiempo era causa de muchos problemas emocionales en los padres y familiares.

Por ser un trastorno genético es muy importante tomar en cuenta los factores ambientales, tales como el consumo de tabaco, la alimentación, las enfermedades infecciosas, la exposición excesiva a los rayos solares, la exposición a sustancias químicas industriales y la radiación ionizante que pueden propiciar cambios en la secuencia de los genes.

La vida moderna se caracteriza por una elevada exposición a estos agentes, que ponen en riesgo la salud del ser humano. Esto debe tomarse en cuenta con la finalidad de prevenir posibles cambios genéticos que puedan llevar a concebir niños con los diferentes trastornos del espectro autista.

HISTORIA DEL AUTISMO

Historia del autismo: el término autista proviene de “autos” que significa “símismo” este término lo utilizó por primera vez el suizo Bleuler (1911) cuando describió enfermos esquizofrénicos hablaba de la evasión fuera de la realidad y el ensimismamiento inferior.

No fue hasta 1943 cuando tuvo la definición clara (todavía vigente) de lo que es el trastorno autista, en este año Leo Kanner en su artículo “Los trastornos afectivos del autista describía el caso de 11 niños, llegando a la conclusión de que todos presentaban unas características comunes” Fig. 3



Fig. 3 Retrato de Leo Kanner Principal autor del Autismo

- Incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones”. Habla Kanner de “extrema soledad autista, que impide la entrada de todo lo que llega al niño desde afuera”
- Kanner destaca también los trastornos del lenguaje que se producen en los casos estadios, variando estos desde inversiones pronominales, repeticiones ecológicas, comprensión de mensajes de forma limitada, falta de atención a lo que oye, atención monótona, hasta mutismo total.

- “incidencia en la varianza del ambiente”. Necesidad de inmutabilidad. El niño presenta una “necesidad imperiosa de mantener estable su entorno habitual”. (Ferrari 2000)

- Aparición muy temprana del trastorno (durante los primeros 3 años de vida)

Un mes después de que Kanner publicara el artículo aludido, Hans Asperger presenta el caso de varios niños bajo bajo el diagnóstico de trastorno de psicopatía autista”, en su artículo “la psicópata autista de la niñez” (1944). Está claro que asperger no conocía los estudios de Kanner, sin embargo coinciden en la descripción de las características observadas en los niños tratados.

Asperger apunta que “el trastorno fundamental” de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales”. Este autor señala que todo el desarrollo del niño está influenciado por este trastorno. También hablaba de anomalías en el lenguaje (limitación del mismo, entonación inadecuada, dificultad en la pragmática del lenguaje), pensamientos y acciones muy obsesivas y poca influencia del exterior.

A veces, se piensa que asperger describió casos con distinta sintomatología de los que presentaban Kanner esto no es del todo cierto, la verdad es que Asperger dio una descripción más amplia que la de Kanner, de lo que era “psicopatía autista”, ya que presento casos que iban desde graves lesiones neurológicas, hasta casos que rosaban el desarrollo normal.

El término “síndrome de asperger se usa para aquellos autistas con un buen nivel intelectual y de lenguaje y el termino “síndrome de kanner para aquellos otros autistas que presentan aquellas características fundamentales de los mismo, que en su día describió este ultimo autor.

Es de señalar que asperger desde el momento en el que descubrió este trastorno propuso técnicas educativas para llevar a cabo con los niños estudiados, aunque estas como el resto de sus estudios permanecieron desconocidos casi hasta la actualidad (1991).

A partir de los años sesenta comienzan a diversificarse las líneas de investigación. Una de las más notables es la que, como hipótesis explicativa del autismo postula la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje (Rutter, 1978) esta y otras aportaciones conducen a una visión mas compleja del autismo.

Sin embargo, la comprobación de que el trastorno del desarrollo del lenguaje no es capaz de explicar las alteraciones sociales ni los déficit cognitivos específicos de los niños autistas, va a desembocar en sucesivos desacuerdo y controversias a la hora de determinar los síntomas primarios que definen u caracterizan el autismo al autismo infantil (Hermelin y O'Conor, 1970).

Desde Tinbergen (1972), que enfatiza la ausencia de contacto ocular de estos niños, pasando por Lovaas (1965), que hace hincapié en los déficit intelectuales, hasta Rutter (1966) y Rutter y Lockyer (1967), que aglutinan los síntomas hallados en estos niños en tres grandes aéreas: (1) alteraciones de las relaciones sociales, (2) alteraciones de la adquisición y desarrollo del lenguaje y (3) presencia de conductas rituales y compulsivas.

A pesar de todo, hemos de reconocer que todas estas divergencias y controversias han estimulado el desarrollo teórico, metodológico y explicativo de la literatura sobre el mismo. En los años sesenta y ochenta, con la aparición de nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicología, neurofisiológica. Etc.

Se da un espectacular avance en el conocimiento de este trastorno. Se inicia n nuevas áreas de estudio, como la influencia que los aspectos evolutivos tienen en la patología de esta enfermedad (DeMyer, 1973); las relaciones entre autismo y epilepsia (Lotter , 1974; Stubbs, 1978; Diez cuervo, 1993).

Pero quizá lo que más refleja en avance de esta época es la utilización de las técnicas neurofisiológicas en el diagnóstico (Diez cuervo, García de León y Gonzales Sanz, 1985; Small, 1975) y las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento (Hensley, 1978).

Gracias a ellas, la eficacia terapéutica ha dado un gran salto cualitativo difícil de explicar en otros términos. De forma alternativa a este desarrollo científico también han surgido elucubraciones teóricas, altamente especulativas, que enfatizan unas pretendidas habilidades específicas en estos niños, mitificando en cierta forma su comportamiento.

Aunque se puede admitir un cierto romanticismo en esta visión del autismo, bien es verdad que este tipo de aportaciones apenas ha contribuido a un mejor conocimiento de este grave trastorno mental. Por otra parte si bien cierto que se ha avanzado mucho desde que Kanner, allá por el año de 1943, describiese el autismo, también es verdad que quedan aún mucho camino por andar.

El fracaso reiterado de la investigación en hallar la etiología de este síndrome, la controversia acerca de la cual es la importancia y combinación de los síntomas, así como su identificación, es probable que continúe durante algún tiempo. A lo largo de este capítulo pretendemos realizar una síntesis lo más clarificadora posible de los hallazgos e intentos explicativos realizados sobre el autismo infantil.

DIFERENTES ETAPAS EN EL ESTUDIO DEL AUTISMO.

Todos los autores coinciden en diferenciar 3 etapas principales en el estudio del autismo desde Kanner en 1943.

Primera época 1943 -1963.- abarca los 20 primeros años en esta época el autismo se presenta como un trastorno emocional son los padres los responsables de las alteraciones que aparecen en sus hijos, porque no han sabido ofrecerle el afecto necesario para que se produzca un desarrollo normal partiendo de esta hipótesis más adecuada de ayudar a estos niños sería a través de terapias dinámicas que puedan restablecer esas relaciones afectivas que fueron defectuosas.

Como dicen Riviere (2001) el autismo no es un trastorno esencialmente emocional.

Por otra parte todos coincidimos actualmente en que los padres no son en absoluto los responsables de los trastornos de sus hijos, el origen estaría en alteraciones biológicas de los mismos. Por otra parte las teorías dinámicas no han portado mucho al tratamiento del autismo.

Segunda época 1963- 1983.- durante estos años se fueron dejando atrás las hipótesis que han paraban al autismo como un trastorno emocional y por lo tanto se abandonaron las ideas relativas a los padres culpables (la angustia creada con estas hipótesis en las familias fue tremenda).

Fue durante este periodo cuando aparecieron las primeras sospechas de que el autismo está asociado a trastornos neurobiológicos, lo que llevó a pensar que se trataba más de un desajuste cognitivo que afectivo.

En esta época comenzaron a aparecer estudios más rigurosos que desde distintos modelos intentaban explicar el autismo y sus alteraciones en cuanto a comunicación y lenguaje relación e inflexibilidad mental.

En estos años la educación se convirtió en el tratamiento más importante para las personas con autismo con la puesta en práctica de técnicas de modificación de conducta.

Por otra parte el movimiento asociacionista para discapacitados que se desarrollo en esta época, no dejó fuera a la familia de personas con autismo, este movimiento dio como fruto la aparición de numerosos colegios especializados.

Momento actual del autismo.- el cambio principal en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo (Riviere 2001) como veremos más adelante en estos últimos años han aparecidos varias teorías, tanto psicológicas, como neurológicas, que de una forma rigurosa ayuda a entender las alteraciones que este trastorno presenta en los individuos afectados.

Por otra parte la educación del niño autista a sufrido durante la última década un giro espectacular, esta se lleva a cabo en ámbitos por lo menos restrictivos posibles, siendo la integración un principio fundamental en la respuesta educativa a estos alumnos.

En cuanto al estilo educativo, este parte cada vez mas de principios pragmáticos y ecológicos que ofrezcan aprendizajes lo más funcionales y significativos para los alumnos los cuales incidirán fundamental mente en las dificultades sociales y comunicativas de los niños con autismo.

En estos últimos años también han surgido preocupaciones nuevas sobre la atención a personas con autismo normalmente hablamos de niños autistas, pero no debemos olvidar que la persona que es autista, lo va hacer durante toda su vida, y por lo tanto durante todo su siglo vital será necesario darle respuestas a sus necesidades no solo educativas sino también de óseo y tiempo libre, laborales, inserción social, vida independiente, etc.

EPIDEMIOLOGIA

El autismo es 10 veces más común de lo que era en los años 80 (4-5 x 10.000). Según el estudio epidemiológico de center for disease control and prevation, de estados unidos, en 1996: 3,4 de cada 1.000 niños, entre tres y 10 años, tenían autismo, leve a severo. La tasa promedio va en aumento. Hoy en día hay mayor coincidencia en los profesionales de la salud mental acerca del trastorno y mejor información en las familias.

Se han llevado a cabo más de 20 estudios epidemiológicos sobre autismo, con porcentajes de prevalencia que oscilan desde el 0.7/10.000, con una mediana de prevalencia estimada de 4-5/1.000.

Diversos estudios recientes han obtenido porcentajes ligeramente más elevados del trastorno de un 1/1.000, debe determinarse si la prevalencia se ha incrementado o si el incremento aparente se relaciona con las definiciones más amplias de autismo o de otros factores.

Los estudios epidemiológicos demostraron que el autismo no se asocia con niveles socioeconómicos más elevados. Las suposiciones anteriores de esta asociación provocaron sesgos de referencia.

Algunos estudios, que incluían muestras epidemiológicas y clínicas, observan porcentajes superiores de autismo en chicos que en chicas. Esta distribución proporcional varía con el CI, es decir, la proporción de mujeres con autismo que tienen CI normales es de 50 veces menor que la de los valores.

La explicación para estas deferencias entre sexos es incierta. Es posible que el nivel de deterioro necesario para producir autismo es mujeres sea mucho mas mayor que en varones.

El autismo infantil es una discapacidad crónica; alrededor de dos terceras partes de las personas que lo padecen continúan requiriendo supervisión y apoyo en la vida adulta. El tercio restante es capaz de tener cierto nivel de independencia y autosuficiencia personal, de las cuales tal vez 1 de cada 10 tienen una resolución razonablemente aceptable y son capaces de vivir independientemente.

No obstante, siempre persisten problemas sociales causados, incluso en las personas con mejor funcionamiento. Algunos datos indican que los resultados han mejorado, en la comparación con la década pasada, como resultado de un diagnóstico más temprano y una intervención más intensiva.

Se observan cambios en el nivel de relación social. La comunicación y la capacidad de autoayuda paralelos a los progresos en el nivel de desarrollo. La principal complicación médica del trastorno son las crisis epilépticas, que se observan en más del 25% de los pacientes. La crisis puede iniciarse en cualquier momento (39,40). Los factores pronósticos del resultado a largo plazo son la presencia de algún tipo de habla comunicativa a los 5 o 6 años, y el nivel intelectual no verbal.

El desarrollo científico sobre el autismo está plagado de multitud de problemas, polémicas y controversias, como ya quedado claro en este capítulo. Una de las consecuencias que esta problemática acarrea se comprueba en los epidemiológicos, donde dependiendo de los autores se barajan diferentes estimaciones en la ciencia del autismo.

Sin embargo, la cifra estadística que más frecuentemente se ha hallado es la de 4,5 por 10.000 desde que Lotter (1966) comenzase la investigación epidemiológica, aunque la mayor parte de los autores cifran la incidencia de 2 a 4 autistas por 10.00 niños en la población de 8 a 10 (Riviere, 1993, en el canal 1993). De forma más consistente se ha hallado una ratio niño-niña de 4 a 1 (Lotter, 1966, 1978; Rutt y Oxford, 1971).

PREVALENCIA

Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos.

INCIDENCIA

Por definición, el inicio del trastorno autista es anterior a los 3 años de edad. El algunos caos los padres explican que se preocuparon por el niño desde el nacimiento o muy poco después, dada su falta de interés por la interacción social. Durante la primera infancia las manifestaciones del trastorno son más sutiles, resultando más difíciles de definir que las observadas tras 2 años de edad.

En una minoría de casos el niño puede haberse desarrollado normalmente durante el primer año de vida (o incluso durante sus primeros dos años). El trastorno autista tiene en curso continuo en niños de edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en algunas areas (p. ej., interés creciente por la actividad social a medida que el niño alcanza la edad escolar).

Algunos sujetos se deterioran comporta mentalmente durante la adolescencia, mientras que otros mejoran. Las habilidades lingüísticas (p. ej., presencia de lenguaje comunicativo) y el nivel intelectual general son los factores relacionados mas significativamente con el pronóstico a largo plazo.

Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que solo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanzan algún grado de independencia parcial.

Los adultos autistas que funcionan a nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos.

En el desarrollo normal pueden observarse periodos de regresión evolutiva, pero no son tan graves ni tan prolongados como el trastorno autista debe ser diferenciado de otros trastornos generalizados del desarrollo.

El trastorno de Rett difiere del trastorno autista en su proporción sexual características y en el perfil de su déficit. El trastorno de Rett solo ha sido diagnosticado en mujeres mientras que el trastorno de autista se observa mucho más frecuente en varones.

En el trastorno de Rett se produce un patrón característico de desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco probablemente coordinados. Los sujetos con trastornos de Rett pueden manifestar, especialmente durante los años preescolares, dificultades en la interacción social parecidas a las observadas en el trastorno autista, pero tienden a ser transitorias.

En el trastorno autista difiere del trastorno desintegrativo infantil, que cuenta con un patrón distintivo de regresión evolutiva que aparece por lo menos 2 años de desarrollo normal. En el trastorno autista, habitualmente, las anormalidades del desarrollo se observan durante el primer año de vida.

Cuando no se dispone de información sobre los primeros tiempos del desarrollo o cuando no es posible documentar el periodo requerido de desarrollo normal, debe formularse el diagnóstico de trastorno autista.

El trastorno de asperger puede distinguirse de trastorno autista por la ausencia de retraso de lenguaje. El trastorno de asperger no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno autista.

La esquizofrenia de inicio infantil suele desarrollarse tras unos años de desarrollo normal o casi normal. Puede establecerse un diagnostico adicional de esquizofrenia si un sujeto con trastornos autista desarrolla los rasgos característicos de la esquizofrenia, con una fase de actividad sintomática consistente en delirios o alucinaciones prominentes que dura por lo menos 1 mes.

En el autismo selectivo, el niño acostumbra a manifestar unas habilidades para la comunicación a adecuada, aunque solo lo haga en ciertos contextos, y no experimenta la grave afectación de la interacción social ni los patrones restringidos, repetitivos y estereotipados.

A veces es difícil determinar si es atribuible un diagnostico un diagnostico adicional de trastorno autista a un sujeto con retraso mental, especialmente si el retraso es grave o profundo. El diagnostico adicional de trastorno autista se reserva para aquellos casos que existan déficit cualitativos de las habilidades sociales y comunicativas, a si como las características comporta mentales específicas del trastorno autista.

Las estereotipas motoras son típicas del trastorno autista. No se establece un diagnostico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando tales estereotipias se explican mejor formando parte de la presentación de un trastorno autista.

2.2 MANEJO DE COMPORTAMIENTO

Cuando la odontología aun no se orientaba hacia la prevención, la recomendación de que el niño acudiera al odontólogo por primera vez a los tres años pareciera sensata desde el punto de vista de manejo del paciente. La mayoría de los niños adquiere las habilidades de comunicación y socialización necesarias para responder a las exigencias propias de la visita dental.



Fig.4 El manejo de comportamiento.

Por otra parte, no es sino a partir de esa edad que puede esperarse que el niño comprenda los elementos fundamentales de la labor del odontólogo, lo cual permitirá desechar los temores que representa una persona y ambiente nuevos, desconocidos, y quizá amenazadores. Fig. 4

Por supuesto, hay niño de apenas 2 años de edad que pueden acudir al dentista y aprender hacer buenos pacientes.

Por el contrario, hay otros, hasta incluso de 4 años, para los cuales es sin duda una experiencia difícil si su desarrollo ha sido, más lento.

No obstante, es posible asegurar que quizá la mayor parte de las técnicas de control de la conducta que se analizan en estudios de investigación y que se practica y enseñan en a las escuelas de odontología actuales se dirige principalmente al preescolar; es decir, al niño entre 3 y 6 años de edad.

La mayoría de los odontólogos recuerda en que el preescolar requiere sin duda la mayor energía y talento para recibir un tratamiento eficaz.

Unos de los aspectos más importantes en odontopediatría es el control de la conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito su tratamiento dental. Por este motivo, es fundamental comprender su conducta y la de los padres que la acompañan.

Actualmente, a pesar de las mejoras en la odontología (eficaces anestésicos locales, agujas indoloras horribles sobre esta, todavía es patente en nuestra sociedad el temor de los niños al dentista.

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para su actitud sea positiva frente a nuestro tratamiento.

La mayoría de los niños acepta nuevas experiencias sin mayora ansiedad, lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, personalidad, atención de los padres o la habilidad del profesional.

Sin embargo, algunos requieren una atención especial. Desde el momento en el que el niño entra en la consulta, es necesario no solo establecer una empatía con el, sino también emplear las técnicas de conductas adecuadas.

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

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

No hay que olvidar la necesidad también de una comunicación entre el clínico y los padres, pues cada vez tiene más importancia aspectos como el consentimiento informado y la participación más activa de estos.

Las conductas no cooperativas y la excesiva ansiedad no permite llevar a cabo los tratamientos de forma adecuada. La experiencia, el tiempo y el conocimiento de las técnicas de control de conducta ayudan a mejorar las habilidades del clínico y otorgan seguridad y autoconfianza, lo cual es fundamental para la relación con el niño potencialmente difícil.

No hay que olvidar el estrés del profesional ante detener minadas conductas del niño y del acompañante que interfieren en el tratamiento, principalmente en aquellos casos de una resistencia moderada más que grave, pues esta última es más fácilmente reconocible, y permite una auto preparación psicológica para su control.

Por este motivo es de gran ayuda conocer las diferentes respuestas cognitivas y conductuales que permitirán la aplicación de las distintas técnicas para realizar nuestro trabajo.

CONDUCTA INFANTIL EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO

El desarrollo infantil ha sido un tema de estudio en todas las culturas y tiempos como lo evidencian las obras de varios actores clásicos. Entre ellos, Amos Convenios (1292-1670), pionero en estudiar al niño como individuo en proceso. Sus planteamientos generaron dos tipos de trabajos: tratados filosóficos y registro de observación; estos últimos resultaron más fructíferos por la atención directa que presentaba el niño.

Entre los primeros registros de observación de la conducta infantil se reporta la obra de Pestalozzi (1746-1827), Tiedman (1744-1814) y Darwin (1809-1882), quienes observaron las conductas de sus hijos y sembraron la inquietud sobre la necesidad de estudiar el desarrollo infantil en el hogar. A lo largo del tiempo, la psicología infantil se expandió y los trabajos se polarizaron hacia dos tendencias: estudios descriptivos y estudios empíricos.

La tendencia a los estudios descriptivos la representan autores como Washburne (1832-1898), Gesseell(1880-1961) y Hymes (1908-1963) entre ellos destaca la obra de Arnold Gessell, psicólogo y pediatra que se dedico al estudio del desarrollo físico y mental del niño normal, sobre la base de las observaciones y filmaciones de 12.000 niños. Sus obras, Un altas de conducta infantil (1934).

Desarrollo infantil: una introducción al desarrollo humano(1949) el niño de 5 a 10 años (1946) los años de 10 a 16 (1956) ofrecen un minucioso registro observacional del niño entre los 0 y 16 años , en cuatro áreas del desarrollo: adaptiva, lenguaje, motora y social. Su enfoque está basado en el despliegue de competencias biológicamente determinadas, las cuales definen un esquema de aparición de conductas basadas en la edad cronológica. Con sus estudios popularizo el concepto de maduración como la base del desarrollo.

La teoría de la maduracionista fue superada ante los hallazgos de los estudios de efecto del enriquecimiento ambiental (Rossenbilth 1992), la psiconeurología y la Genética Evolutiva de fines de siglo XX (Plomin y Mc Cleary, 19996), los cuales han demostrado la plasticidad de introducir cambios en su curso.

Cuando la persona en desarrollo cuenta con ambientes adecuados y adultos efectivos como mediadores del proceso constructivo individual. Ante esto, la tendencia de estudios descriptivos para estudiar el desarrollo infantil, dio paso a la necesidad de obtener datos empíricos, a fin de caracterizar con mayor rigurosidad científica los cambios y la estabilidad del proceso de desarrollo, la educación a la necesidades individuales de la introducción que recibe y las decisiones personales que toman, a lo largo del proceso, tanto el niño o niña en desarrollo como sus adultos significativos.

Vertiginosamente entre las décadas de los cincuenta y los noventa, bajo un paradigma predominante neo positivista que se basa en los avances de la psicología experimental. Según Vasta (1982).

Ante la explosión de trabajos en el área, la mejor forma de enseñar psicología de desarrollo, es orientar el camino sobre como aproximarse a la materia y abordar los hallazgos de investigaciones formales, ya que es imposible estar actualizado ante la diversidad de tópicos, teorías y estrategias metodológicas que abordan el objeto de estudio, desafortunadamente en forma segmentada.

De hecho, publicaciones como *Un siglo de psicología de desarrollo* (Parke, Ornstein y Zahn-Waxler, 1994), donde se resume la trayectoria de la especialidad se limita a detallar la influencia de las figuras históricas de la especialidad, y concluyen con reflexiones de sicólogos contemporáneos relativas al futuro de campo profesional muy complejo que abarca desde la vida prenatal hasta la vejez.

Al abordar un texto de esta magnitud es inevitable concluir que la mayoría de los aportes físicos están desarticulados, utilizan diseños transversales y se enfocan en aspectos parcelados del ser humano, intentando controlar lo incontrolable y paralizar lo dinámico, perdiendo de vista el carácter longitudinal e integrador de los cambios evolutivos a lo largo de ciclo vital.

Esta variedad de información producto de los estudios empíricos, ha permitido el desarrollo de la ciencia psicológica y continúan siendo de alto valor académico y científico; pero es parcialmente responsable de las dificultades que confrontamos, los cuales resultan atemorizados ante la globalidad de la realidad donde ejercemos nuestra profesión; sustentada cada partícula por diferentes metodologías, teorías psicológicas y técnicas de análisis (Shickendanz 1991).

En la práctica, los especialistas, padres y docentes tenemos frente a nosotros a un niño o niña global que cambia en forma rápida y simultánea en diferentes áreas del desarrollo, mediado por la calidad de sus ambientes familiar, escolar y comunitario, los cuales oscilan en un continuo de funcionalidad.

Muchos de nuestros niños y niñas se desarrollan en condiciones adversas y no cuentan con el apoyo de adultos funcionales con herramientas para potenciar su desarrollo, por lo que desde la academia es necesario ofrecer guías, con soporte técnico, que apoyen su crucial misión.

A inicio del siglo XXI las ciencias sociales enfrentan el reto de aumentar la aplicación de sus conocimientos (Biendé Ed...2000) para construir puentes entre ciencia, investigación y acción (Aber, Bishop-josep, Mc. Leran y Phillips, 2007).

De ahí, la necesidad de organizar una selección de avances que puedan ser útiles para construir estos puentes, los cuales requieren del apoyo conceptual de modelos que, se aproximen a captar la globalidad y ofrezcan recueros para operacionalizar la diversidad en el proceso constructivo del desarrollo del ser humano.

Pero, ¿Cómo lograr este reto?, ¿Cómo integrar estudios tan diversos?, ¿Cómo captar en forma objetiva la complejidad del proceso del desarrollo infantil y las dificultades de sus adultos significativos para cumplir con su misión?

Para contestar estas interrogantes es necesario retroceder al origen de las tradiciones filosóficas de la psicológica del desarrollo y seguir su trayectoria hasta la actualidad, con el objetivo de identificar una raíz común y analizar aportes desarticulados que afortunadamente.

A inicios del siglo XXI parecen confluír en metas del desarrollo es un área muy compleja y anárquica, donde es necesario diferenciar áreas o dimensiones, dentro de cada una de ellas teorías relevantes, temas de interés y tópicos específicos de investigación enmarcados en cinco tradiciones filosóficas: organicista, psicoanalítica, mecanicista, dialéctica y contextual que hasta el momento se ha considerado irreconciliables, pero en realidad tiene una raíz común: el evolucionismo de Darwin, teoría que inicia el estudio científico de las deferencias individuales en la conducta humana (Gould, 2002), con objeto común: la comprensión del proceso de desarrollo en el marco de su realidad cultural.

Darwin destaca por haber trascendido de simple descripción del repertorio de conductas infantiles ala explicación de un mecanismo que justifica cambios, dentro del marco de su teoría evolucionista, en las cual el desarrollo de las especies ocurre mediante pasos graduales, continuos y adaptativos con base al concepto de selección natural.

Como reportan Charlesworth (1992) y Gómez (1994), en su inicio Darwin (1859), señalo que la función de la escritura física de la especie, mas tarde (1872) señalo que la función de la estructura física de la especie, mas tarde 1872), señalo que la conducta también tenía valor de sobrevivencia y destaco la importancia de:

- a) Estudiar a los seres humanos en términos de su desarrollo genético y filogenético.
- b) La valoración del niño como un ser distinto al adulto y ala vez semejante de proceso adaptativo frente al ambiente, tanto de la especie.
- c) La comprensión del proceso adaptativo frente al ambiente, tanto de la especie como de cada individuo.
- d) El desarrollo concebido como una sucesión de formas previas, inmersas en un proceso de cambios graduales continuos.

Cada uno de estos autores representan, dentro de su tradición filosóficas, un momento en la historia de la especialidad. Pero en cada uno de ellos, se acumulan diferentes aportes de los seguidores, quienes han enriquecido la postura original, reevaluado su pertinencia, aplicando a otras áreas de desarrollo, adaptado a otros momentos históricos o en realidades culturales, nutriendo de esta manera el estudio de los procesos que explican los cambios evolutivos.

Pese a su diversidad, todos comparten un origen común y la aproximación a un mismo objeto de estudio: el proceso constructivo de desarrollo infantil

TECNICAS CONDUCTUALES

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como para verbal; establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que al mío y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona.

La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades. Es importante que cada uno de los miembros del equipo conozca su papel en este primer contacto. Generalmente el asistente hablara con el niño durante su estancia en la recepción y a la espera del dentista, pero ya con el dentista el asistente ocupar un papel pasivo, pues es importante que la comunicación sea solo en una dirección, para no confundir al niño. Una ayuda previa es conocer al niño antes de tratarlo.

Los padres pueden informarnos acerca de sus miedos o experiencia anteriores. También nos orientara su actitud en la sala de espera. La valoración de la actividad motora del niño releja su respuesta frente a una nueva situación, pues una mayor actividad puede considerarse un mercado de seguridad y de menor confianza por otra parte no hay duda de la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta, y en ocasiones la observación de la actitud de un padre en la consulta nos dará una pista de la conducta a esperar en el niño.

Una vez que se establezca un contacto con el niño, se puede continuar con la explicación ordena de los procedimientos. Durante la conversación nuestro mensaje debe ser claro y adecuado a la edad del paciente para que se comprenda fácil mente.

Hemos de escuchar sus dudas y responder de manera adecuada, pues así reforzamos su confianza y seguridad, ya que por lo contrario una respuesta inapropiada seria expresar desagrado o enfado ante el niño ansioso en su primera visita.

Puede programarse una visita preliminar que consista en llevar al niño a la consulta para realizar un recorrido y una orientación. De ante mano se le explica al paciente que ese día no se realizara ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de un primer contacto y conocer al quipo humano de la consulta

Todo ello sirve de preparación psicológica para la primera visita del tratamiento, proporciona una progresiva familiarización con el ambiente dental y ayuda a mitigar sus miedos y ansiedades. En la actualidad estas experiencias previas no se aplican mucho por limitaciones de tiempo.

LENGUAJE PEDIATRICO

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo. Debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras connotaciones de ansiedad en el niño. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares y explicar las cosas de forma que le entiendan, pero no engañar o mentir con las explicaciones.

En general es aconsejable hablar a su nivel o ligeramente superior, pero extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se le juega mayor de lo que es y a la mayoría le gusta hablar al profesional del algún tema curioso lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales.

En niños más pequeños se pueden añadir algo de fantasía a la conversación. Hay que tratar de responder a sus preguntas, pero vigilar que no retrasen con ellos los procedimientos.

Por otra parte, deben darse pocas instrucciones, pues el niño no puede responder a todo en un corto periodo de tiempo y, además deben ser concretas y razonables, por eso es necesario pronunciar las palabras despacio y clara mente a si como utilizar un tono de voz bajo que capte su atención. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado.

DISTRACCIÓN

Se puede definir como un elemento activo y que, al igual que el lenguaje pediátrico, debe surgir con naturalidad para desviar la atención de niño sobre un determinado procedimiento. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.

Un ejemplo de ello puede ser preguntar o interesarnos por temas ajenos a nuestro tratamiento durante la preparación para la anestesia (¿Qué deportes practicas en el colegio?, ¿qué vas a hacer estas vacaciones?,) siempre intentado captar la intención del niño.

Es importante por parte del dentista mostrar interés para iniciar una conversación si la edad del niño la permite o bien en niños mas pequeños simplemente utilizar otros medios de distracción, como pueden ser juegos.

LUDOTERAPIA

No cabe duda de la importancia que se le conoce al juego infantil sano en psicología, pues son muchas sus posibilidades pedagógicas y terapeutas que ayudan a superar diferentes problemas educativos. Tendríamos que referirnos a la segunda fase del desarrollo (entre los 2 y los 4 años de edad) en la cual el niño atreves del juego, dejándose llevar por la fantasía empieza ya a poner metas a sus acciones.



Fig. 5 Enseñando la Ludo terapia)

Es decir, se puede utilizar el juego como medio de educación además, puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios, así como refuerza el instinto de imitación. Fig. 5.

En nuestra consulta, el juego principalmente tiene su mayor interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y medios mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la ansiedad a la situación dental. El juego debíamos iniciarlo nosotros mismos, pues así nos mostramos más accesibles y reforzamos la comunicación con el paciente infantil.

Es necesario disponer de ayudas (marionetas, calidoscopios, juegos electrónicos, etc.) que faciliten captar su atención. Un momento adecuado para su introducción puede ser después de realizar la aplicación de la anestesia local. Dependiendo de la edad y nivel de madurez del niño, precisará más o menos de nuestra participación en el juego; con un niño de 3 años representaremos con marionetas un cuento, mientras que con el de 7 años puede ser suficiente cualquier juego electrónico.

CONTROL DE VOZ.

Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaborada. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inicia, y lo es menos cuando estas ya están muy establecidas. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la atención de que es el propio profesional quien toma las decisiones.

Es más importante el tono de voz que lo que se dice en concreto. La expresión facial debe transmitir esta misma expresión. El mensaje verbal y el para verbal han de transmitir la misma información. El clínico, en ocasiones puede realizar << control de voz >> solo con la expresión facial.

Cuando de nuevo captamos la expresión del niño, se le agradece su colaboración e interpretación de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina << cambio de ritmo >>. En ningún caso debe considerarse como un escape para el profesional o enfado.

TECNICA DE LA TRIPLE E (EXPLIQUE-ENSEÑE-EJECUTE)

También se le conoce como técnica de decir mostrar y hacer. Desde su introducción por ADDELSTON en 1957 esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de conducta. Se basa en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumento de la consulta dental.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: A) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo; B) mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica, y C) efectuar la técnica tal y como se le ha explicado y demostrado.

Ejemplo: profilaxis con copa de goma.

Decir: voy a limpiar tus dientes con este cepillo especial (copa de goma en micro motor con baja velocidad), tú puedes ver que cuando aprieto este botón gira y con la pasta dejara tus dientes limpios.

Mostrar: puedes, si quieres, tocar este cepillo que es blando y si me dejas tu mano veras que da vuelta y es agradable.

Hacer: ahora deja que limpie tus dientes, gracias.

La elección de las palabras es importante, y es necesario un vocabulario sustitutivo para los instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender. En esta técnica sencilla y de fácil aplicación, y para que resulte efectiva se a de pasar a un estudio a otro sin interrupción, y de manera continua desde que el niño entra en ala consulta hasta que salga de ella. No la aplicaremos para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.

DISMINUIR LA ANCIEDAD DE LOS PADRES.

Las actitudes sociales han cambiado en los últimos años a una mayor participación de los padres durante el tratamiento, lo que lleva la necesidad de cambiar el diagnostico y plan de tratamiento de acuerdo con la necesidad del niño, de manera que permita a los padres seguir la situación, pero no implicarlos en el tratamiento, pues terminan interviniendo para proteger a su propio hijo, lo cual desemboca una situación embarazosa y perjudicial para el propio tratamiento.

No hay duda de la influencia de la ansiedad de los padres sobre la conducta del niño; sentimientos de temor fácilmente transmitidos a los niños, ya no solo en los ambientes familiares, sino también por medio de las acciones y reacciones durante el tratamiento del niño. Es por este motivo por lo que en algunos casos puede necesitarse una disminución de los niveles de ansiedad de los padres para tratar efectivamente a los niños.

En ocasiones, ofreciendo mas información a los padres sobre las técnicas disponibles para controlar la ansiedad de su hijo aumentaremos, por un lado, la aceptación por parte de estos de las diferentes técnicas, y , al mismo tiempo, ayudara a disminuir su propia ansiedad conocer las posibles ayudas para su hijo.

Por otra parte, es fundamental que en el momento de las aplicaciones a los padres (que deben realizarse sin la presencia del niño), nuestro tono de voz transmite confianza y seguridad, así como modular nuestro volumen de manera que ayude a calmar su ansiedad. En cuanto al contenido, no debemos limitarnos a la exposición de problemas, sino ofrecer soluciones tanto el punto de vista de procedimientos terapéuticos como en las técnicas que permite mejorar la colaboración del niño para el tratamiento.

También, teniendo en cuenta que el lloro del niño suele ser el origen de un incremento de la ansiedad paterna, insistir en la normalidad según la edad, los posibles lloros que más que una alteración son un simple reflejo de su nivel de madurez y que en ocasiones, no interesa controlar, pues ayuda a eliminar las tensiones del niño durante en tratamiento.

En cuanto al momento de tratamiento, dependiendo de la edad del niño, la mayoría de profesionales prefieren que los padres esperen la zona de recepción, pues, en general, la colaboración del niño es mucho mejor, y, sobre todo, puede ayudar a administrar la ansiedad de los padres. Aunque en algunos casos, dependiendo del perfil de los padres y niños, pueden ser mejor su presencia durante el tratamiento.

TECNICAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas, y se basan en los principios ya establecidos en la teoría del aprendizaje social. Por definición, consiste en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para aproximarnos a este, y a si sucesivamente.

Defensores de esta técnica argumentan que la mayoría de las conductas son aprendidas y que este aprendizaje implica una conexión entre el estímulo y la respuesta.

Para aplicar con éxito las técnicas de modificación de conducta se requiere técnica y paciencia.

ESFUERZO

Los psicólogos que defienden la teoría del aprendizaje social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigo en sus medios, y que la aprobación obtenida, primero de sus padres y después de su entorno, son formas importantes de recompensas. Así se representan un axioma de esta teoría, según la cual conductas reforzadas persisten y conductas no reforzadas desaparecen.

Dichas tácticas tratan de modificar la conducta y pueden ser aplicadas en el campo de la odontopediatría, donde es preciso que el profesional muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente (elogios) o bien con expresiones faciales de agradecimiento (sonrisas) para que resulten efectivos, siempre han de otorgarse después de que se haya producido una buena colaboración, y, además, de manera frecuente, si el comportamiento es el adecuado.

El premio es otra forma de recompensa siempre que se proporcione como una señal de aprobación y no de <<soborno>> a los niños. Tampoco deben entregarse al final de la visita si la colaboración no ha sido la adecuada, pues reforzamos la mala conducta y el paciente no entiende que esperamos otro tipo de actitud más favorable.

Por ello si un niño actúa impidiendo el tratamiento y no se puede completar lo planeado, interrumpir el procedimiento y devolver al niño con su madre probablemente reforzaría esta conducta negativa. Sería preferible mantenernos inmutables y pretender simular que se concluya el tratamiento (aunque sea para finalizar en una visita posterior)

Y retirar la aprobación otra forma de recompensa pero nunca mostrar coraje o ridiculizar su conducta.

DESENCIBILIZACION

Es una de las técnicas usadas con mas frecuencias por los psicólogos en el tratamiento de los temores fobias y ansiedades innecesarias. La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos.

Las escenas imaginarias que han de ser presentadas de forma gradual, de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido.

La de sensibilización es efectiva, por que el paciente aprende a sustituir una conducta apropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. Es importante conocer la base del temor infantil, y a partir de aquí romper los vínculos entre este y los condicionantes que provocan el miedo pues evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar su conducta negativa.

Si se puede exponer al niño a la situación las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan aumentan, por que el niño contacta con la realidad.

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en la odontología infantil. Ni la presentación de situaciones imaginarias ni la total relajación muscular son necesarias para obtener de sensibilización.

Un niño de 3 años puede tener miedo al ruido de la piza de mano por haber oído a otro niño llorar la aplicación de la sensibilización consistiría en explicarle algo a si como: <<este es mi cepillo especial para dejar tus dientes brillantes>>, y dejarle tocar la copa de goma mostrándosela en su uña, antes de aplicarlo en sus dientes a si el niño descubre que el dolor que había anticipado no existe, y sus miedos previos empiezan a extinguirse.

En ocasiones es posible, conociendo el origen del temor evitarlo, mediante otra técnica, o quitarle importancia mediante la distracción. En general el método gradual implícito en la modificación conductual puede retasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que recompensado, por lo que el tiempo dedicado en un principio puede considerarse una buena inversión para el éxito de los tratamientos.

IMITACION

Es otra de las técnicas empleadas en psicología para el tratamiento de los temores, y puede ser aplicada a una variedad de situaciones dentales en donde el niño puede aprender observando como otros reciben tratamiento es de gran utilidad, principalmente para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.

El proceso básico consiste en la observación de 1 o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular, y a si puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se den determinadas instrucciones en general los patrones complejos de conductas son aprendidos rápidamente por imitación en lugar de tener a los niños contagiándose de la ansiedad materna, pueden llevarse a las salas operatorias para observar a otros niños que pueden servir de modelo.

La técnica por imitación. A diferencia de otras técnicas que son específicas que son específicas para pacientes en una base individual, pueden ser aplicadas a grupos de niños. Muchas universidades emplean técnicas por imitación al diseñar las áreas de tratamiento de una manera abierta para que los niños puedan observarse unos a otros.

Otro método que se ha demostrado efectivo es enseñar a un grupo una película de un niño que recibe tratamiento. El modo en que los niños aprenden por imitación es muy importante para el profesional, por que los modelos que tienden hacer imitados más frecuentemente son aquellos que se perciben como poderosos y con control sobre el imitador, que es precisamente como percibe el niño al clínico y a sus auxiliares de modo que si el profesional aparece en la consulta con un control sobre la situación el niño tratara de imitarlo.

SUGESTIÓN E HIPNOSIS

Como ya se ha comentado anterior mente, las selección de las palabras adecuadas y su utilización con un tono positivo y de confianza, sin prisa y con suavidad, puede producir la respuesta deseada en el paciente infantil, a si como un efecto calmante en su ánimo. En otros casos por medio de la hipnosis es posible modificar conductas no deseadas, precisa un entrenamiento clínico previo. En general, los niños con capacidad de comunicarse y los adolescentes son sujetos idóneos para la sugestión y la hipnosis, pues fácilmente, y de manera rápida, pueden ser influidos como si de un juego se tratase.

TECNICAS DE ENFOQUE FISICO

Se define como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

No son técnicas que se utilizan como castigo, si no como procedimientos clínicos aceptados con bases científicas para llevar cavo en determinada situaciones perfectamente tipificadas y específicas; es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente, y nunca debe entenderse como una forma punitiva.

Si se aplican correctamente en los casos indicados y de una forma profesional, no suponen ningún daño psicológico para el niño. Los objetivos básicos son :

- a) Ganarse la atención del niño
- b) Enseñarle la conducta apropiada que se espera de el
- c) Darle más seguridad mediante el contacto corporal y con controlarle sus movimientos
- d) Protegerlo de lesiones.
- e) Hacer más fácil el procedimiento dental tanto como para el niño como para el clínico.

El método físico de control de conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico la principal indicación para su utilización es en urgencias dentales con los niños descontrolados y en pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos.

Su aplicación levanta ciertos sentimientos controvertidos y discrepancias entre los profesionales de la odontología, aunque no tanto entre los especialistas de la odontología infantil. Generalmente su rechazo es motivado por la falta de documentación y conocimiento del modo de aplicación.

Su alternativa son los tratamientos bajo sedación o anestesia general. Estas técnicas deben aplicarse en una atmosfera relajada con tranquilidad siempre como parte de un tratamiento y jamás con connotaciones de castigos.

Hay que ser conscientes de lo que se realiza al aplicarla y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto a si mismo. Se le debe explicar que el puede y debe cooperar con nosotros pero que va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando protegido para que no sufra lesiones por movimientos que el no pueda controlar.

Es frecuente observar la sensación de seguridad que experimentan muchos niños al utilizar estas técnicas.

CONSIDERACIONES

- Solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con las técnicas convencionales
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento con anestesia general.
- Se emplean como parte de un tratamiento no como un castigo.
- La principal finalidad es la protección del paciente se empleara todo el tiempo necesario para explicar a los padres porque y como se utiliza a si como obtener el consentimiento de los padres
- A los niños debe explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevara acabo

BLOQUE DE MORDIDAS, ABREBOCAS

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Estaría indicado para algunos niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla.

Existen distintos dispositivos con diferentes tamaños que se seleccionan en función con la edad del niño y que el caso de utilizarlo se les atara un hilo de ceda como dispositivo de seguridad.

MANOS SOBRE BOCA

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello está prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos. Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño cuando este se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos.

La asistente controla las manos y pierna para frenar la agitación y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar. Generalmente mediante la comunicación para verbal (gestos, miradas y expresiones faciales), el niño indica que está dispuesto a ayudar, entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta.

La técnica no busca asustar al niño si no obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al profesional, y es importante que este no refleje una actitud de enfado. Es una técnica controvertida, pero lo cierto es que resulta efectiva en los casos indicados.

INMOVILIZACION MEDICA POR PARTE DEL PROFESIONAL

Término que sustituye al anterior de restricción física. Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño por parte del profesional y de sus auxiliares. En determinados procedimientos como la aplicación de la anestesia local se requiere que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño para evitar los movimientos de estas y mientras tanto la auxiliar controla los movimientos de los brazos hacia la jeringa.

Para muchos niños el hecho de que una auxiliar apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas, y a demás se siente protegidos. Sin embargo , otros niños presentan conductas mas descontroladas que requieren que el profesional tenga que actuar de una forma más activa.

INMOVILIZACION MEDICA MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECIFICOS

Cuando el personal sanitario ya no puede controlar los movimientos del niño se recurre a dispositivos de limitación física específicos para el control de todo el cuerpo, como toallas y dispositivos comerciales pediWrap (dispositivo de nailon con cierre de velcrom) o el Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela).

Estas técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y sus conocimientos por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres, y especialmente en aquellos casos donde sus hijos hayan tenido experiencias dentales negativas.

En la actualidad es mayor la participación de los padres durante el tratamiento con un mayor énfasis en la necesidad del conocimiento informado. Aunque existe técnicas que los padres prefieren más que otras lo cierto es que con mas información aumenta la aceptación de las distintas técnicas.

Hay que exponer a los padres el por qué de la necesidad de utilizarla insistiendo en la finalidad de dar seguridad al niño. Las mas aceptadas son la imitación la de sensibilización y la técnica de la triple E. Entre las que producen mayor desagrado esta la limitación física.

OTRAS TECNICAS

Existen otros métodos que aunque lentamente, van adquiriendo mayor aceptación como son las técnicas de relajación, distracción al crear un momento de confusión la masica incluso la acupuntura. Su principal dificultad estriba en el tiempo necesario para su aplicación y la necesidad de un entrenamiento previo por parte del profesional.

COMPRESIÓN DEL TEMPERAMENTO DEL NIÑO

La presente sección constituye una guía práctica de las formas de interacción en el ámbito odontológico, que se puede ayudar a fomentar las conductas positivas y de acatamiento en pacientes niños y adolescentes. Estas directrices se basa en los resultados y principios de investigación de la denominada odontología conductual, asi como en aspectos relacionada con la conducta y el desarrollo de la psicología pediátrica.

Mucho se ha escrito sobre el abordaje de las conductas problemáticas, para el cual se han utilizado diversas técnicas. Esta guía analiza fundamentalmente las más simples de ellas, que pueden emplearse prácticamente con todos los niños y adolescentes a fin de favorecer su comodidad y su grado de cooperación en la clínica dental.

La pauta general indica que es preferible la diplomacia al control absoluto. Dado que la sensación de pérdida de control es uno de los principales componentes de la ansiedad y el temor (junto con la imposibilidad de prever lo que va a suceder), la aplicación de métodos en los que predominen los elementos alentadores, no los demanda, puede arrojar mejores resultados a la hora de favorecer la comodidad en las situaciones que se generan en el contexto odontológico.

La perspectiva es que los dentistas, como integrantes del equipo de asistencia sanitaria de niños y adolescentes, han de ser conscientes del alcance de los métodos que utilizan, basándose en principios psicológicos relacionados con el crecimiento y el desarrollo.

La máxima =los niños no son adultos pequeños= lleva implícita la idea de que un conocimiento y un comportamiento específicos son importantes en el trato con los jóvenes pacientes odontológicos. Los dentistas deben estar familiarizados con la base de conocimiento referida a la medicina de niños y a adolescentes, así como con factores sociales y culturales que afectan a la salud y el comportamiento de las personas jóvenes.

Es esencial que las consultas dentales durante la infancia y la adolescencia sean positivas, ya que la investigación muestra con claridad que estas primeras experiencias tienen un efecto decisivo sobre la actitud respecto a la edad adulta. Así pues, la presente sección destaca la importancia de la relación entre dentista y paciente, sea este lactante, el niño o el adolescente.

Las interacciones entre dentista y padres o cuidadores también son importantes, ya que ellos son los que ejercen una mayor influencia sobre los pequeños fuera de la clínica dental.

CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO

Evidentemente, el trabajo con los niños difiere del realizado con los adultos. Por otro lado, los niños no son todos iguales, y se encuentran en proceso de desarrollo del lenguaje, el intelecto, las capacidades motoras y la personalidad, percibiendo continuamente nuevas experiencias vitales.

Las edades del desarrollo de las capacidades específicas son variables para a sumir un servicio dental de calidad a los niños, es necesario conocer algunos principios del desarrollo infantil. El odontólogo que vaya a trabajar con un niño o adolescente ha de saber cuál es su nivel de desarrollo específico.

CONDUCTA INFANTIL EN RELACION CON EL DESARROLLO

Dado que todos los niños son diferentes, cabe esperar que su comportamiento en el entorno odontológico sea también distinto. La conducta infantil depende del aprendizaje y el desarrollo. Los modelos de comportamiento que se presenta la =norma= para un grupo de edad cronológica en particular ofrecen un medio adecuado para clasificar el nivel esperable de cooperación, contando obviamente con sustanciales variaciones individuales.⁴

MENOS DE 2 AÑOS

El niño tiene escasa capacidad de percepción de los procedimientos dentales y la comunicación eficaz resulta imposible. No obstante, incluso sin cooperación, la exploración oral y la aplicación de ciertos tratamientos pueden realizarse sin sedación.

La capacidad de comunicación en función del grado de desarrollo del vocabulario, previsiblemente limitado. Así pues, la dificultad para comunicarse sitúa al niño en un nivel de =pre cooperación=.

⁴ Libro.-Manual de odontología pediátrica 3ª edición Autor.- Angus C. Cameron, Richar P. Widmer editorial.- Elsevier Mosby

A esta edad los niños prefieren jugar solos y rara vez comparten sus experiencias. Son demasiado pequeños para facilitar el acceso solo con palabras y se muestran tímidos ante una persona (incluido el dentista) y lugares desconocidos. En consecuencia, se debe permitir que el niño manipule y toque los objetos para comprender su significado. Los niños de esta edad deben estar acompañados de un protector.

TRES AÑOS

Estos son menos egocéntricos y les gusta complacer a los adultos. Tienen una imaginación muy activa, les gustan las historias y en general, es posible comunicarse y razonar con ellos. En momentos de tensión se dirigen a su padre o a su madre y no aceptan explicaciones de los extraños. Se sienten más seguros si uno de sus progenitores permanece con ellos hasta que adquieren cierta familiaridad con el dentista y su auxiliar. Una vez que ello sucede, se puede adoptar un enfoque positivo.

CUATRO AÑOS

Los niños de esta edad escuchan con interés y responden a las indicaciones verbales. Su mente es viva y pueden ser grandes conservadores, con cierta a la exageración. Además, participan en los pequeños grupos sociales. Pueden mostrarse cooperativos, aunque a veces intenta imponer sus opciones y perspectivas. Exhiben actitudes de familiaridad y responden bien indicaciones como =gracias= o =por favor=.

CINCO AÑOS

Los niños de 5 años cooperan con sus iguales y no suele temer separarse de sus padres para entrar en la consulta, ya que no rechazan las nuevas experiencias. Se muestran orgullosos de sus posesiones y a menudo, los comentarios sobre, por ejemplo, su forma de vestir pueden ser un medio eficaz de establecimiento de comunicación y desarrollo de relaciones. A esta edad es conveniente que los pequeños hayan abandonado mecanismo de refuerzos de la seguridad, como chuparse el dedo el uso de chupetes o =mentiras=

SEIS AÑOS

A los 6 años los niños ya están habituados al colegio y a separarse de la seguridad de la familia, siendo cada vez mayor la incidencia de sus padres. No obstante, en ciertos niños esta transición genera una considerable ansiedad, que puede hacer que experimenten episodios de llanto, pataletas o que incluso lleguen a pegar a sus padres, además, algunos muestran un significado aumento de las reacciones de temor.

LAS CUATRO ETAPAS DE DESARROLLO INTELECTUAL DE PIAGET

El desarrollo infantil supone mucho más que los simples cambios físicos del niño. El proceso lleva implícito el despliegue de distintas capacidades. Piaget planteo la hipótesis de que:

- Todos los niños pasan por la misma secuencia de etapas cognitivas.
- Los niños no alcanzan un nivel superior de capacidad de razonamiento hasta que dominan las experiencias de la fase anterior.

COMPRESION DEL TEMPERAMENTO DEL NIÑO

En la literatura sobre el desarrollo infantil puede apreciarse la existencias de una larga controversia sobre el grado en el que dicho desarrollo se ve influido por lo =innato= o lo =adquirido=. Algunos estudios indican que lo niños vienen de echo ala mundo con un temperamento o personalidad característicos, que se mantienen en mayor o menor grado a lo largo de su vida.

[Thomas y Chess (1977) propusieron tres temperamentos básicos que influyen posteriormente en la personalidad:

- Temperamento fácil. Es el de los niños que suelen presentar un estado de ánimo positivo. Sus funciones corporales son normales y se consideran adaptables y flexibles. Cuando se les presenta un problema, tienden a reaccionar con intensidad baja o moderada. En vez de mostrarse retraídos ante las situaciones nuevas, los niños de temperamento fácil suelen mostrar una actitud positiva.

MIEDO Y ANSIEDAD

CONCEPTO: el niño, en su desarrollo está expuesto a un medio ambiente que puede permitir o no en la satisfacción de sus necesidades; un obstáculo en la satisfacción de estas crean en el niño un estado de ansiedad, entendiendo esta como la respuesta a un factor externo o interno, que provoca una pérdida de equilibrio en un organismo que no estaba preparado para hacerle frente y que lo experimenta como una amenaza a su existencia. Fig. 6



Fig. 6 Referencia al miedo

Debemos, por lo tanto entender estos problemas de conducta como la expresión de síntomas que traducen a su vez un problema emocional del niño; deben diferenciarse de otros cuadros más complejos, como son trastorno de personalidad neurosis y psicosis.

De acuerdo con el D.S.M.III (manual de DX. Asociación psiquiátrica americana, 3^a ed. Revisada), los factores generados de ansiedad a en la infancia pueden ser específicos, como sería el caso de la ansiedad de separación, que se inicia a partir de los 6-8 meses y se considera normal hasta los 4 años; a partir de esta edad está considerada como ansiedad patológica de separación.

Otros de los factores específicos señalados son los trastornos por evitación, que tiene un antecedente en la ansiedad ante el extraño señalada por Spitz y que aparece alrededor de los 8 meses. Un tercer trastorno es la ansiedad excesiva generalizada y que no tiene que ver con ninguna persona, lugar o suceso en especial.

PERIODO PREPATOGENICO (Factores de riesgos)

Agente, huésped, ambiente. En el caso de la ansiedad de separación se puede hablar de 2 factores fundamentales específicos: el miedo a no ser cuidado y la exagerada anticipación de peligrosos futuros. El primero está relacionado fundamentalmente a las experiencias vividas a la integración a sus padres.

BOWLBY reconoce la existencia de factores constitucionales en la sensibilidad al mundo; pero el factor más importante para que la personas respondan están determinados por la relación que se ha dado con las figuras del vínculo. De esta forma señala BOWLBY, "La mayoría de los miedos son derivados de la ansiedad de separación".

El vínculo seguro con los padres se consideran con la base del desarrollo de la confianza de sí mismo, y esta a su vez determina el equilibrio emocional. Algunos padres tornan ansiosos a sus hijos por la sobre protección que ejercen sobre ellos convirtiéndolos en hijos dependientes.

Estos trastornos son más comunes en la primera infancia, pero se persisten y se hacen más notables en los años escolares. En cuanto a los trastornos por evitación, algunos autores hablan de factores genéticos, sin embargo, las experiencias sociales aprendidas juegan para otros autores un factor determinante.

Se puede hablar de numerosas experiencias en la primera infancia que generan estos problemas como son: frecuentes traslados familiares muertes de los padres, cambios de escuelas, comparación desfavorable con hermanos, parientes o compañeros, enfermedades crónicas incapacidades físicas y sobre protección.

Esto determina que el niño no aprenda a integrarse socialmente. La sintomatología puede desarrollarse a partir de los 2 años una vez desaparecida la respuesta normal de ansiedad ante el extraño. Se observan con mayor frecuencia en las niñas, posible mente por el rol pasivo aceptado y promovido en el sexo femenino.

En estos 2 casos hablamos que los factores de ansiedad son específicos. En el tercer tipo de trastornos (ansiedad excesiva generalizada), la respuesta es más generalizada y está relacionada a múltiples problemas aunque sabemos que la familia un papel importante. A continuación enumeramos algunos factores que se han considerado como los más importantes en la génesis de esta ansiedad:

1.- errores de educación más frecuentes: no tomar en cuenta las necesidades del niño (alimentación, cuidado, afecto, independencia, etc.); amenaza de daño físico y mutilaciones (“te voy a quemar las manos” o “ la boca”); amenaza con personajes ficticios que provocan miedo o terror en el niño (diablo, borrachitos, etc.); hacer sentir al niño culpable de la enfermedad de los padres (“por tu culpa estoy enfermo”); maltrato por parte de los padres (encerrar al niño o sujetarlo y limitar sus movimientos); y discrepancias entre los padres en cuanto a la educación de los hijos.

2.- relaciones personales defectuosas: de los padres entre sí (riña, maltrato físico), y de padres a hijos (sobre protección rechazo, burla, etc.).

3.- falta de estimulación adecuada para el desarrollo físico, psicológico y social del niño: limitaciones del movimiento de su actividad creativa de juego falta de estímulo verbal, visual, auditivo y de contacto físico.

4.- situaciones a las que debe adaptarse: nacimiento de un hermano y muerte de un familiar.

5.- Experiencias aisladas traumatizantes: intervenciones quirúrgicas para las que no fue preparado, accidentes, etc.

6.- enfermedades que padecen los niños; fundamentalmente por la ansiedad que transmiten los padres, por la sobreprotección a la que se ve expuesto el niño por enfermedades crónicas e internamiento prolongado.

7.- factores socioeconómicos: de privación cultural cambios frecuentes de domicilios, dificultades económicas sentidas por los hijos, etc.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud. Impartir educación médica a la comunidad en las distintas áreas de salud mental, enfatizando en los diversos aspectos de la dinámica familiar y del desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente utilizando hasta donde sea posible los medios masivos de la comunicación como una medida importante para la prevención de estos trastornos. Protección específicas.

Promover programas de detección oportuna de estos problemas en el hogar, en el jardín de niños y en las escuelas, con colaboración de los mismos padres, maestros y médicos.

Mantener estos programas en forma permanente a través de visitas que se realicen en esos centros escolares a su mismo localizar a matrimonios con problemas en sus relaciones familiares, en los diversos centros donde acuden (iglesias, escuelas, centros de integración familiar, etc.) y por último detectar los errores de educación más frecuentes.

PERIODO PATOGENICO

Etapa succínica. Fisiopatogenia. Sabemos que los padres no siempre pueden satisfacer inmediatamente las necesidades del niño y frecuentemente tienen estas que posponerse; cierto grado de frustración es útil para ubicar al niño en la realidad y permitir el desarrollo de una personalidad más estable.

La ansiedad es considerada como una respuesta normal del organismo; solo cuando su frecuencia e intensidad dificulta el funcionamiento normal de su personalidad, se le considera patológica. Inicialmente es difícil diferenciar al niño sano del enfermo solo la evolución del síntoma y la persistencia de este a una edad que no corresponde determinan la patología.

ETAPA CLÍNICA, SÍNTOMAS Y SIGNOS.

Ansiedad de separación se considera como un síndrome en que predomina la ansiedad y se presenta cuando el niño es separado de su madre del hogar o de su familia. Generalmente son niños apegados a sus padres y la separación, además de la ansiedad puede llegar al pánico.

Presentan dificultades al dormir, miedo a la oscuridad, dolor de estómago, pesadillas, náuseas, cefaleas, palpitaciones y vértigo. Con frecuencia tienen de enfermarse a sufrir accidentes perderse temen sufrir algo terrible.

Estos mismos temores los experimentan con sus padres temor a dormir solos y lejos de sus padres.

Además se observa una ansiedad anticipatoria antes de ir a la escuela manifestándose como fobia escolar; existe temor también por acudir a otros sitios, casa de familiares, campamentos, etc.

Trastornos por evitación.

Se refiere a un rechazo, o alejamiento persistente de su relación social con sus compañeros, seguida de una búsqueda de afecto o aceptación de su medio familiar. Este trastorno está relacionado con el anterior ya que frente a los extraño manifiesta temor el niño o se muestra tímido desconfiado, con dificultad para hablar con ellos; tiende a apegarse a sus padres para calmar su miedo para evitar la ansiedad, provocada por las personas; se encierra en sí mismo y rechaza a otros, su aislamiento identifica sus problemas y general mente se acompaña de un nivel bajo de autoestima.

Este miedo afecta severamente su desenvolvimiento social; no adquiere la destreza para convivir y participar en una conversación ni para adaptarse en un grupo son incapaces de aprender la conducta social para atraer la atención y tienen den a su vez a ser rechazados se reportan sentimientos de rabia y cólera, cuando se les presiona a convivir dentro de grupo y pueden presentar llanto: se aprecia además una inhibición extrema en su conducta y pueden tener problemas de aprendizaje.

TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA.

Es un tipo de ansiedad generalizada por los hechos futuros, preocupación por hacer las cosas bien esto genera a su vez una tendencia a la perfección y se dan frecuentes quejas psicósomáticas: dolor abdominal, náuseas vómitos, respiración corta vértigo, palpitaciones del pulgar, onicofagia, alteraciones del sueño, etc.

Se trata de niños inseguros que se avergüenza fácilmente y que buscan que los demás confirmen sus juicios. Se les considera hipersensibles y nerviosos experimentan temores y llegan a presentar fobias. Se pueden presentar marginados de las actividades sociales y deportivas tiene la necesidad de agradar de quedar bien y casi nunca quedan satisfechos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Diagnóstico precoz

Se puede realizar tomando en cuenta los factores de riesgos, detectando los problemas en jardines de niños y en escuelas mediante cuestionarios en los que se incluyan estos comportamientos. Pero son fundamentalmente el médico general el familiar y el pediatra los que pueden detectarlos mediante un interrogatorio completo dentro de la historia clínica.

Debe también capacitarse en estos problemas a otros profesionales que están en contacto con niños y familiares, estudiantes de medicina, odontólogos, enfermeras, trabajadores sociales, educadoras y profesores. De los estudios para clínicos, solo el EEG puede reportarnos en algunas ocasiones signos de inmadurez.

Algunos test de psicológicos, como la prueba de vander – gestalt, y las pruebas proyectivas de personalidad en niños (CAT, etc.) pueden detectar alteraciones de tipo emocional.

Tratamiento oportuno.

Junto con el diagnóstico precoz el tratamiento oportuno es indispensable; recuérdese que controlar el problema a tiempo puede evitar cuadros más severos. Posteriormente el tratamiento es mixto la labor psicoterapéutica debe dirigirse a ayudar a los padres. Algunas modificaciones del ambiente familiar y de las técnicas de educación pueden mejorar la dinámica interna de la familia. Enumeraremos algunas recomendaciones que se pueden ofrecer a los padres

- 1.- Evitar la sobreprotección y el rechazo.
- 2.- Evitar la preferencia por uno de los hijos.
- 3.- No alimentar al niño por la fuerza.
- 4.- Evitar comparación sistémica entre los hermanos.
- 5.- Evitar hacer sentir al niño ridículo o impotente, o burlarse de él.
- 6.- Corregir al niño de acuerdo con la falta cometida, y no con el estado de ánimo de los padres.
- 7.- Comunicarse adecuadamente con los hijos.
- 8.- Evitar transmitir ansiedad innecesaria al niño.
- 9.- Preparar al niño ante el nacimiento de un hermano o al practicarle una intervención quirúrgica programada.

Cuando no se logra modificar el problema familiar, se requiere tratamiento especializado mediante psicoterapia familiar individual o de grupo.

3.3 TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN NIÑOS AUTISTAS

Debido a que una característica importante de los niños autistas es su tendencia a sus rutinas intentando que siempre sea idéntico, será necesario concederles varias visitas antes de iniciar cualquier exploración y tratamiento. Probablemente sea necesario contar con el psicólogo del niño en la situación dental, donde de alguna forma habrá que conseguir situaciones de exteriorización por parte del niño y por tanto una respuesta positiva de este.

Para ello se le ofrece estímulos diversos y contrastantes, como someterlo a un estímulo de sabor muy ácido e inmediatamente después aun estímulo de sabor muy dulce o salado, y a si sucesivamente, hasta que el niño reaccione a uno de ellos. Esta estimulación también se puede hacer utilizando colores, luces, sonido, etc.

A partir del momento en que ocurre la respuesta positiva al estímulo ofrecido se crea la oportunidad de conseguir los procesos iniciales de exteriorización. Algunos autores también recomiendan los métodos de restricción física de Papoose Board o de Pediwrap, que en algunos casos pueden calmar al paciente aunque dichos métodos están hoy día en desuso. Fig. 7



Fig. 7 manejo de comportamiento.

Debido a que el niño autista en la mayoría de los casos padece retraso mental y en la mitad de ellos el retraso mental es profundo, unido a los demás problemas que presentan (falta de capacidad para relacionarse), etc., va a determinar que la exploración y el tratamiento dental sea muy difíciles; por lo que algunos autores sistemáticamente proceden a usar la sedación profunda antes de iniciar cualquier maniobra odontológica.

En la psicosis infantil se debe intentar el tratamiento mediante las técnicas de control que persigan la comunicación con el niño y la modificación de la conducta; cuando estas técnicas no den resultado habrá que recurrir a la sedación o a la anestesia general.

Estos pacientes no suelen presentar patologías bucodental características: sin embargo, debido algunos cuidados dentales deficientes, junto a una cierta hiposialia secundarias algunos medicamentos que se les administra, podría favorecer la aparición la aparición de caries dental. También pueden influir otros factores locales como las dietas muy azucaradas, la poca coordinación de la lengua o el empaquetamiento, manteniendo la comida en la boca durante tiempo. En pacientes que tomen antiepilépticos también pueden observarse sobre crecimiento gingival.

En pacientes con alto índice de caries hay que detectar si se les administra dietas inadecuadas (azucaradas) o toman medicación xerostomizante. En general, se ha de prevenir establecimiento una correcta higiene oral y pautas de fluorizaciones, a si como corregir los hábitos anormales si se presentan.

Es difícil el manejo a odontológico debido a los trastornos de comunicación y del lenguaje que presentan, es conveniente tratarlos en un ambiente de rutina, siempre por el mismo profesional y en idénticas condiciones, si surgiera algún problema para el tratamiento, se puede corregir al emplear una técnica de sedación. Aun así es difícil y se hace necesario, en muchas ocasiones recurrir a la anestesia en general en procedimientos largos y complejos.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

3.1 CONCLUSIONES

Durante el crecimiento y el desarrollo del niño, se presentan diversas alteraciones y diferentes tipos de trastornos. Por lo consiguiente es importante que los odontólogos estén capacitados para hacer frente a estos problemas.

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracteriza por una perturbación grave y generalizada; habilidades para interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

En este caso el autismo se caracteriza un trastorno generalizado del desarrollo que fue descrito por uno de los fundadores de la siquiatria infantil y el primer profesor en esta área en estados unidos Leo Kanner que describió en su artículo “Los trastornos afectivos del autista describía el caso de 11 niños, llegando a la conclusión de que todos presentaban unas características comunes”.

El riesgo de recurrencia que se ha descrito es de 4% en el primer hijo afectado y de 7% si el primer hijo fue una hija este riesgo aumenta al 50% si el segundo hijo es autista. Esta información sugiere que el autismo se debe a herencia multifactorial.

El conocimiento de las causas genéticas del autismo es fundamental para entender su posible etiología, diagnosticarlo en etapas tempranas del desarrollo a través de marcadores genéticos, así como para implementar diferentes tipos de tratamientos que pueden surgir a partir del conocimiento del origen del trastorno.

En la actualidad el autismo consiste en la consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo (Riviere 2001) en estos últimos años han aparecidos varias teorías, tanto psicológicas, como neurológicas, que de una forma rigurosa ayuda a entender las alteraciones que este trastorno presenta en los individuos afectados.

Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2 - 5 casos por cada 10.000 individuos.

Los trastornos son más comunes en la primera infancia, pero se persisten y se hacen más notables en los años escolares, en casos pocos frecuentes se llega a dar en pacientes adultos

También hay que considerar que se le ha dado una forma especial al paciente autista dándole terapias fisiológicas y terapéuticas con la finalidad de que el niño autista pueda cooperar en la consulta dental.

Una técnica importante de los niños autistas es su tendencia a sus rutinas intentando que siempre sea idéntico, será necesario concederles varias visitas antes de iniciar cualquier exploración y tratamiento.

Probablemente sea necesario contar con el psicólogo del niño en la situación dental, donde de alguna forma habrá que conseguir situaciones de exteriorización por parte del niño y por tanto una respuesta positiva de este.

Para ello se le ofrece estímulos diversos y contrastantes, como someterlo a un estímulo de sabor muy ácido e inmediatamente después aun estímulo de sabor muy dulce o salado, y a si sucesivamente, hasta que el niño reaccione a uno de ellos. Esta estimulación también se puede hacer utilizando colores, luces, sonido, etc.

A partir del momento en que ocurre la respuesta positiva al estímulo ofrecido se crea la oportunidad de conseguir los procesos iniciales de exteriorización. Algunos autores también recomiendan los métodos de restricción física de Papoose Board o de Pediwrap, que en algunos casos pueden calmar al paciente aunque dichos métodos están hoy día en desuso.

Debido a que el niño autista en la mayoría de los casos padece retraso mental y en la mitad de ellos el retraso mental es profundo, unido a los demás problemas que presentan (falta de capacidad para relacionarse), etc., va a determinar que la exploración y el tratamiento dental sea muy difíciles; por lo que algunos autores sistemáticamente proceden a usar la sedación profunda antes de iniciar cualquier maniobra odontológica.

En la psicosis infantil se debe intentar el tratamiento mediante las técnicas de control que persigan la comunicación con el niño y la modificación de la conducta; cuando estas técnicas no den resultado habrá que recurrir a la sedación o a la anestesia general.

BIBLIOGRAFIAS

AUTISMO

E-Books Estados autísticos en los niños, Francés Tustin

Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson

Neuropsicología Humana, Bryan Klob Q.

La detención y atención educativa en los trastornos generalizados , Salvador Grau company

Neuropsicología Humana, Bryan Klob Q.

ETIOLOGIA

Tratado de psiquiatría tomo III Autor michel g. gelder edt. Ars Medica

Manual de siquiatria medica Autor :David P Moore 2da edición

Libro Tratado de psiquiatría tomo I Autor: Robert Hales 3ra edición

MIEDO Y ANSIEDAD

Tratado de los trastornos de ansiedad, Dan J. Stein, Eric Hollander , ARS Medica

EPIDEMIOLOGIA

Manual de siquiatria medica, David P Moore, 2da edición

E_book Odontología En Pacientes Especiales, Fincisco J. Silvestre, Andres Plaza, PUV

Odontología pediátrica, Pinkham, Masson

PREVALENCIA

DSM-IV Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales, Masson

GENETICA

Acta Pediatr Mex 2010;31(1):22-28 Artículo de revisión Bases genéticas del autismo

Lic. Ileana Álvarez,¹ Dr. Ignacio Camacho-Arroyo²

EPIDEMIOLOGIA

Manual de siquiatria medica, David P Moore, 2da edición

MANEJO DE COMPORTAMIENTO

Odontopediatria, Boj, Masson

Odontología pediátrica, Pinkham, Masson

TECNICAS DE COMPORTAMIENTO

Odontopediatria, Boj, Masson

Manual de odontología pediátrica 3^a edición, Angus C. Cameron, Richar P. Widmer, Elsevier Mosby

CONDUCTA INFANTIL

Secuencias de desarrollo infantil integral, Chilina Leon de Vioria, E-Book

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN NIÑOS AUTISTAS

E_book Odontologia En Pacientes Especiales, Fincisco J. Silvestre, Andres Plaza Editorial PUV

Odontopediatria, Boj, Masson

COMPRESION DEL TEMPREAMENTO DEL NIÑO

Manual de odontología pediátrica 3ª edición, Angus C. Cameron, Richar P. Widmer, Elsevier Mosby