

TOCa
0087

**ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL PACIENTE CON ESPECTRO
AUTISTA EN ODONTOLOGÍA Y EN LA CONSULTA AMBULATORIA**

CAROLINA MONARES

NATALIE ANDREA OROZCO

LINA MARÍA VARELA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2002



**ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL PACIENTE CON ESPECTRO
AUTISTA EN ODONTOLOGÍA Y EN LA CONSULTA AMBULATORIA**

**CAROLINA MONARES
NATALIE ANDREA OROZCO
LINA MARÍA VARELA**

**Monografía para optar al título de
Odontología**

Directores

**DR. CARLOS ARTURO HENAO
DRA. ADRIANA SÁNCHEZ
DRA. LILIANA MARÍN ZAPATA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2002



Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 5 de Abril de 2002

A nuestros padres por ser los mejores
guías, por su amor, comprensión,
paciencia, sacrificio y apoyo incondicional
durante el desarrollo de nuestros estudios.
Por su gran esfuerzo para poder ofrecernos
la mejor de las herencias, una educación,
para formarnos como personas y tener un
futuro mejor.

A ellos dedicamos con mucho cariño y
amor sincero este logro que culmina una
etapa mas en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos hacer un pequeño homenaje a las personas que de una u otra manera, en su estilo, han contribuido a hacer de esta monografía un documento interesante e importante para consulta y enseñanza de colegas, amigos y compañeros, que además enriquecieron nuestros conocimientos, aportando directrices para ser cada vez mejores y con mayor vocación para el servicio; por eso pensamos que en esta lista deben de figurar:

Doctor Carlos Arturo Henao, por su revisión crítica y sus sugerencias oportunas, siempre aportando sus conocimientos.

Doctora Adriana Sánchez, por su continua inspiración en las constantes y variadas discusiones de donde extractamos las coincidencias y desacuerdos para enfocar mejor el documento.

Doctora Liliana Marín Zapata, por su disposición, tiempo y actitud para ayudar y por sus sabios consejos sin los cuales el camino recorrido habría sido mas difícil.

Al Colegio Odontológico Colombiano, por ayudarnos a recorrer el camino de la educación formándonos profesionales íntegros y dispuestos a servir a nuestros semejantes.

Dios, quien ha estado allí en lo más pequeño y en lo más grande, nos ha guiado dándonos sabiduría y fortaleza para seguir adelante.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	9
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. HIPÓTESIS	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 GENERAL	14
4.2 ESPECÍFICOS	14
5. METODOLOGÍA	16
5.1 MODALIDAD INVESTIGATIVA.	16
5.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	16
5.3 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN	17
6. MARCO TEÓRICO	19
6.1 ESPECTRO AUTISTA	19
6.1.1-Autismo	19
6.2 CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO	21
6.2.1-Alteraciones de la Conducta Social	21
6.2.2-Alteraciones del lenguaje	23
6.2.3-Alteraciones motoras	25
6.2.4-Alteraciones Cognitivas	27
6.2.5-Alteraciones Sensoriales	28

6.2.6-Alteraciones Propioceptivas	32
6.2.7-Alteraciones Táctiles	32
7. MUESTRA EPIDEMIOLOGICA	34
8. CASO DE ESTUDIO: APHA (ASOCIACIÓN DE PADRES CON HIJOS AUTISTAS)	39
8.1 ANÁLISIS COMPARATIVO.	39
8.2 CAPACITACION PARA PADRES DE FAMILIA	44
8.3 PROTOCOLO PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD ORAL.	46
8.4 ENTREVISTA AL PROFESIONAL DE LA SALUD ORAL	60
8.5 ENCUESTA A LOS PADRES DE FAMILIA	63
9. CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70

LISTA DE ANEXOS

	Pág
ANEXO 1. Intervenciones educativas	70
ANEXO 2. Aspectos psico-clínicos para la atención de los pacientes con discapacidad.	82
ANEXO 3. La salud buco-dental de los pacientes discapacitados y/o especiales	89
ANEXO 4. Un servicio odontológico	91

INTRODUCCIÓN

Como patología, el autismo es un problema muy antiguo no se sabe exactamente desde cuando existe, pero su conocimiento con base científica data desde los primeros años de la década de los cuarenta.

El autismo es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y su presencia indica que hay un trastorno o un mal funcionamiento de un órgano o de un sistema, en el caso del síndrome autista, la disfunción está en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro.

Aun hay un largo camino por recorrer antes de conocer con exactitud dónde, en qué área del cerebro se localiza la alteración, y cuándo, es decir, en qué momento del desarrollo se produce, cómo y por qué ocurre y cuáles son las fallas que ocasionan estas alteraciones en el sistema nervioso central que generan los trastornos observables.

Para algunos autores, el autismo puede aparecer después de los 2 o 3 años de aparente normalidad, por lo cual, abandona el término "precoz".

Al respecto, conviene aclarar lo siguiente: Si un niño tiene un desarrollo sicomotor normal, como corresponde a un menor de seis, siete o más años, con el lenguaje propio de esas edades y las de más capacidades presentes, o sufren la pérdida parcial o total de estas capacidades, no se considera que se trate de un autismo infantil.

La denominación de síndrome autista no hace alusión a una causa ni enfermedad determinada y puede aplicarse a un cuadro clínico donde están presentes síntomas autistas aunque existan

diferencias entre ellos, pero sin alejarse demasiado de lo que hoy se considera “espectro autista”. El término espectro autista, es muy abarcador, ya que como se ha visto, permite tomar en cuenta la sintomatología autista en enfermedades muy diversas, precisar aproximadamente el grado (ligero, moderado y severo) y trazar pautas educativas.

Un diagnóstico equivocado llevaría implícito un tratamiento equivocado, con toda la repercusión que tendría para el paciente, la familia y el resto del entorno. El diagnóstico del autismo es clínico, únicamente la observación minuciosa y la historia que ofrecen los padres son los elementos básicos para conocer qué es lo que presenta el niño.

En cuestión a esta monografía, que refiere acerca del autismo en Odontología General, abarca lo relacionado a la inexperiencia, la falta de conocimientos por parte del profesional en el área de la salud oral, sin tener ningún tipo de interés en aprender y capacitarse para la atención de estos pacientes especiales. El manejo del paciente autista en el consultorio odontológico se necesita de mucho trabajo, tiempo, paciencia, dedicación y porque no aumento en el costo del tratamiento; que algunos no se atreven o no les interesa tomar conciencia acerca de la importancia que tiene este tema y el bienestar que se crea respecto al Autismo como enfermedad.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los planteamientos de esta monografía hacen explícita la gran necesidad de mayor participación a nivel individual, de asociaciones profesionales e instituciones representativas interesadas en la problemática odontológica de los pacientes autistas, a fin de lograr la meta de que las personas con espectro autista puedan tener acceso adecuado a la atención de salud bucodental.

2. JUSTIFICACIÓN

El manejo del paciente con espectro autista día a día va cobrando mas interés en la población de los profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integralista de la misma.

En lo referente a Odontología, existen profesionales interesados de manera individual pero a un nivel institucional dista mucho de lo deseado, pues no se ha captado el problema que representa la atención a personas con espectro autista.

Existen faltas de recursos económicos como humanos aún en establecimientos de alta complejidad con el agravante de que la formación de profesionales odontológicos es deficitaria para cubrir opciones preventivas y tratamiento conservador no mutilante en personas autistas en la mayoría de los casos.

En un gran número de facultades de Odontología no se tratan estos conceptos o se realizan de manera somera. Los alumnos egresan por lo general con escaso o ningún conocimiento, actitud o destreza para el abordaje o tratamiento de personas autistas, conducente a una negatividad para proveer la atención requerida.

En esta problemática se hace necesario que los profesionales encargados de la salud bucodental, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud proclive a desarrollar planes de trabajo para la atención odontológica en pacientes autistas.

3. HIPÓTESIS

Existe la problemática en la atención odontológica de estos pacientes con espectro autista debido al difícil manejo y la falta de capacitación tanto de los padres de familia como el profesional de la salud oral llevando a una respuesta negativa remitiéndolos a especialistas o en algunos casos sometiendo a estos pacientes a un tratamiento de alto costo como es la anestesia general que de por sí, conlleva a complicaciones, creando efectos adversos, disminuyendo así el interés por parte de los padres de familia en la atención odontológica.

En cada cita odontológica se requiere la presencia de la terapeuta y en algunos casos los padres de familia, para que el paciente colabore desde que llega al consultorio hasta que salga de él y para ello necesita de un ambiente apropiado en donde se aplique la técnica, decir-mostrar y hacer (DMH). Se le debe dar a cambio una recompensa con las cosas que más le guste y darle un incentivo, premiándolo por cada procedimiento realizado en boca, dejándolo hacer cosas que al paciente más le guste (reír, cantar, escuchar música, etc), y así sentirse seguro, para que él se habitúe.

Para la atención odontológica del paciente con espectro autista se debe tener en cuenta el ambiente propicio desde que llega, acondicionada en una parte de la sala de espera con láminas visuales, en las cuales se muestre el procedimiento a realizar; otras en donde se visualice el instrumental que se va a utilizar.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Elaborar un manual que sirva de estrategia para que el odontólogo general y estudiantes del último semestre puedan atender a un paciente con espectro autista sin necesidad de requerir anestesia general.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Analizar los diferentes aspectos que hacen parte del paciente con espectro autista.
2. Determinar los factores a evaluar en las personas al interior del espectro autista desde educación especial, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología y lo más importante para este estudio, la parte de odontología.
3. Identificar los diferentes modelos de intervención y tratamiento para las personas que presentan patologías que hacen parte del espectro autista.
4. Observar el comportamiento del paciente con espectro autista de la institución APHA (Asociación de padres con hijos autistas), en un periodo de tiempo corto.

5. Concientizar a los padres de familia y profesionales de la salud por medio de afiches, videos, conferencias, folletos y seminarios de capacitación.
6. Beneficiar al paciente autista al ofrecerle otra alternativa para el tratamiento de sus necesidades odontológicas, disminuyendo costos y riesgos.

5. METODOLOGÍA

5.1 MODALIDAD INVESTIGATIVA

Consta de una descripción, en donde se tienen en cuenta diferentes aspectos de una misma problemática. En este proyecto se abarca el tema de espectro autista en odontología, teniendo como objetivo descubrir aspectos nuevos para analizar por medio de este estudio un caso específico para saber cómo abordarlo, cómo trabajar con el paciente discapacitado y obtener así información más detallada.

5.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizan dos instrumentos que permiten la recolección sistemática de información; dentro de éstas están:

ENTREVISTAS: las cuales constan de dos partes que son:

Estructurada: Se realiza una anamnesis detallada a los padres del paciente autista.

Semiestructurada: Donde se realizan preguntas sobre la comunicación del paciente, sus relaciones interpersonales y a los profesionales que trabajen con él.

OBSERVACIÓN: Donde se observan todos los comportamientos del paciente con espectro autistas determinando la conducta en el consultorio odontológico.

El objetivo de la observación es corroborar la información recogida con las diferentes fuentes y del marco teórico. Es la única manera de acceder al sujeto dada las características del paciente con espectro autista.

5.3 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN

Es necesario tener un diagnóstico de sospecha que deberá hacerlo el profesional de la salud, basado en la información que recibe de los padres y en su propia observación, y a continuación ser remitido al psiquiatra o a unidades específicas con experiencia en autismo, donde se realizará el diagnóstico definitivo. Ha de realizarse un tratamiento de los síntomas y complicaciones del paciente y un apoyo a la familia que permita la mejor calidad de vida posible de ambos.

Los aspectos específicos que creemos necesarios para el tratamiento de los síntomas son:

1. Manejo del comportamiento (los padres, educadores y profesionales de la salud deberán ser entrenados para poder realizarlos)
2. Enfoque Educativo. Dotar de material y personal adecuado en cada institución con el objetivo que el paciente con espectro autista se desenvuelva de la manera mas eficaz y cómoda posible en el ambiente menos restrictivo, en especial de nuestra consulta odontológica.
3. Apoyo a la Familia. En la actualidad, los profesionales que están correctamente preparados para realizar este apoyo son pocos; la mayor parte de los profesionales de la salud no tienen conocimientos amplios, a pesar de esto, pueden y deben en el momento que lo necesiten informarse para poder trabajar adecuadamente con la familia de estos niños.

Nuestra investigación sugiere llevar a cabo un tratamiento psicológico o psiquiátrico antes de una intervención como también una concientización a los padres de familia acerca del problema y las posibles pautas de aprendizaje antes de iniciar un tratamiento, y así obtener por medio de un

lenguaje mínimo de acercamiento en tantas situaciones como sea posible, y creer necesarias más guías explícitas y prácticas con el objeto de mejorar la transferencia de la teoría a la práctica en las situaciones cotidianas. Con base en esto se pretende incrementar el éxito en cualquier tratamiento que se lleve a cabo.

Muchos de estos pacientes carecen completamente o si la tienen es imposible determinarlo, de inteligencia o de una personalidad psicológica apreciable. Es el caso de pacientes convulsivos o con movimientos espásticos y otro tipo de alteración, con un grado de retardo mental.

Estos pacientes donde la psicología se torna materialmente inaplicable debiendo en cambio utilizar a veces diferentes tipos de contención de abordajes que limiten más no que impidan sus movimientos, y que de alguna manera lleguen a producir relajación.

Al respecto se puede poner en práctica diferentes maniobras de limitación o contención que va desde la manual, efectuada por la madre o nuestra asistente pasando por la auto-contención del paciente, la realizada por medio de aditamentos simples de fijación al sillón dental interfiriendo movimientos que nos obligan a utilizar nuestras manos y terminando en la llamada contención química por medios de sedantes indicados por el médico tratante del paciente a nuestro pedido.

No se debería utilizar, por lo menos el Papoose Board o el Pedi-Wrap que se usan en algunos países, por el efecto (psicológico – físico) traumatizante que se considera tienen en los pacientes, cualquiera de ellos que sea.

6. MARCO TEORICO

6.1 ESPECTRO AUTISTA

6.1.1 AUTISMO

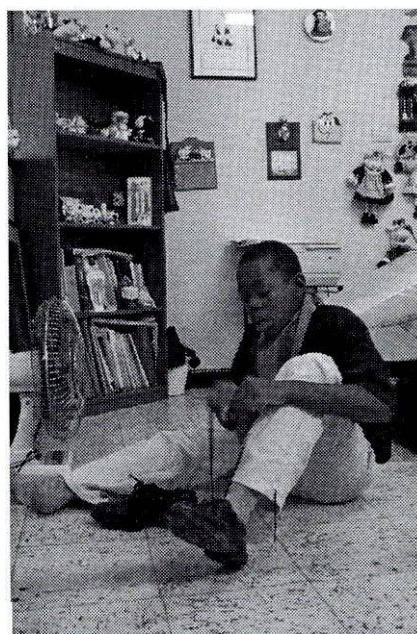
“El concepto del autismo ha sufrido diferentes reformulaciones en el transcurso de los años desde que Kanner¹ (1943) lo definiera por primera vez. En la primera mitad de este siglo ya se habían descrito casos de niños con un trastorno mental grave que implicaba una severa alteración en el desarrollo. Sin embargo, eran diagnosticados como una demencia precoz, esquizofrenia infantil y demencia infantil, entre otros. El uso de esta terminología refleja una concepción de autismo como una clara extrapolación de las psicosis adultas, pero de comienzo más temprano. Si tenemos en cuenta esto, es fácil entender la excepcional importancia que tuvo la descripción que Kanner realizó del autismo infantil, dado que hizo avanzar los criterios diagnósticos al definir este síndrome haciendo hincapié en las conductas infantiles específicas y diferenciándolas de los criterios de los adultos (no en vano, hoy se sigue utilizando el concepto de Síndrome de Kanner para referirse al autismo infantil, termino que siguen recogiendo las clasificaciones nosológicas de OMS y la APA). Kanner definió el autismo como una innata alteración autista del contacto afectivo. Lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse normalmente con la gente. Kanner, desde el primer momento, dió especial relevancia a los déficits interpersonales. Y aunque

¹ Psicólogo que denominó el concepto de autismo y lo definió como síndrome de Kanner

incluyó los problemas lingüísticos y cognitivos en su descripción, éstos pasaban a un segundo lugar con un menor peso etiopatogénico, lo que indujo, en años posteriores, a definir el autismo en términos de creencias emocionales y dificultades en las relaciones sociales.

Hasta los años sesenta no se dió un salto cualitativo en el desarrollo y profundización del concepto del autismo. Rutter² discrepó de Kanner en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario o patognomónico y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, consecuencia de la alteración afectiva. Rutter en su redefinición del autismo plantea un origen orgánico cerebral, aunque concibe al autismo como un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas y específicos de este trastorno.

El mayor conocimiento que se va obteniendo sobre el peso que los diferentes factores tienen en el autismo va a ir relegando a un segundo plano la concepción Kanneriana del síndrome como un trastorno socio-afectivo. Además, el hecho de plantear la problemática autista en términos de déficit (problemas lingüísticos, simbólicos, perceptivos, de decodificación, etc) condujo a que el síndrome fuese considerado en la categoría de la deficiencia más que en la de los trastornos mentales, cobrando de esta forma un mayor peso etiopatogénico los problemas o déficits cognitivos por encima de los factores socio-afectivos.



Varón, de 12 años de edad, Raza negra

En un intento por llegar a un consenso interprofesional, y no con base en los datos científicos, la National Society For Autistic Children (NSAC) de Estados Unidos elaboró una definición ponderada

² Condiscípulo de la teoría de Kanner

por un comité técnico en 1977. Al igual que Rutter, hace referencia a un síndrome conductual y cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

Aún hoy, sigue vigente la controversia sobre si son los factores cognitivos o los socio-afectivos los rasgos esenciales en el diagnóstico del autismo. No obstante, quizá sea esta falta de acuerdo la que ha puesto de manifiesto que el trastorno autista afecta a una amplia gamma de áreas del desarrollo cognitivo además de la afectiva, lo que ha desembocado a un amplio consenso que se palmó en el DSM-III (criterios de diagnóstico del trastorno autista), al considerar el autismo como un trastorno generalizado del desarrollo, con la finalidad teórica de alejarlo definitivamente de la psicosis. De este consenso se han hecho eco las diferentes clasificaciones nosológicas (CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994, criterios de diagnóstico) estableciendo como rasgos primarios tanto los factores socio-afectivos como los cognitivos y conductuales, intentando recoger de esta forma, las diferentes concepciones que se tenían del autismo hasta ahora".³

6.2 CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO

6.2.1 ALTERACIONES DE LA CONDUCTA SOCIAL

"Los problemas que presentan los niños autistas en su conducta social es quizás el rasgo mas conocido no solo en la comunidad científica que investiga la problemática autista, sino también entre la sociedad. Así, cuando se habla de un niño autista, la imagen que se nos viene a la cabeza es la de un niño extravagante, encerrado en si mismo, que no habla ni juega con nadie, como si

³ Texto base Dr. Salamanca, "El autismo infantil", psicólogo de la universidad de Texas. Miembro de la OMS (Organización Mundial de la Salud) www.2.adi.uam.es/snaper/cap6/autismo.html, 2000.

viviera únicamente consigo mismo, ignorando el resto del mundo, incluso a sus padres y hermanos.

El desarrollo de la conducta social del niño autista va produciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Está claro que el déficit social más evidente en los primeros años de vida, de ahí que la mayoría de las descripciones son las alteraciones sociales de los niños autistas se refieren a las primeras etapas de la vida de estos niños y no a las etapas posteriores en las que se produce una frecuente variabilidad de estas alteraciones a lo largo del desarrollo. La compleja variabilidad observada en el comportamiento social llevó a algunos autores a proponer subtipos de autismo en función de la alteración social predominante en el niño.

Wing y Gould⁴ (1979) establecieron tres patrones distintos de la relación social a partir de su estudio epidemiológico: *Aislado*, que evita la interacción de forma activa; *pasivo*, que soporta pasivamente la relación social pero no la busca; *activo* pero extravagante, interactúa de un modo extraño o excéntrico. Sin entrar en discusiones sobre la viabilidad y validez de estas tipologías, lo que sí se ha dejado claro de estos estudios es que no todos los autistas muestran el mismo tipo de alteración social dado que muchos hacen intentos más o menos exitosos de acercamiento social, aunque utilizando estrategias conductuales inadecuadas.

A pesar de estas pautas diferenciales, podemos observar algunas conductas específicas de los niños autistas como la ausencia de contacto con los demás (o un menor contacto) y carencia de vínculo con los padres. Parece como si no necesitaran a sus padres. Con frecuencia, estos niños no gritan para llamar la atención como hacen los niños normales, no buscan el contacto afectivo (besos, ternura) y nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en brazos. Un ejemplo gráfico lo podemos observar cuando un niño autista se hace daño: rara vez acudirá a sus padres para que le conforten. Incluso podemos ver que aunque esté ausente el contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses; parece como si la otra persona fuese un objeto que él utiliza para un fin determinado. Un niño autista puede subirse en el regazo de su

madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto; es como si la madre ejerciese la función de ser una silla para alcanzar el objeto.

Otra de las características esenciales del autismo, reflejada de igual forma por Kanner (1943), Rutter (1978) e incluso en el DSM-IV (1994), es la preocupación que tiene el niño autista por preservar la invariabilidad del medio. Estos niños muestran, con frecuencia, una hipersensibilidad al cambio. Manifiestan una gran resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales, respondiendo a estos cambios con fuertes berrinches, incluso auto lesionándose y oponiéndose sistemáticamente a cualquier clase de cambio. Esta exigencia de invariabilidad se puede ver en la reacción de estos niños ante cambios como, por ejemplo, que una silla de la cocina de su casa este desplazada unos centímetros o que las cortinas estén abiertas. En ocasiones, los niños autistas desarrollan ciertas preocupaciones ritualistas, tales como insistir en comer siempre determinado alimento, utilizar el mismo recipiente para beber, llevar siempre los mismos zapatos, memorizar calendarios e incluso normas. Rituales en los que invierten una gran cantidad de tiempo a diario.

6.2.2 ALTERACIÓN DEL LENGUAJE

En la mayoría de los casos, la primer sospecha que tienen los padres de que su hijo tiene algún problema surge cuando detectan que el niño no muestra un desarrollo adecuado del lenguaje. No es de extrañar que con frecuencia sean los especialistas del área del lenguaje (logopedas, audiólogos, psicólogos del lenguaje, etc), los primeros en atender las demandas de los padres de los niños autistas, que aún no llegan a comprender el alcance del problema que muestra su hijo.

La comunicación intencional, activa y espontánea, que suele desarrollar el niño normal desde los 8-9 meses se ve muy perturbada o limitada en los niños autistas. La falta de sonrisa social, mirada a

⁴ Wing y Gould, sicólogos que a través de sus estudios epidemiológicos establecieron tres nuevos patrones de la conducta.

las personas, gestos y vocalizaciones comunicativas son varias de las características mas evidentes de su conducta. Estas dificultades se hacen aún más patentes a partir del año y medio o dos años de edad, en la que los niños normales hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas. Los niños autistas que llegan a hablar lo hacen de forma característica, con unos patrones lingüísticos cualitativamente diferentes de los niños normales y de los niños con otros trastornos del habla. Además, un alto porcentaje de autistas, se estima entre un 28 y 61 por 100, nunca adquieren el lenguaje expresivo. De esta población, sólo un 5 por 100 presenta una capacidad intelectual suficiente para adquirir el lenguaje, aunque con déficits muy graves de comprensión y mutismo.

Los autistas hablantes, además de adquirir el lenguaje de forma tardía, hacen un uso muy peculiar de él. Entre las alteraciones lingüísticas más frecuentes se encuentran, cuando el niño se refiere a sí mismo utilizando tú o él (como por ejemplo, cuando quiere pedir algo: ¡Mamá, él quiere un caramelo!).

La ecolalia, repetición de las palabras o frases dichas por los demás, puede tener lugar inmediatamente después de un tiempo de demora (ecolalia retardada), que puede ser de horas e incluso días, lo que produce que en ocasiones las respuestas propias de una ecolalia retardada estén alejadas del estímulo original y resulten absolutamente extravagantes.

Hemos de aclarar que la ecolalia, como tal, no es específica de los niños autistas. El desarrollo del lenguaje normal incluye una fase en la que se pueden observar conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses de edad. Pero cuando persiste más allá de los 3-4 años empieza a considerarse patológica.

Además de estas dos alteraciones, que quizá sean las mas conocidas, el niño autista presenta muchas otras fallas o más graves que los anteriores. Siguiendo con el lenguaje expresivo, muestran alteraciones fonológicas, semánticas, defectos en la articulación, monotonía y labilidad

en el timbre y en el tono de voz, y reiteración obsesiva de preguntas, entre otras. También los niños autistas tienen alterado el lenguaje receptivo, ya que presentan dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, etc. Además, cuando hablan, con frecuencia no lo hacen con propósitos comunicativos. Su uso del habla como medio de conservación es limitado, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea inmediato. También, está alterada la capacidad para discriminar estímulos parecidos, análogos o semejantes. Confunden las distintas modalidades sensoriales percibidas y se da un cierto predominio entre las modalidades receptoras, en función de las secuencias temporales y/o espaciales percibidas. El lenguaje expresivo no verbal (gestual) de los autistas también se encuentra alterado. Podemos observar discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias, además de alteración o ausencia de contacto ocular. Incluso el habla de los autistas con menor grado patológico, que han alcanzado un lenguaje relativamente sofisticado, muestra una carencia de emoción, imaginación, abstracción y una literalidad muy concreta.

6.2.3 ALTERACIONES MOTORAS

Otra característica de los niños autistas, incluida en los criterios diagnósticos, hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. Parece ser que la estereotipia refleja un déficit creativo asociado al autismo. Sin embargo, no está nada claro aún los factores subyacentes a este problema, puesto que también se observa este tipo de problemas en estos trastornos de desarrollo, como el retraso mental.

La conducta estereotipada, también denominada conducta auto estimuladora, ha sido descrita como un comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, sin otra función aparente que proveer a un niño de retroalimentación sensorial o cinestésica. Estas conductas pueden incluir movimientos de balanceo, rítmico, del cuerpo, saltos, carreras cortas, aleteo de brazos o manos, o posturas extravagantes.

Dentro de la motricidad más fina, este comportamiento puede incluir miradas a ciertas luces, observar la mano en cierta postura, mirar de reojo, mirar los ojos o tensar los músculos del cuerpo. También se observan estereotipias motoras con materiales, observar insistentemente un objeto giratorio, dar vueltas a un acuerdo, etc. En todos estos comportamientos parece que el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva.

Está claro que las conductas estereotipadas ostentan un papel de especial relevancia en los niños autistas. La mayoría de estos niños emplean la mayor parte de su tiempo en estos comportamientos. De hecho, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandone estas actividades. Mientras el niño autista está entregado a la conducta auto estimuladora, se observa una total irresponsividad ante otros estímulos ambientales, que no sean aplicados en la conducta estereotipada.

Las conductas auto lesivas suponen no sólo otra característica más de las alteraciones motoras que se observan en los niños autistas, sino que es la alteración más dramática que presentan estos niños (aunque no es una característica exclusiva de los autistas, ya que también se pueden observar en niños con retraso mental o en los adultos con esquizofrenia). La conducta auto lesiva implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Los ejemplos más conocidos de conducta auto lesiva en los niños autistas son: golpearse en la cabeza, morderse la mano, golpearse los codos, las piernas, arrancarse el pelo, arañarse la cara y auto bofetearse. Incluso se han relatado casos de haberse arrancado las uñas a mordiscos o hundirse los ojos.

Además del daño directo, la conducta auto lesiva tiene otros perjuicios indirectos. Si la conducta es demasiada intensa (con peligro evidente para la vida del niño) será necesario constreñirles físicamente para prevenirla; no obstante, si la constricción se prolonga demasiado puede producir

otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño (acortamiento de los tendones, detención del desarrollo motor, etc.) como el resultado de la no-utilización de sus miembros. Otro perjuicio secundario es que esta conducta restringe y condiciona el desarrollo y educativo del niño.

6.2.4 ALTERACIONES COGNITIVAS

El estudio de los procesos cognitivos de los niños autistas no sólo significa una fuente más de datos psicopatológicos sobre este trastorno. En los años setenta supuso una nueva concepción del autismo, distanciándose de las primeras conceptualizaciones Kannerianas que enfatizaban la naturaleza socio-afectiva del trastorno. A pesar de la falta de acuerdo que hay entre los autores, parece quedar claro que existe un déficit generalizado en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo. Los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc., se hallan claramente alterados en estos niños.

De los procesos cognitivos, los que más atención han recibido son los procesos sensorio-perceptivos y la capacidad intelectual, procesos que acaparan la mayor parte de la literatura existente sobre cuestiones cognitivas relacionadas con el autismo.

Capacidad intelectual: Hasta hace pocos años se tenía la visión de que el niño autista tenía una inteligencia normal; su buena memoria automática, la ausencia de anormalidades físicas, etc., parecían apoyar la hipótesis de Kanner (1943) sin embargo, los datos acumulados hasta el presente sugieren lo contrario. Parece claro que los autistas procesan la información de forma cualitativamente diferente a los sujetos no autistas.

Una evidencia de este procesamiento diferencial se constata en el análisis de su habilidades especiales, o también llamadas por los investigadores cognitivos islotes de habilidad. Nos referimos a las capacidades intelectuales que con frecuencia permanecen extraordinariamente intactas y en algunos casos son superiores a los autistas.

Es de todos conocidos la habilidad que tienen algunos de estos sujetos para memorizar listados, como la guía telefónica, el callejero de la ciudad, etc. Sin ir mas lejos pudimos ver en la película Rain Man como se enfatizaba en las habilidades nemotécnicas del protagonista, un autista cuarentón, que era capaz de memorizar las cartas de póker que habían salido en el juego y predecir la probabilidad de aparición de una carta, o cuando realizaba mentalmente operaciones matemáticas complejas sin ayuda externa.

Al margen de las habilidades especiales que pueden mostrar estos niños, los datos apuntan a que la capacidad intelectual de los autistas posee las mismas características que el resto de los niños, tiende a permanecer estable durante la infancia y adolescencia, y puede ser un criterio productivo de las futuras adquisiciones educativas.

6.2.5 ALTERACIONES SENSORIALES

La evaluación y tratamiento de los niños autistas puede ser difícil dada la extrema variabilidad de los síntomas, el estilo de aprendizaje y el potencial de respuestas a la intervención. Sólo un pequeño porcentaje de personas con autismo posee la habilidad para comprender y cooperar en las pruebas estandarizadas. Generalmente, el terapeuta debe confiar en la observación informal del juego, cuestionarios a padres y maestros, respuestas sensorio motoras del niño y habilidades funcionales.

Funcionamiento sensorial

Es tarea inicial del terapeuta ocupacional evaluar las alteraciones sensoriales que son típicas en el 90% de la población con alteraciones al interior del espectro autista, para lograr su normalización y

con ello, las respuestas más adaptativas a su entorno. Típicamente, se encuentran alteraciones caracterizadas por hipo-reacción a estímulos ambientales y/o por otra parte, se presentan la hipersensibilidad en uno o varios de los canales de los sentidos. A continuación, se realizará un análisis de las respuestas en cada uno de los sentidos y su relación con las alteraciones que le impiden a la persona con autismo, mejores niveles adaptativos.

Existe una terminología básica que se debe aclarar para que se comprenda una mejor manera las condiciones que rodean las características de las personas con autismo que son valoradas y manejadas por los profesionales en Terapia Ocupacional.

Auto-Estimulación: Definida como la conducta que una persona realiza y que tiene como función poner en práctica un estímulo ya sea ambiental o corporal y que trae como consecuencia la activación o estimulación de uno o varios de los canales de los sentidos.

Existen básicamente 2 teorías explicativas sobre el por qué las personas con autismo presentan las auto-estimulaciones; una de ellas, plantea que esa estimulación producida por el poner en práctica un estímulo que activa uno de los canales de los sentidos es muy gratificante para las personas con autismo. La segunda teoría plantea que la auto-estimulación es el resultado de una alteración sensorial y la persona intenta estimular dicho órgano sensorial buscando su normalización y homeostasis.

A partir de las alteraciones sensoriales y su vínculo con las auto-estimulaciones se observa en la población con autismo que la mayor parte de su tiempo se pueden dedicar a auto-estimularse, lo cual hace que se centren en ellos mismos y no se relacionen funcionalmente con el ambiente. Por ello, se observa la tendencia en ensimismarse; que las teorías asumieron erróneamente como una alteración psicológica es realmente manifestación en parte de sus alteraciones sensoriales.



Hipo sensibilidad: Definido prácticamente como la deficiencia que se presenta en uno o varios de los canales de los sentidos, presentando un umbral alto que hace que la persona requiera de una magnitud elevada, estimulación intensa o fuerte, para generar una respuesta baja a nivel sensorial. Se refiere a una dificultad en el registro de la información sensorial.

Hipersensibilidad: Definida como la deficiencia sensorial que hace que la persona presente un umbral bajo para la emisión de una respuesta determinada; con ello mostrando respuestas exageradas ante la presencia de un estímulo de baja frecuencia, intensidad o magnitud. Hace referencia a la dificultad que se presenta en la modulación de la entrada sensorial.

Habiendo aclarado esta terminología básica, asumiremos su expresión en cada uno de los sentidos de las personas con autismo. Es de anotar, que ese 90% de personas con autismo o alteraciones asociadas, pueden presentar estas auto-estimulaciones o alteraciones en uno o varios de los canales de los sentidos.

1. RESPUESTAS Y ALTERACIONES VISUALES

Es común encontrar en las personas con autismo la tendencia a presentar auto-estimulaciones a nivel visual, caracterizadas entre otras por: poner a girar objetos, mirar de reojo, entrecerrar los ojos, realizar movimientos con los dedos frente a los ojos o poner en movimiento objetos llamativos por sus colores o movimiento; Girar sobre sí mismos, blanquear los ojos y/o mirar los objetos desde diferentes perspectivas centrándose en detalles de los objetos.

Las alteraciones visuales caracterizadas por una hipo-sensibilidad se caracterizan por no establecer contacto visual con las actividades que realiza; tendencia a no establecer contacto visual con personas o no mantenerlo; Y en ocasiones no se da la respuesta a estímulos visuales que son ubicados en su campo visual. Con menor frecuencia se encuentra el no-seguimiento de objetos a nivel vertical y/o horizontal.

Las personas que presentan hipersensibilidad visual, usualmente tienden a centrarse en todos los detalles de un objeto o situación y por lo general tienden a ser rutinarios y perfeccionistas en la ejecución de sus actividades relacionadas con el campo visual. Es así como presentan una agudeza visual marcada y ello hace que presenten una memoria fotográfica que les permite ubicarse espacialmente con mucha facilidad y perciben cualquier cambio por pequeño que sea en su ambiente e intentan en muchas oportunidades volver a dejarlo como antes estaba. Tenemos el caso de niños que no permiten ver un rompecabezas sin una ficha evidenciando hasta una pataleta si no es completado.

2. RESPUESTAS Y ALTERACIONES A NIVEL GUSTATIVO

En términos de auto-estimulaciones se caracteriza por la tendencia a meter y explorar los objetos introduciéndolos en la boca y la presentación de juegos con saliva recurrentes.

Es de anotar que las personas que presentan esta hipo sensibilidad, pueden tomar líquidos y productos sin ningún tipo de discriminación, por lo cual en las instituciones y hogares usualmente deben tener bajo llave o acceso restringido los insecticidas, limpiadores, drogas y en general sustancias toxicas, las cuales pueden consumir naturalmente.

A nivel de su manifestación en general les gusta y agrada los alimentos muy condimentados, fuertes y/o picantes.

Es común encontrar personas que prefieren un ajo o cebolla cabezona cruda a un alimento suave, mostrando hiper sensibilidad gustativa.

Es usual encontrar en la población con autismo, la hipersensibilidad gustativa, la cual hace que estas personas rechacen una marcada gama de alimentos, presentando la sobre-selectividad.

En general, estos niños tienden a rechazar ciertas texturas en la presentación de los alimentos y rechazan gran variedad de ellos. Hemos incluso contado con niños que tan sólo reciben alimentos de una determinada marca o consumen sólo un tipo de alimento.

6.2.6 ALTERACIONES PROPIOCEPTIVAS

Es común encontrar en la población con autismo, manifestaciones del tipo movimiento voluntario de coyunturas y otras partes internas del cuerpo como son la regurgitación y otras formas que estimulan el funcionamiento de algún órgano, que usualmente tiende a no ser gobernado voluntariamente; sino por el sistema nervioso autónomo.

6.2.7 ALTERACIONES TÁCTILES

En este punto, encontramos la tendencia a la hipo-sensibilidad o a la hipersensibilidad en diversas partes del cuerpo, presentando ambos extremos en lugares diversos del cuerpo. Una persona con hipo-sensibilidad táctil, es aquella que requiere de un estímulo táctil muy fuerte para acceder a sentir la piel y por ello es usual encontrar que las personas con autismo muchas veces no reaccionan favorablemente al castigo físico.

Al interior de la literatura se ha encontrado con relativa frecuencia la auto-agresión en la población con autismo; pues bien, dicha auto-agresión corresponde a la búsqueda de la persona de sentir el límite entre su ser y el exterior. Cuando esto sucede, encontramos a una persona que se golpea sin motivo aparente; sin embargo, dado que socialmente es muy fuerte e impresionante ver a una persona golpearse, usualmente el medio ambiente, tiende a organizar las cosas de tal manera que se busca que esa persona deje de agredirse. En esa búsqueda, los padres y cuidadores, acceden

a lo que el niño o joven autista quiera con tal de no verlo agredirse y entonces ellos van aprendiendo a manejar su ambiente; amenazando con golpearse si no le dan acceso a algo que él necesita, quiera o solicita. Por ello, a pesar de que existe una alteración sensorial de base, aprenden a manejar el ambiente a través de este tipo de expresiones.

En el otro extremo del continuo se encuentra la hipersensibilidad táctil, la cual socialmente es vista como un rechazo a la madre o al cuidador; sin embargo, esa expresión de afectividad es físicamente dolorosa para la persona con autismo; de igual manera, se encuentra, una tendencia a no soportar ciertas texturas, muchos de ellos presentan sobre selectividad en alimentación rechazando una amplia gama de texturas en los alimentos; no permiten una gorra, una cadena o pulsera y es usual que tanto el corte de uñas como el peluqueado sean situaciones problemáticas para la familia.”⁵

⁵ Texto base Dr. Salamanca, “El autismo infantil”, sicólogo de la universidad de Texas. Miembro de la OMS (Organización Mundial de la Salud) www.2.adi.uam.es/snaper/cap6/caracter.html, 2000.

7. MUESTRA EPIDEMIOLOGICA

“La asociación de autismo infantil es un hecho observado en numerosos estudios, con una concurrencia del trastorno que oscila del 10% al 35%, según las edades de las poblaciones estudiadas, advirtiéndose que su incidencia adquiere la forma de una curva bimodal con porcentajes superiores antes de los cinco años de edad y a partir de la pubertad- adolescencia (Deykín y MacMahon, 1979; Díez Cuervo, 1982, 1989; Fish y Ritvo, 1979; Gillberg, 1984a; Gillberg, 1990; Kanner, 1971; Lotter, 1967, 1974; Oisson, 1988; Rossi et al., 1995; Rutter, 1970; Rutter et al., 1967; Schain y Yannet, 1960; Voikmar y Dougias, 1990; Wing y Gould, (Corbett.1983; Díez Cuervo, 1982; Rutter, 1980), sospechándose que la conexión entre autismo podría ser, más específica y no estar sólo mediatizada por el denominador común del retraso mental, ya que la tasa más alta de poblaciones autistas estudiadas, presentan picos en las edades características que argumentan en favor a esta hipótesis (Coleman y Gillberg, 1985), sin que tampoco el alto porcentaje de aparición de crisis, a partir de los 11 años de edad, pueda ser el resultado de la maduración sexual, pues debería suceder igual en la población general de esas edades, lo que no ha podido comprobarse en ninguno de los estudios epidemiológicos realizados (Camfield et al., 1996; Cooper, 1965; V Gibbs, 1963; Hauser y Kuriand, 1975; Oñer-Daureta y Olier Ferrer-Vidal, 1981).⁶

⁶ Los anteriores autores han discutido y estudiado la muestra epidemiológica en el Quinto Congreso de Autismo. Europa. www.angeldiezcuervo/autismo.html, 2000

Tabla 1. Estudios sobre autistas

Autor	Edad	Autistas	% Autistas
Rutteretal,1967	5-19	63	15.9
Rutter, 1970	15-29	63	28.6
Kanner, 1971	29-39	11	182
DeMyeretal 1973	9-15	120	14.2
Lotter, 1974	16-18	29	10.3
Deykin/MacMahon, 1979	3-18	132	12.9
Negronet al., 1981	3-18	59	15.2
Tsaietal 1981	3-20	102	22.5
Diez Cuervo, 1982	2-20	104	19.2
Jaeobson/Janieki, 1983	0-21	455	11.0
Jaeobson/Janieki, 1983	+22	84	17.9
Gíllberg y Steffenbwg, 1987	16-23	23	26.0
Diez Cuervo, 1989	3-25	186	21.5
Volkmar/Nelson, 1990	2-33	192	21.5
Tuchman et al., 1991	1-16	302	14.0
Wong, 1993	4-12	145	7.6
Rohmeretal., 1995	2-16	144	17.0
Rossietal., 1995	3-31	106	23.6

Advirtiéndose en todos ellos el incremento de la incidencia de crisis epilépticas en relación con el aumento de las edades de las muestras estudiadas, siendo significativa la comparación entre los seguimientos realizados en el mismo grupo de autistas (Rutteret al., 1967; Rutter, 1970; Kanner, 1943, 1971) sin otra causa conocida que lo justificara más que el aumento de la edad.

La evidencia con que la epilepsia parece asociada al autismo hace sospechar que puedan existir algunos subtipos de autismo más propensos a padecerla, como ocurre en niños autistas que en sus primeros meses de vida, han padecido espasmos infantiles con hipsorritmia (síndrome de West) en porcentajes del 10 al 18 por 100 de los casos (Corbett, 1982; Coleman y Giliberg, 1985;

Diez Cuervo, 1982; Hunt y Dennis, 1987; Hunt y Shepherd, 1993; Knoblich et al., 1956; Koivisto et al., 1971; Lawlor y Maurer, 1987; Riihkonen y Amnell, 1981; Schain y Yannet, 1960; Taft y Cohen, 1971; Wakschlag et al., 1991), habiéndose sugerido una conexión entre espasmos infantiles, autismo y esclerosis tuberosa, descartándose un aumento de autismo en niños con síndrome de West pueda ser solo la consecuencia del retraso mental (Gillberg, 1984b; Riihkonen y Amnell, 1981). Así mismo, numerosos autores (Corbett, 1982; Diez Cuervo, 1982; Gillberg, 1991; Oisson et al., 1988; Schreibman y Charlop, 1993) sugieren que las crisis parciales complejas con afectación focal de los lóbulos temporales son las que con mayor frecuencia se presentan en el trastorno autista, y que sus porcentajes podrían verse incrementados sino quedaran inadvertidas en muchos casos por las dificultades diagnósticas que supone la propia inaccesibilidad y la escasa utilidad del registro EEG (electro-encefalograma) convencional, el que las padezcan niños con tan pobre comunicación, lo que hace que sean desconocidas tanto el punto de vista clínico como en el entorno familiar y en los centros en donde son atendidos, al considerar a estos episodios como manifestaciones de agudización o comportamientos añadidos a la conducta peculiar de estos niños, según se ha podido confirmar en diversos trabajos (Corbett, 1982; Devinsky y Bear, 1984; Diez Cuervo et al., 1987; Engel et al., 1986, 1991; Gillberg y Schaumann, 1983; Gillberg y Wahström, 1984; Stores et al., 1991; Wieser, 1991), comprobándose además que, en numerosas ocasiones, la instauración de un tratamiento farmacológico (carbamacepina, ácido valproico, vigabatrina ...) y, en otras, el abordaje quirúrgico controlan o mejoran episodios y, consecuentemente, la conducta global del paciente aunque sigan manteniéndose las características fundamentales de su autismo. Incluso, en algunas ocasiones, el diagnóstico de crisis generalizadas tónico-clónicas enmascara el origen parcial del episodio por la rápida generalización secundaria que sólo en ocasiones lo resuelven registros EEG críticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se ha llevado a cabo en un total de 238 pacientes que reunían los criterios de trastorno autista (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). La muestra es el resultado de

la población estudiada en anteriores trabajos (Diez Cuervo, 1982; 1989), a la que se han añadido 52 nuevos casos, todos con un seguimiento mínimo de un año. Los 238 casos de la muestra incluyen 192 varones (80.7) y 46 mujeres (19.3), con una proporción de 4.2:1. Las edades oscilaban entre los dos y los 33 años, con una media de 19.2 (± 6.0), no existiendo significación estadística entre las edades de ambos sexos. La distribución de la muestra se indica en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la muestra total de autistas por edades y sexo

Edad(años)	N	N(V-M)	%	%(V-M)
0-5	7	(6-1)	2.9	(2.5-0.4)
6-10	19	(16-3)	8.0	(6.7-1.3)
10-15	22	(16-6)	9.2	(6.7-2.5)
16-20	69	(58-11)	29.0	(24.4-4.6)
21-25	78	(61-17)	32.8	(25.6-7.2)
26-30	38	(30-8)	16.0	(12.6-3.4)
31-35	5	(5-0)	2.1	(2.1-0.0)

N= Número de casos, V= Varones, M= Mujeres

En un estudio a largo plazo gosciló de uno a 28 años, con una edad media de 11 años y cuatro meses, debiendo advertir en 36 casos el motivo de la primera consulta se debía a la presentación de crisis, estando previamente diagnosticados como autistas en otros servicios.

A todos los pacientes se les realizó registros EEG (electro-encefalograma) en distintos momentos evolutivos, con intervalos periódicos y en diferentes situaciones, habiéndose utilizado estudios convencionales, la mayoría tras privación parcial o total de sueño, registros polisomnográficos (examen que se realiza durante el sueño) y, en los últimos años, registros con monitorización ambulatorio (monitoreo a las 24 horas) y cartografía cerebral (zonas del cerebro), lo que ha permitido encontrar un aumento del porcentaje de hallazgos patológicos en niños con estudios anteriores considerados como normales.

RESULTADOS

Del total de 238 casos que componen la muestra estudiada, 61 casos (25.6) desarrollaron crisis, de ellos 36 varones (59.0) y 25 mujeres (41.0), con una presentación de curva bimodal, respecto de la edad, como se muestra en la Tabla 3,

Tabla 3. Edad de inicio de las crisis en el grupo

Edad(años)	N	N(V-M)	%	%(V-M)
< 1	10	(7-3)	16.4	(11.5-4.9)
1-5	9	(5-4)	14.7	(8.2-6.5)
6-10	5	(3-2)	8.2	(4.9-3.3)
11-15	23	(13-10)	37.7	(21.3-16.4)
16-20	2	(2-2)	16.4	(8.2-8.2)
21-25	4	(3-1)	6.6	(4.9-1.7)

donde se advierte una aparición importante antes de los cinco años de edad en 19 casos (31.1) y un pico a partir de las edades corresponden a la pubertad-adolescencia, que totalizan 33 casos (54.1), lo que parece confirmar el riesgo incrementado de presentar crisis en estas últimas edades, con una incidencia manifiestamente inversa a la que aparece en la población general. Resulta significativo que, a pesar de que en la muestra global los porcentajes de autistas varones (80.7) respecto de las mujeres (19.3) indican una proporcionalidad de 4.1:1, los porcentajes de autistas varones (59.0) respecto de las mujeres (41.0), se sitúan únicamente en 1.4:1, lo que sugiere una afectación más grave en las mujeres respecto de los varones autistas. hipótesis ya aportada por otros trabajos (Diez Cuervo, 1982; Lotter, 1967; Tsai et al., 1981; Wing y Gould, 1979).⁷

⁷ Angel Diez Cuervo. Especialista en Neurología y Psiquiatría. "Autismo: prevalencia, etiología e importancia clínica" Quinto Congreso de Autismo. Europa. www.angeldiezcuerv/autismo.html, 2000

8. CASO DE ESTUDIO: APHA (ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA CON HIJOS AUTISTAS)

NOMBRE	EDAD	EXPERIENCIA	SEXO	RAZA	RELIGIÓN	NIVEL SOCIAL
Jeiner (1)	12	Si	M	Negro	Cristiano	Medio
Iván (2)	18	Si	M	Tez trigueño	Católico	Medio
Carlos (3)	18	Si	M	Blanco	Católico	Medio
Rubén (4)	12	No	M	Tez Trigueño	Cristiano	Bajo

8.1 ANÁLISIS COMPARATIVO

- En el caso uno, de un paciente de 12 años de edad, raza negra, sexo masculino, el cual estuvo acompañado de la terapeuta ocupacional, su función fue ponerle presión sobre las piernas con su cuerpo, colocándole el dedo en la boca para mantener la apertura y poder realizarle el procedimiento a cabalidad.

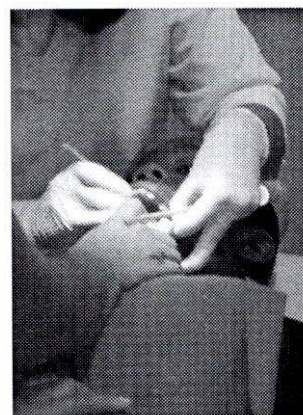


Varón, de 12 años de edad, sexo masculino, raza negra "autista"

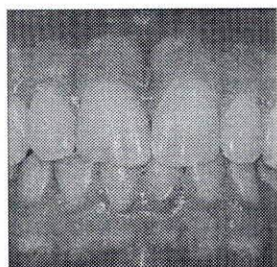
A pesar de que su anterior cita fue traumática, el paciente colaboró con el siguiente tratamiento preventivo y restaurativo y fue mas viable recompensándolo con lo que mas quería (ir a la piscina).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Caso uno paciente de 12 años que fue por primera vez al consultorio Odontológico de la doctora Liliana Marín Zapata, presentó en el diagnóstico dental, caries activa en el diente # 75 indicando la exodoncia por su extensión. En el diente # 36 se diagnóstico una caries incipiente, donde en la segunda cita le realizaron una restauración en amalgama y una fase higiénica I (Detartraje y profilaxis).



Fase Higiénica I



A nivel periodontal presenta una gingivitis marginal leve generalizada, su etiología es la mala higiene oral, acumulando restos alimenticios en los tejidos dentarios, provocando placa bacteriana, esto se debe al difícil manejo de la salud oral en este tipo de pacientes; los padres de familia se encargan de esta área, cumpliendo a cabalidad el cepillado oral las tres veces al día.

Gingivitis marginal leve generalizada
Varón, 12 años de edad, raza negra

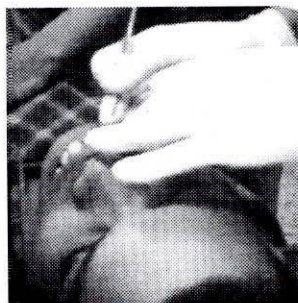
- En el segundo caso, se trata de un paciente de 18 años de edad, tez trigueño, sexo masculino que reaccionó bruscamente en su primera cita odontológica acompañado sólo de sus padres de familia, fue imposible su atención.



Paciente Autista

En la segunda visita, la consulta estuvo complementada (terapeuta-padres), la cual el resultado final fue el esperado requiriendo paciencia y estrategias de manejo que son aptas para que sea más fácil y adecuado el procedimiento.

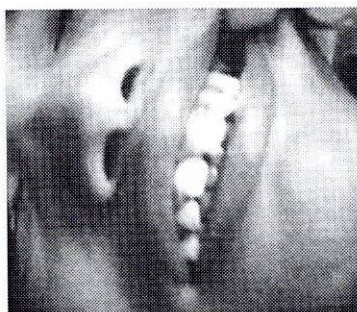
DESCRIPCIÓN CLÍNICA



Caso dos, paciente Autista de 18 años, sexo masculino, por su difícil manejo y complicaciones durante la consulta odontológica, sólo se le pudo realizar la fase higiénica I (detartraje y profilaxis). En el diagnóstico dental presentó caries incipiente en el diente # 16, quedando pendiente este tratamiento.

Fase Higiénica I, Paciente Autista

Periodontalmente presenta Hiperplasia Gingival generalizada, que es el agrandamiento gingival influenciada por medicamentos. Muchas drogas son capaces de inducir gingivitis, sobre todo si es aguda, debido a una acción irritante directa local o sistémica.



Hiperplasia gingival, Varón, de 18 años

- Caso tres, paciente de 18 años, sexo masculino, de raza blanca. Es un paciente controlado desde que llega a la sala de espera, acompañado de sus padres de familia y la terapeuta ocupacional. No hubo la necesidad de colocar presión sobre su cuerpo, todo lo que le decía la terapeuta, él obedecía; la doctora Liliana Marín Zapata no necesitó de ayuda didáctica, ni ninguna recompensa. Le realizaron fase higiénica I (detartraje y profilaxis).

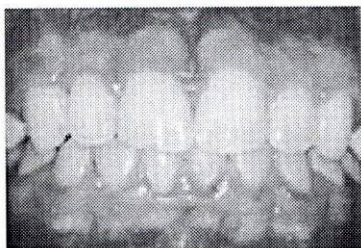
DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Caso tres, varón, de 18 años de edad, raza blanca, presenta en boca restauraciones de amalgama bien adaptadas, es un paciente que es controlado ortodónticamente, y es llevado a control cada 3 meses.

Periodontalmente presenta Gingivitis Marginal moderada generalizada, su etiología se debe a que presenta impactación de alimentos y acumulación de restos en los dientes debido al descuido de la higiene bucal no intencionalmente, sino a raíz de su discapacidad, dificultando un poco el cuidado de la salud oral.

- Caso cuatro, paciente autista, de 12 años, mide 1.40 metros de estatura, delgado, y de tez morena. Asiste a tratamiento odontológico en la ciudad de Jamundí, una vez por mes, al consultorio de la doctora Liliana Marín Zapata, quien desde hace ya varios años atiende esta clase de pacientes. Asiste a las sesiones en compañía de sus padres y de su terapeuta, él es conflictivo y agresivo, conducta que se nota desde el instante en el que se baja del vehículo para ingresar al consultorio puesto que su padre se ve obligado a bajarlo a la fuerza con la ayuda de su madre y de la terapeuta que trata de calmarlo, tratando de persuadirlo recompensándolo. Después de diez minutos logran entrar al consultorio; cuando se encuentra en la unidad odontológica su padre lo toma por las piernas con fuerza, su madre y la terapeuta lo toman de los brazos y el resto del cuerpo. De otro lado, la atención de la doctora fue de mucha paciencia, puesto que su técnica consistió en ser cariñosa y demostrarle cada uno de los instrumentos con los cuales iba a trabajar y también colocó música. No obstante, la sesión que consistía en poner sellantes y hacer la limpieza demoró aproximadamente dos horas debido a las pausas que tenía que realizar.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA



Presentó un diagnóstico dental de caries activa en los dientes # 36, 75 y en el 47, indicando restauraciones en amalgama; periodontalmente, presenta gingivitis marginal moderada generalizada y con un pronóstico bueno.

*Gingivitis marginal moderada generalizada
Paciente Autista*

LUGAR DE TRABAJO

PSICOLOGÍA: APHA (Asociación de Padres con hijos Autistas). Dirección: Carrera 51A # 6A-58.

Urbanización Camino Real. Telefax: 552-53 65. Email: aphacali@yahoo.com . Cali-Valle

ODONTOLOGÍA: Centro de Salud San Pedro. Dirección: Calle 17 # 7-15. Teléfono: 590 93 57.

Doctora Liliana Martín Zapata. Jamundí- Valle.

8.2 CAPACITACIÓN DE PADRES DE FAMILIA



Las familias que tienen hijos con espectro autista, necesitan información y capacitación continua, así como apoyo emocional en etapas críticas. Ofreciéndoles talleres, conferencias, seminarios y apoyo profesional; para lograr este objetivo se han desarrollado las siguientes actividades:

Padre de Familia y Profesional de la salud oral

TALLERES : Algunas pautas que se imparten son:

1. Entrevista inicial con los padres

- a. Se realiza en las instalaciones del consultorio, cita previa con la directora a cargo de su parte psicológica. El objetivo es obtener información general acerca de las necesidades y expectativas de los padres, brindándoles información sobre el programa de atención en la consulta odontológica y cómo se lleva a cabo.
- b. Observación conductual (se realiza simultáneamente a la entrevista inicial, con el objetivo de detectar las características de los padres y determinar si son o no candidatos para ingresar a este tipo de programa.

2. Evaluación y diagnóstico

- a. Se realiza aproximadamente en 2 sesiones de 2 horas cada una. Con el objetivo de obtener los perfiles de desarrollo y conductual a partir de los cuales se elabora el programa

del tratamiento odontológico, obteniéndose así un diagnóstico. Este programa incluye pasos a seguir como son:

- a. Técnicas de motivación y educación en salud oral (uso adecuado del cepillo dental, así como sus técnicas, para ello se necesita de afiches y horarios visuales en el cual el paciente asimile y conozca los procedimientos y materiales que se llevaran a cabo dentro de su vida diaria y estar preparados para una cita previa en la consulta odontológica.
- b. En la segunda sesión, se realiza un control acerca de la capacitación y orientación por parte del odontólogo hacia los padres de familia en la cual se evaluara si cumplieron a cabalidad los parámetros dichos en la primera sesión.

SEMINARIOS: Se seleccionan temas de acuerdo a las necesidades e intereses de los padres o acudientes, para ayudarlos a enfrentar este gran reto que tienen en la vida.



1.Sensibilización y concientización

2.Toma de decisión

3.capacitación (se da por medio de folletos y videos). También, se requerirá de una capacitación práctica la cual consiste en que los padres observen y practiquen las técnicas y procedimientos específicos del programa de

tratamiento odontológico en los que ellos intervendrán enseñándoles el manejo y las técnicas y como llevar el control paso a paso del programa. El objetivo de este parámetro es que el padre o acudiente logre un manejo de aspectos teórico prácticos que permitan funcionar como coterapeuta dentro del programa de atención a su hijo. *Fotografía: Madre de familia – Capacitación*

8.3 PROTOCOLO PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD ORAL PACIENTES DISCAPACITADOS CON ESPECTRO AUTISTA

1. PSICOLOGÍA

1. Importancia del conocimiento de la psicología evolutiva para la atención odontopediátrica.
2. Conducta. Definición. Ejemplos. Campos de la conducta. Ciclos vitales del desarrollo.
Etapas y edades.
3. Psicología evolutiva (A. Gesell).
 1. Crecimiento, desarrollo y maduración de la conducta del niño.
 2. Características de las edades: Perfil de conducta: el infante, el preescolar el escolar y el adolescente. Conductas motriz, adaptativa, personal social y lenguaje según edad.
4. Psicología profunda
 1. Estructura psíquica: niveles de funcionamiento (conciente, preconciente, inconciente)
 2. Instancias psíquicas (ello, yo, super yo). Características.
 3. Angustia y mecanismos de defensa. Su relación con la odonto-pediatría. Castración.
Tiempo de elaboración.
 4. Factores hereditarios y ambientales que influyen sobre el desarrollo. Los instintos.
 5. Etapas del desarrollo psicoinstintivo. Etapas evolutivas (oral, anal, genital infantil, latencia genital).
 6. Introducción al estudio de los aspectos inconscientes de la atención odontopediátrica.
La situación odontológica. Fantasías (concientes e inconscientes) y ansiedades (normales y patológicas) que originan en el niño las maniobras odontológicas y el instrumental. Satisfacciones. Dificultades. Fatiga. Estrés. Actitudes. Transferencia y contra-transferencia. Los miedos.
5. Introducción del niño a la odontopediatria. Primera visita. La sala de recepción. Motivación. Presencia de los padres en la consulta dental. Aceptación del tratamiento dental.
6. Perfil del odontólogo.

7. Relación odontólogo-psicoterapeuta. Tratamiento combinado odontólogo-psicoterapeuta. Su aporte al estudio del aspecto inconsciente de la atención odonto-pediátrica
8. Psicoprofilaxis pre y pos quirúrgica
9. La familia: Objetivo y funciones. Diferentes tipos. Relación madre-hijo-padre.
10. Psicología genética
 1. Etapas de desarrollo de la inteligencia según Piaget
 2. Aplicación a la educación para la salud y motivación de cada período.

2. DOCUMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO

1. Aspecto general del paciente. Diagnóstico inicial.
2. Examen y diagnóstico del paciente: Confección de la Historia Clínica
 1. Historia del niño.
 2. Examen clínico. Estadío de la oclusión Examen radiográfico. Confección de índices. Plan de Tratamiento

3. RADIOLOGÍA Y ODONTOPEDIATRIA

1. Introducción del niño a la técnica radiológica. Consideraciones psicológicas. Importancia del examen radiológico. Edad dentaria.
2. Radiografía de aleta mordible. Su importancia en el diagnóstico precoz de la caries proximal incipiente. Técnicas. Diagnóstico.
3. Radiografía panorámica: Zonas anatómicas evaluables. Edad dentaria. Su ayuda en el descubrimiento de anomalías: fracturas, agenesias, supernumerarios, dientes retenidos, erupción ectópica, amelogénesis y odontogénesis imperfecta, etc.
4. Radiografía periapical: Su uso para diagnóstico. Traumatismos, tratamientos pulpares. Técnica de Clark.

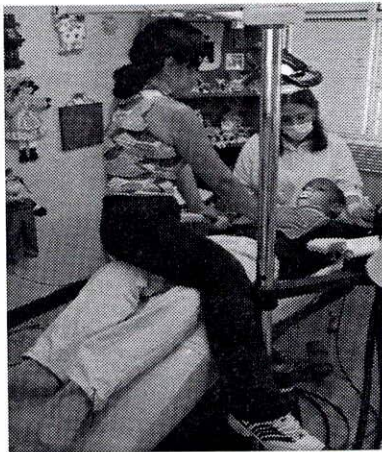
5. Radiografía carpal: relación con el crecimiento y desarrollo del niño.
6. Radiografías oclusales. Tele radiografías. Otros métodos de diagnóstico por imágenes.
Indicaciones.
7. Protección: niño, profesional, madre y embarazada.
8. Desarrollo normal de dientes y maxilares de niños a través de radiografías periapicales y panorámica.

4. ERGONOMIA

Tratamiento Odontológico en conjunto con la terapeuta



Tratamiento odontológico en conjunto con la terapeuta y auxiliar



1. Trabajo a cuatro y seis manos. Posición de decúbito del paciente. Posición de 2 horas. Codificación del instrumental. Posición para el pase del instrumental. Posiciones de trabajo adecuadas para cada situación. Actos odontológicos (ejemplos). Preparación del niño para el trabajo a 4 y 6 manos.
2. Aplicación de medidas de bioseguridad

5. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

1. Prevención de enfermedades producidas por la placa bacteriana (caries y enfermedad periodontal).
 1. Hidratos de carbono. Tipo, frecuencia y oportunidad de su ingesta. Historia de la dieta. Racionalización del consumo de azúcares. Uso de sustitutos.

2. Control de la infección. Inactivación de cavidades abiertas. Control de la higiene: Enseñanza de cepillado de acuerdo a la evolución neuromuscular y psicoemocional del paciente. Frecuencia según consumo de hidratos de carbono. Uso de elementos auxiliares.
3. Refuerzo del huésped:
 1. Estructural: Fluoruros. Fundamentos de su uso. Características químicas. Metabolismo. Toxicidad. Intoxicación aguda: Características y tratamiento. Dosis máxima segura. Intoxicación crónica: Fluorosis dental. Índice. Mecanismos de incorporación de los fluoruros a los tejidos dentarios. Mecanismos de acción. Fluoruros de administración sistémica. Fluorización del agua de consumo, de la sal. Administración de suplementos fluorados: Gotas, tabletas. Dosis. Fluoruros tópicos. Fluoruros de alta concentración: Soluciones. Geles. Barnices. Geles de Auto aplicación. Fluoruros de baja concentración: Enjuagatorios-Dentifricos. Nuevos agentes fluorados. El flúor y la madre embarazada. Uso de Clorhexidina al 0.12%
 2. Morfológico: Selladores. Diagnóstico diferencial entre surco profundo, surco con caries y surco mineralizado. Indicaciones de los selladores. Técnica de aplicación.



Técnicas de Cepillado Dental

4. Mancha blanca. Características de la lesión incipiente de caries. Diagnóstico y tratamiento.
5. Prevención de enfermedades gingivoperiodontales. Técnica de cepillado de acuerdo a la edad. Uso de Clorhexidina al 0,12%.

6. ESTOMATOLOGÍA

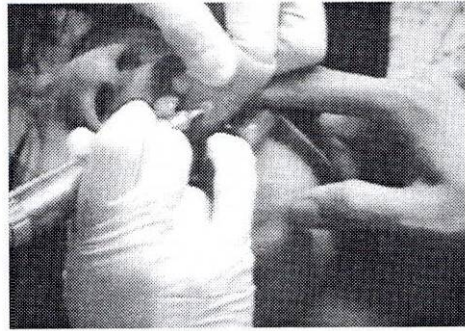
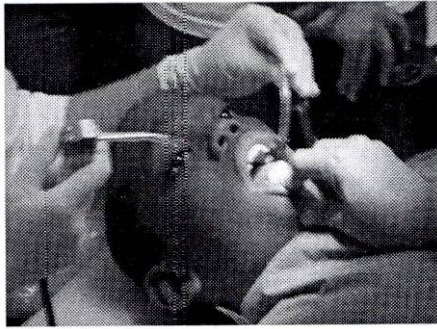
1. Anomalías del desarrollo y cambios en los tejidos blandos, (lengua fisurada, fisuras congénitas. Gránulos de Fordyce, etc.)
2. Lesiones benignas de la superficie mucosa (Hiperqueratosis focal, candidiasis, glositis, petequias, equimosis, mácula melanótica bucal).
3. Lesiones rojas y ulceradas (aftas, herpes, gingivostomatitis herpética, queilitis angular, eritema puntiforme, glositis romboide).
4. Lesiones papilares (papiloma escamoso, verruga vulgar, hiperplasia papilar, granuloma piógeno, linfangioma, hemangioma congénito).
5. Quistes y pseudo quistes (Quistes palatinos y de males del recién nacido, Quiste y hematoma de erupción).
6. Accidentes (quemaduras, luxaciones, etc.)

7. ANOMALÍAS DE LA DENTICIÓN EN DESARROLLO

1. Anomalías de número (hiperodoncia, hipodoncia)
2. Anomalías de tamaño (Microdoncia, macrodoncia, geminación).
3. Anomalías de estructura (del esmalte, de la dentina, del cemento)
4. Anomalías de color

8. MATERIALES DENTALES Y OPERATORIA DENTAL

1. Características de la operatoria dental en Odonto-pediatría. Su objetivo e inclusión dentro del Plan de Tratamiento.



Instrumental a utilizar: Aditamentos, bloques de mordida, Pieza de baja velocidad, aire abrasivo

2. Anatomía e histología de las piezas primarias con relación a la operatoria dental. Diferencia entre piezas primarias y permanentes.

3. Preparaciones cavitarias. Métodos para su realización: instrumental de mano, rotatorio, aire abrasivo.

4. Control de la humedad: Aislamiento relativo y absoluto.

5. Salud Pulpal Uso de detectores de caries. Protección dentinopulpar. Alternativas Restauradoras:

1. Inactivación de caries

1. Oxido de Zinc-eugenol

2. Ionómeros Vítreos.

2. Restauraciones Intermedias

1. Ionómeros convencionales y fotopolimerizables. Características. Ventajas e inconvenientes. Manipulación

3. Restauraciones Definitivas

1. Amalgama de plata. Características generales. Ventajas y desventajas de su uso en la situación odontopediátrica. Indicaciones

2. Sistemas de adhesión: Características Generales. Indicaciones y contraindicaciones de uso en la situación odontopediátrica.

1. Preparaciones cavitarias para el sector anterior y posterior. Alternativas no convencionales

2. Resinas Compuestas: Características Indicaciones. Causas de fracasos. Manipulación

3. Compómeros: Características. Indicaciones. Causas de fracasos.

Manipulación

4. Ionómeros Vítreos fotopolimerizables. Indicaciones. Cavidad túnel.

3. Coronas de acero: indicaciones. Tipos: estampadas, preformadas. Técnica.

Cementado

4. Coronas estéticas: indicaciones. Tipos. Técnicas

9. FARMACOLOGÍA

1. Relación del odontopediatra y el pediatra.

2. Tratamiento de las infecciones en el niño. Uso de antibióticos. Farmacocinética y farmacodinamia. Dosis según peso y edad. Indicaciones y contraindicaciones.

3. Tratamiento del dolor. Uso de analgésicos. Farmacocinética y farmacodinamia- Dosis según peso y edad. Indicaciones y contraindicaciones.

4. Tratamientos de los procesos alérgicos. Uso de antihistamínicos y corticoesteroides. Farmacocinética y farmacodinamia. Dosis según peso y edad. Indicaciones y contraindicaciones.

5. Fluoruros sistémicos.

6. Fármacos utilizados en pacientes con compromiso sistémicos.

10. PACIENTES CON RIESGO MÉDICO INCREMENTADO

1. Relación del odontopediatra con el equipo médico, el paciente y la familia

2. Cardiopatías congénitas y adquiridas. Criterios para la atención clínica

1. Procedimientos que requieren profilaxis antibiótica. Protocolo recomendado

3. Hemofilia y otras coagulopatías

1. Procedimientos que requieren terapia de reemplazo

- 2. Hemostáticos y antifibrinolíticos
- 4. Pacientes oncológicos e inmunosuprimidos. Criterios para su atención
 - 1. Oportunidad de tratamiento
 - 2. Protocolos preventivos

11. FONOAUDIOLOGÍA Y ODONTOPEDIATRÍA

- 1. Fundamentos de Miología Funcional Orofacial.
- 2. Equipo Interdisciplinario Odontólogo - Otorrinolaringólogo -Fonoaudiólogo.
- 3. Examen Clínico. Evaluación de los desequilibrios miofuncionales orofaciales: Observaciones generales. Estructuras. Función. Articulación
- 4. Diferentes tipos de problemas oclusales relacionados con el desequilibrio oclusal.
- 5. Deglución normal. Deglución disfuncional: diferentes tipos. Interposición lingual. Deglución unilateral y bilateral. Diagnóstico. Características.
- 6. Respiración bucal. Etiología. Características. Áreas de obstrucción. Evaluación complementaria: polisomnografía, fibroscopía, telerradiografía.
- 7. Hábitos (Parafunciones). Succión de pulgar, dedos, labio inferior, chupete, etc.
- 8. Interrelación entre deglución disfuncional-respiración bucal y hábitos o parafunciones.
- 9. Terapia miofuncional. Plan de tratamiento. Expectativas del odontólogo con respecto a la terapia miofuncional- Momento oportuno de derivación y tratamiento. Posicionamiento terapéutico. Causas de fracaso del tratamiento.

12. PROCEDIMIENTO EN EL CONSULTORIO

- 1. Situación odontológica especial. Relación odontólogo-niño-madre. Fundamentos e importancia del equipo: pediatra, odontopediatra, psicoterapeuta, cirujano, radiólogo, reeducadores, kinesiólogos, pediatras, en los diferentes tipos de rehabilitaciones.

2. Diagnóstico: examen clínico, examen radiográfico. Planificación terapéutica. Medidas adicionales en el tratamiento dental del discapacitado.
3. Odontología preventiva. Generalidades.
4. Control del dolor.
5. Manejo de un niño discapacitado durante el tratamiento odontológico. Generalidades.
6. Discapacidades del aprendizaje. Autismo. Tratamiento odontológico

13. EJERCICIO DE LA ODONTOPEDIATRÍA EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

1. Importancia de los conocimientos odontopediátricos en el odontólogo general (odontólogo de familia). Rol social del odontopediatra:
 1. Control epidemiológico de las enfermedades dentales de los niños que residen en su zona.
 2. Supervisión del diagnóstico y tratamiento de los niños pertenecientes a "grupos de riesgo".
 3. Análisis de la proporción costo-eficacia de las medidas profilácticas.
2. Organización de los cursos de actualización para dentistas y personal auxiliar.
3. Seguimiento y evaluación de las nuevas tendencias en odontopediatría.
4. Tratamiento dental de los pacientes que le remiten otros profesionales.
5. Actividad como consultores en la organización y desarrollo de la odontología infantil.
6. Causas que motivan el envío de un niño a un especialista de odontopediatría.
7. Principios de administración y economía dental aplicada al ejercicio con niños.
8. Tecnología apropiada. Distintos niveles de complejidad. Atención privada (honorarios). Obra Social Atención hospitalaria.



14. EL INFANTE DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS TRES AÑOS

1. El bebé antes de la dentición. Importancia del primer año de vida. Aspectos inconscientes de la dentición. Significado. La dentición y sus consecuencias en el desarrollo.
2. La etapa oral. Su importancia en el desarrollo psicoinstintivo del niño.
3. Importancia de la lactancia materna.
4. Psicología genética
 1. Estadío de desarrollo según Piaget, sensoriomotor, representativo. Características.
5. Psicología evolutiva; Conductas motriz, adaptativa, personal social y lenguaje
6. Introducción del niño a la odontopediatría. Primera visita. La sala de recepción. Motivación. Presencia de los padres en la consulta dental. Aceptación del tratamiento odontológico.
7. Psicoprofilaxis pre y pos quirúrgica
8. Plan de tratamiento. Odontología preventiva adecuada al infante.
9. Manifestaciones de consulta en el 1 ° año de vida
 1. Epulis congénito del recién nacido
 2. Perlas de Epstein. Nodúlos de Bohn
 3. Quistes de erupción
 4. Dientes natales y neonatales
 5. Úlcera
 6. Frenillo lingual corto
 7. Micosis (Candidiasis bucal)
 8. Tumores. Angiomas
 9. Fisura labio alvéolo palatina (FLAP)
 10. Manifestaciones bucales de virosis
 11. Gingivo estomatitis herpética
 12. Varicela
 13. Mononucleosis infecciosa
 14. Sarampión

10. Crecimiento y desarrollo de la dentición en este período (calcificación, erupción)
11. Epidemiología de la caries dental (conceptos actuales del proceso de caries, microbiología, transmisión de estreptococos-Mutans, desmineralización, remineralización).
12. Traumatismos dentarios. Diagnóstico y Tratamiento.

15. EL PREESCOLAR (4 a 6 años)

1. Aspecto psicológico.
 1. Etapa genital previa
 2. Etapas según Gesell y Piaget
2. Patologías mas frecuentes
3. Plan de tratamiento.
4. Anatomía e histología de la dentición primaria.
5. Preparaciones cavitarias oclusales y próximo-oclusales para molares primarios. Diferencias con respecto a piezas permanentes Cavidades próximo-oclusales para amalgama de plata y técnicas adhesivas.
6. Tratamientos pulpares en dientes primarios. Prevención de las lesiones pulpares (traumáticas, idiopáticas, microbianas e iatrogénicas).
 1. El complejo pulpodentinario
 2. Anatomía dentaria coronaria y radicular de las piezas primarias con relación a los tratamientos pulpares. Procesos de reabsorción.
 3. Histología pulpar. Características. Evolución normal y patológica de la pulpa primaria. Diagnóstico. Diferencias con la dentición permanente.
 4. Historia natural de la enfermedad pulpar. Hiperemia. Pulpitis. Pulpitis crónica. Necrosis. Necrosis séptica. Abscesos. Características.
 5. Diagnóstico de la lesión pulpar en dientes primarios.
 6. Conocimiento del niño. Situación odontológica. Motivación.

7. Signos y síntomas. Historia clínica. Examen clínico. Examen radiográfico.

8. Valoración de la dentición primaria en relación con los cambios en la oclusión.

9. Tratamientos pulpares con relación al estado general del paciente

1. Aldehídos y bialdehídos: Mecanismos de acción. Ventajas e inconvenientes.

Aldehídos: Formocresol. Composición. Indicaciones. Bialdehídos: Glutaraldehído.

Diferencias con respecto al formaldehído. Indicaciones.

2. Resolución clínica de los problemas pulpares.

1. Protección indirecta Diagnóstico. Técnica. Controles a distancia.

2. Protección directa. Diagnóstico. Técnicas: hidróxido de calcio, formocresol diluido. Limitaciones. Controles a distancia.

3. Pulpectomía parcial. Diagnóstico. Hidróxido de Calcio. Limitaciones.

Formocresol: mecanismos de acción. Ventajas y desventajas. Formocresol diluido. Técnica. Control a distancia. Glutaraldehído: mecanismos de acción. Ventajas y desventajas. Preparación. Técnica. Control a distancia.

4. Tratamiento de conducto Diagnóstico. Hidróxido de Calcio. Indicaciones. Técnica, Control a distancia. Formocresol-Glutaraldehído. Justificación. Indicaciones. Técnica.

5. Extracción y mantenimiento del espacio: diagnóstico.

7. Exodoncia de piezas primarias. Anquilosis.

8. Traumatismos en piezas primarias.

9. Oclusión normal.

10. Alteraciones de la oclusión primaria

16. EL ESCOLAR (de 6 a 12 años).

1. Importancia del conocimiento de psicología evolutiva para la atención odontopediátrica.

1. Psicología evolutiva (Gesell). Etapas del desarrollo Conductas motriz, adaptativa, personal social y lenguaje según edad
2. Crecimiento, desarrollo y maduración de la conducta del niño. Psicología genética. Estadíos del desarrollo de acuerdo a Píaget, operativo concreto.
2. Epidemiología de las patologías más frecuentes.
3. Anatomía e histología de las piezas permanentes. El primer molar permanente.
4. Odontogénesis. Cronología del desarrollo dental, encía neonatal. Histofisiología.
 - 1.Trastornos de la mineralización (hipoplasias). Erupción. Llave de la oclusión. Relación con los dientes vecinos. Anatomía externa e interna. Diagnóstico epidemiológico. Perfil de patología. Profundidad de surcos.
5. Operatoria dental a los seis años, doce años y en el adolescente.
6. Enseñanza de cepillado
- 7.Tratamiento de la mancha blanca. Diagnóstico diferencial.
8. Control del dolor. Resolución de urgencias.
- 9.Tratamientos pulpares en dientes permanentes jóvenes.
 1. Características de la dentición permanentes jóvenes
 2. Diagnóstico clínico radiográfico del estado pulpodentinario y ápicoperiapical.
 - 3.Patología pulpar, dentinaria y ápicoperiapical
 4. Tratamientos conservadores de la vitalidad pulpar
 - 1.Protección indirecta. Diagnóstico. Técnica. Controles a distancia.
 2. Protección directa. Diagnóstico. Técnica. Controles a distancia
 - 3.Pulpectomía parcial. Diagnóstico. Técnica. Controles a distancia. Tratamientos estimulantes de la apicoformación.
 - 5.Tratamiento de conducto Diagnóstico. Técnica de apexificación y apexogénesis. Indicaciones. Controles a distancia
10. Oclusión normal
 1. Evolución de la oclusión.

2. Alteraciones de la oclusión

11. Traumatismos dentarios. Diagnóstico y Tratamiento

17. ADOLESCENCIA

1. Prepubertad y Pubertad. Adolescencia.

1. Perfil del adolescente. Etapas. El nacimiento de la sexualidad. La sociedad y el adolescente. Signos y síntomas psicosociales de la adolescencia. Drogadicción. La adolescente embarazada. Su manejo odontológico. Etapa del desarrollo según Piaget
2. Perfil del odontólogo. La atención del adolescente.

2. Epidemiología de enfermedades bucales más comunes en el adolescente

3. Examen, diagnóstico y plan de tratamiento en el adolescente.

4. Uso de fluoruros. Control de dieta.

5. Evaluación de la oclusión.

6. Odontología restauradora estética. Restauraciones en dientes pigmentados. Blanqueamiento. Uso de carillas. Puentes adhesivos.

7. Traumatismos dentarios. Prevención de traumatismos durante la actividad deportiva. Protectores bucales.

8. Enfermedad gingivo/periodontal-Pericoronitis. Gingivitis úlcernecrotizante aguda (GUNA). Periodontitis juvenil.

9. Respiración bucal.

10. Trastornos de la ATM.⁸

⁸ Cortese, S., Dolinsky, R., Rodríguez Rilo, L. Presentaciones realizadas en la Sociedad Argentina de Investigaciones Odontológicas (División Argentina de la Internationale Association for Dental Reserch), 1999. www.protocolosaludoral.com

8.4 ENTREVISTA A PROFESIONALES EN EL AREA DE LA SALUD ORAL

Entrevista realizada a la doctora Doris Amparo Acosta, egresada de la Universidad de San Martín de Bogotá, odontóloga general licenciada en estética y auditora en promoción y prevención:

1. ¿Usted ha tenido pacientes con espectro autista en su consultorio odontológico?

R/ No.

2. ¿Sabe qué significa el término autismo?

R/ Es un paciente aislado como en la nebulosa.

3. ¿Todos los pacientes con espectro autista los ha remitido?

R/ Si.

4. ¿Sabe usted cuál es el manejo que se debe aplicar en el consultorio?

R/ No.

5. ¿Durante su estudio profesional recibió alguna información acerca del manejo del paciente con espectro autista?

R/ Si.

6. ¿Le gustaría recibir capacitación acerca del manejo multidisciplinario del paciente con espectro autista?

R/ No.

7. ¿Cree usted que estos pacientes son rechazados por la falta de información?

R/ Si.

8. ¿Sabe usted cómo se identificaría un paciente autista?

R/ No.

9. ¿Si en un momento dado de su carrera profesional le llega a su consultorio un paciente con espectro autista lo atendería? Explique

R/ Si, porque él tiene los mismos derechos que cualquier otro paciente normal, pero, si es muy difícil el manejo en el consultorio lo remito a un especialista pues me parece que es una situación muy incomoda que produce angustia y desesperación en el paciente.

Entrevista realizada a la doctora Mari Luz Villada , egresada de la Universidad del Valle,
odontóloga general

1. ¿Usted ha tenido pacientes con espectro autista en su consultorio odontológico?

R/ No.

1. ¿Sabe qué significa el término autismo?

R/ No estoy segura.

2. ¿Todos los pacientes con espectro autista los ha remitido?

R/ Si.

3. ¿Sabe usted cuál es el manejo que se debe aplicar en el consultorio?

R/ No.

4. ¿Durante su estudio profesional recibió alguna información acerca del manejo del paciente con espectro autista?

R/ No.

5. ¿Le gustaría recibir capacitación acerca del manejo multidisciplinario del paciente con espectro autista?

R/ Si.

6. ¿Cree usted que estos pacientes son rechazados por la falta de información?

R/ Si.

7. ¿Sabe usted cómo se identificaría un paciente autista?

R/ No.

8. ¿Si en un momento dado de su carrera profesional le llega a su consultorio un paciente con espectro autista lo atendería? Explique

R/ No. Por su difícil manejo multidisciplinario que requiere este tipo de pacientes y sus complicaciones.

Entrevista realizada al doctor Carlos Villada , egresada de la Universidad del Valle, odontólogo general

1. ¿Usted ha tenido pacientes con espectro autista en su consultorio odontológico?

R/ No.

3. ¿Sabe qué significa el término autismo?

R/ No .

4. ¿Todos los pacientes con espectro autista los ha remitido?

R/ Si.

5. ¿Sabe usted cuál es el manejo que se debe aplicar en el consultorio?

R/ No.

6. ¿Durante su estudio profesional recibió alguna información acerca del manejo del paciente con espectro autista?

R/ No.

7. ¿Le gustaría recibir capacitación acerca del manejo multidisciplinario del paciente con espectro autista?

R/ Si.

8. ¿Cree usted que estos pacientes son rechazados por la falta de información?

R/ No.

9. ¿Sabe usted cómo se identificaría un paciente autista?

R/ No.

10. ¿Si en un momento dado de su carrera profesional le llega a su consultorio un paciente con espectro autista lo atendería? Explique

R/ No. Porque no me gustaría.

8.6 ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA

Entrevista realizada a padres de familia del instituto APHA (Asociación de Padres de Familia de niño Autista)

1. Entrevista al padre de familia del caso uno.

a. ¿Utiliza métodos o estrategias antes de ir a la consulta odontológica?

R/. No.

b. ¿Ha recibido capacitación acerca de la higiene oral que se debe realizar en su hijo?

R/. No.

c. ¿Cuál ha sido la actitud del profesional de la salud oral en su hijo autista?

R/. Mala

d. ¿En la atención odontológica ha sido rechazado?

R/. Sí

e. ¿Usted cree que hay muy pocos profesionales que brindan su servicio por falta de capacitación?

R/. Sí.

f. ¿Usted le colabora a su hijo en el momento de realizarle la higiene oral?

R/. Sí.

g. ¿Esta de acuerdo en utilizar ayudas visuales antes y después de ir a la consulta odontológica?

R/. Si.

h. ¿Cree usted que estos métodos ayudarían a una mejor atención?

R/. Sí.

2. Entrevista al padre de familia del caso dos.

a. ¿Utiliza métodos o estrategias antes de ir a la consulta odontológica?

R/. No.

b. ¿Ha recibido capacitación acerca de la higiene oral que se debe realizar en su hijo?

R/. No.

c. ¿Cuál ha sido la actitud del profesional de la salud oral en su hijo autista?

R/. Mala

d. ¿En la atención odontológica ha sido rechazado?

R/. Sí

e. ¿Usted cree que hay muy pocos profesionales que brindan su servicio por falta de capacitación?

R/. Sí.

f. ¿Usted le colabora a su hijo en el momento de realizarle la higiene oral?

R/. Sí.

g. ¿Esta de acuerdo en utilizar ayudas visuales antes y después de ir a la consulta odontológica?

R/. Si.

h. ¿Cree usted que estos métodos ayudarían a una mejor atención?

R/. Si.

3. Entrevista al padre de familia del caso tres.

a. ¿Utiliza métodos o estrategias antes de ir a la consulta odontológica?

R/. No.

b. ¿Ha recibido capacitación acerca de la higiene oral que se debe realizar en su hijo?

R/. No.

c. ¿Cuál ha sido la actitud del profesional de la salud oral en su hijo autista?

R/. Mala

d. ¿En la atención odontológica ha sido rechazado?

R/. Sí

e. ¿Usted cree que hay muy pocos profesionales que brindan su servicio por falta de capacitación?

R/. Sí.

f. ¿Usted le colabora a su hijo en el momento de realizarle la higiene oral?

R/. Sí.

g. ¿Esta de acuerdo en utilizar ayudas visuales antes y después de ir a la consulta odontológica?

R/. Si.

h. ¿Cree usted que estos métodos ayudarían a una mejor atención?

R/. Si.

9. CONCLUSIONES

Por medio de este proyecto pudimos comprobar que son muy escasos los lineamientos escritos para este tipo de discapacidad en especial para pacientes con espectro autista, donde tampoco existe un dato epidemiológico que nos lleven a realizar un estudio comparativo en Colombia.

En el consultorio Odontológico se enfrentan las diferentes personalidades del profesional de la salud oral y del paciente. De su contraposición se deriva la conducta que adopte el mismo, puesto que es un contacto con un nuevo medio en el que va a recibir una serie de experiencias para las cuales está más o menos preparado por sus padres, psicólogos, terapeutas, fonoaudiólogos, etc.

El profesional de la salud va a encontrarse con dos situaciones diferentes: El paciente que asista por primera vez sin ninguna terapia o sin ningún tipo de orientación, y el paciente que asiste por primera vez con terapias anticipadas ya sea por sus padres y profesionales encargados de su parte psicológica; esa misma exaltación de la percepción hace que en forma inconsciente capte de manera casi instantánea la actitud que toma el odontólogo cuando se encuentra con él; así, la conducta que adopte tiene la mayor importancia y será el fruto de su preparación y experiencia.

Los profesionales y padres de familia estarán capacitados para brindar a los pacientes con espectro autista una atención odontológica adecuada y acorde según su discapacidad, y psicológicamente para asegurarles la obtención y conservación de su armonía dental, amenazada por una serie de prejuicios que sobrevivieron la época dolorosa de la anestesia general y la administración de medicamentos que repercutían aún más en su problema a nivel psicológico como a nivel dental.

Este tipo de profesional a cargo de la salud oral no deberá actuar con el convencimiento de que cada caso es sólo un número más en su consultorio ni que el paciente con espectro autista es un problema de solución imposible; se trata a cada uno en una forma especial de acuerdo con las circunstancias, de edad, de medio ambiente, de desarrollo alcanzado psicológicamente; en este caso el paciente no se franquea con el odontólogo y la consulta debe realizarse con mucho tacto, procurando que el paciente vaya tomando confianza y así mismo ir asimilando cada paso en su procedimiento, y logrando poco a poco su estado de equilibrio psicológico.

La conducta observada por estos pacientes en la consulta odontológica, frecuentemente es determinada por la colaboración tanto de los padres como de los profesionales a cargo de su parte psicológica; estos acuden al consultorio con ellos, sin embargo no siempre tienen una conducta adecuada; muchos padres por el contrario se convierten en verdaderos problemas para el odontólogo, es por ello conveniente su capacitación acerca del manejo que deben tener antes y después de una atención en la consulta odontológica.

Observaciones hechas tanto en consultas con odontólogos generales como con odontólogos especialistas en este tipo de pacientes, han demostrado que por simpatía, vocación, y sensibilidad maternal se dedican a su atención; sólo se necesita tener paciencia y tratarlos como un ser íntegro aún con su discapacidad.

En síntesis, esperamos que este proyecto sirva de base y de guía a los profesionales y personal a cargo de la salud oral, haciendo extensivo su enriquecimiento humano, además de brindarle herramientas para realizarle un acercamiento del paciente con espectro autista tanto con su familia como con el odontólogo, concientizándolos que para estos paciente prima no sólo la parte psicológica sino su parte oral, y formando cada día profesionales íntegros y capacitados para cualquier situación que se les presente en su consulta.

BIBLIOGRAFÍA

RESTREPO, C., Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. IX Encuentro de Investigación. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.

SNAUWDER, Kenneth D. Manual de odontopediatría clínica. Editorial Labor, S.A. Barcelona, 1999.

Autores varios: "Autismo: La respuesta educativa". Actas del VIII Congreso Nacional A.E.T.A.P.I. Ed. M.E.C. MURCIA, 1995.

WING, L: "El autismo en niños y adultos, una guía para la familia. Editorial Paidós, 1998.

WING, L, Everard, M.P. Et al: "Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos". Editorial Santillana, 1998.

ROSE LF, Kaye D. Medicina Interna en Odontología. 2 tomo. Barcelona: Salvat Editores, 1992.

BAGAN, JV, Ceballos A , Bermejo a, Aguirre JM, Penarrocha M. m. Medicina Oral. Barcelona: Masson, SA, 1995.

SCULLY C, Cawson RA. Medical Problems in Dentistry. 3a de Oxford: Wright, 1993.

SÁNCHEZ, A., Asociación de Padres con hijos Autistas (APHA), División científica instituto para niños autistas, Memorias Seminario taller "Perspectivas actuales en evaluación, diagnóstico y manejo del espectro autista", 2001. Cali.

TORTOSA, FN., "Educar a personas con autismo y otros trastornos generales del desarrollo" [http://paidos.rediris.es/nitneedirectorio/tema 33htr](http://paidos.rediris.es/nitneedirectorio/tema%2033.htm). 2000

RAVAGLIA, C., "Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad". [http://www. Odontologia.com](http://www.Odontologia.com). 2001.

BERNADO, F., "Odontología especial para pacientes especiales".Asociación odontológica de Argentina. [http://www. La nación.com.ar/ciencia/salud](http://www.La.nacion.com.ar/ciencia/salud). 2001.

RAVAGLIA, C., "El Problema de la Salud Bucodental de los Pacientes Discapacitados y/o Especiales en América Latina." [www.OPS-Salud bucodental de pacientes discapacitados.htm](http://www.OPS-Salud%20bucodental%20de%20pacientes%20discapacitados.htm)

Integrantes de la red de orientación, derivación y capacitación en discapacidad. www.siaci.com.ar/htm, 2001.

SALAMANCA, A., "El autismo infantil", Miembro de la OMS (Organización Mundial de la Salud) www.2.adi.uam.es/snaper/cap6/autismo.html, 2000.

DIEZ C, A., Especialista en Neurología y Psiquiatría. "Autismo: prevalencia, etiología e importancia clínica" Quinto Congreso de Autismo. Europa. www.angeldiezcuerv/autismo.html, 2000

CORTESE, S., Dolinsky, R., Rodríguez Rilo, L. Presentaciones realizadas en la Sociedad Argentina de Investigaciones Odontológicas (División Argentina de la Internationale Association for Dental Reserch), 1999.

ANEXOS 1. INTERVENCIONES EDUCATIVAS

“NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LOS PROBLEMAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL

Necesitan aprender que sus comportamientos pueden influir en el entorno de una manera socialmente aceptable, pero es necesario enseñarles explícitamente cómo, dónde y cuándo lo es, así como cuándo no lo son.

Necesitan aprender a conocer y comunicar las emociones y pensamientos propios, así como comprender lo de los demás.

Necesitan aprender a relacionarse, de forma concreta y efectiva, con los demás en diferentes situaciones y contextos.

Necesitan aprender a utilizar los objetos de manera funcional y creativa, y disfrutar de ellos con los demás.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LOS PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN

Necesitan aprender a entender y a reaccionar a las demandas de su entorno.

Necesitan aprender habilidades de comunicación funcionales de /en la vida real.

Necesitan aprender un código comunicativo (verbal o no verbal), sobre todo con finalidad interactivo.

Necesitan aprender a utilizar funcional y creativamente los objetos.

Necesitan aprender a iniciar y mantener intercambios conversacionales con los demás, ajustándose a las normas básicas que hacen posibles tales intercambios (contacto ocular, expresión facial, tono, volumen.....)

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE APRENDIZAJE.

Necesitan un contexto educativo estructurado y directivo, priorizando en él contenidos funcionales, y ajustados al nivel competencial de los alumnos.

Necesitan situaciones educativas específicas y concretas que favorezcan la generalización de los aprendizajes.

Necesitan ambientes sencillos, poco complejos, que faciliten una percepción y comprensión adecuada de lo mismos.

Necesitan aprender en contextos lo mas naturales posibles: entornos educativamente significativos.

Necesitan realizar aprendizajes con los menos errores posibles (ensayo sin error), lo que favorece su motivación.

Necesitan aprender habilidades y estrategias de control del entorno, y de autocontrol.

Necesitan descentrar la atención de unos pocos estímulos y alcanzar "atención conjunta" con otros.

Necesitan situaciones educativas individualizadas.

Necesitan ampliar las actividades que realizan, así como los intereses que poseen.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA AUTONOMÍA

Necesitan alcanzar gradualmente mayores niveles de autonomía en todos los ámbitos del desarrollo integral de la personalidad: alimentación, vestido, etc.

Necesitan un seguimiento médico y psiquiátrico que incluya las revisiones y necesidades de medicación, vacunas, óptica, estomatología y odontología.

ORIENTACIÓN PARA LA RESPUESTA EDUCATIVA

Serán prioritarios los objetivos educativos relacionados con la interacción social y actividad funcional con objetos; la comunicación, representación simbólica e imitación; el desarrollo motor y las habilidades de autonomía.

En este sentido es importante estimular la exploración de objetos o actividades funcionales muy simples con las manos, empleando reforzadores potentes de música y juego: juguetes, juegos interactivos (por ejemplo: "los lobitos", "las palmitas", "currin-currin"...), canciones. En fases evolutivas iniciales se trabajarán esquemas simples tales como introducir objetos en recipientes y sacarlos de ellos, responder a modelos de gesto-verbalización de "toma y dame", encajar aros grandes en ejes, hacer sonar campanillas, sonajeros, tamborcitos y objetos que produzcan sonidos. Deben estimularse y reforzarse especialmente las pautas que impliquen control oculo-manual y prensión sostenida de objetos.

Deben realizarse diariamente juegos circulares de interacción centrados en el cuerpo y que desarrollen motivaciones de relación, anticipaciones e inicios de peticiones: cosquillas, caricias, sonidos con el cuerpo o soplarle en la cara.

Además del uso funcional de objetos, son importante para su desarrollo la realización de juegos de simulación e imitación.

Es muy importante procurarles ambientes muy estructurados, predecibles y fijos, evitando los contextos poco definidos y caóticos, para facilitar sus posibilidades de anticipación. Un ambiente estructurado es aquel en que el niño(a) sabe y conoce las pautas básicas de comportamiento, tiene seguridad de lo que se espera de ellos, el adulto dirige y organiza las diferentes situaciones, siendo bastante rutinario y así predecible.

Además de la estructuración ambiental conviene utilizar el aprendizaje sin error. La utilización de éste consiste en no atender a los errores, adaptar los objetivos al nivel evolutivo del niño(a), asegurar la adquisición previa de los objetivos de conducta que se pretende enseñar, descomponer al máximo los objetivos educativos, controlar la presentación clara de los estímulos discriminativos y neutralizar los irrelevantes, evitar factores de distracción y ambigüedad en la situación educativa, mantener motivado(a) al niño(a) mediante el empleo de reforzadores suficientemente poderosos.

Otra técnica metodológica fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje a seguir, es el encadenamiento hacia atrás, que consiste en descomponer la secuencia de un determinado aprendizaje en objetivos de conducta muy delimitados, proporcionar total ayuda para la realización de la conducta completa, ir desvaneciendo las ayudas desde el final hacia delante, de modo que el niño(a) realizará la conducta con cada vez menos ayuda; último que realizará por si solo, será el primer paso de la secuencia.

Utilizar en ocasiones el entrenamiento o la enseñanza incidental, es decir, cuando los episodios de enseñanza son iniciados por el niño(a) en lugar y contenido. El adulto ha de estar alerta a estas iniciativas adaptándose a las nuevas circunstancias, reforzando de forma natural las respuestas adecuadas.

Es fundamental responder consistentemente ante conductas comunicativas verbales o gestuales (miradas, coger al adulto de la mano, acercarse a un objeto y mirarlo) y aunque estas conductas no sean intencionales, debemos hacerlas funcionales dándoles ese sentido.

Para favorecer la ocurrencia de la función comunicativa de petición es necesario manipular algunos aspectos o situaciones que eliciten con mayor probabilidad estas conductas: colocar los objetos que le gusten fuera de cuando extendiera el brazo, dárselo y reforzarle el intento.

A las rabietas no hay que prestar atención, y una vez finalizadas se continua realizando la actividad programado como si no hubiera pasado nada.

Ante alteraciones de conducta auto lesivas y heteroagresivas hemos de actuar impidiendo su refuerzo, interviniendo con conductas alternativas y/o incompatibles. Es importante que observemos los estímulos que preceden a las auto lesiones y las consecuencias que se obtienen tras su realización.

Existen otras técnicas que pueden utilizarse en el tratamiento de estas alteraciones, al margen de la modificación de conducta, son las de corte cognitivo; como las técnicas de Autocontrol y Auto instrucciones, donde se enseñan al niño competencias básicas para controlar o regular su propio comportamiento, de manera que las acciones del alumno o alumna ajustadas al contexto, se llevan a cabo a través de mediadores manejados y controlados por ellos. Así por ejemplo, con aquellos alumnos que hablan, usaremos técnicas de Auto evaluación y Auto refuerzo donde se le enseña en primer lugar, a hablarse a sí mismo, para continuar con verbalizaciones sobre la conducta-problema, su objetivo y los errores que comete, del tipo "lo estoy haciendo bien" y "vaya, aquí me he equivocado", "que valiente soy", etc. O con alumnos de menor capacidad cognitiva, programas de sesión con dos o más tareas bien definidas para que ellos las vayan realizando con cierta autonomía y según preferencias. Pretenderemos así, que el niño sea protagonista de su propia actividad y trabajo, para que posteriormente pase a controlar su conducta. Todo esto implica una consideración del Autocontrol como una competencia que se construye progresivamente en el

desarrollo, por tanto una competencia con diferentes niveles de adquisición, y no como el resultado de unas capacidades cognitivas previas. Así, es posible hablar de la enseñanza de autocontrol en poblaciones que como las aquí referidas, tienen grave retraso mental y ausencia de lenguaje. Estas estrategias y otras para desarrollar la capacidad de elección mejoraran así mismo el concepto de autoestima de los alumnos.

En cuanto a la comunicación, cuando no existe lenguaje oral o éste es ecológico y no funcional, es aconsejable implantar el Programa de Comunicación Total-Habla Signada de Benson Schaeffer, que no sólo no limita ni impide el desarrollo del lenguaje oral, sino que lo facilita, organiza y desarrolla. Este sistema alternativo, de signos, está muy estructurado y utiliza un procedimiento de enseñanza muy apropiado (moldeamiento físico, encadenamiento hacia atrás, espera estructurada, reforzamiento natural y social, y desarrolla la espontaneidad).

MATERIALES PARA LA RESPUESTA EDUCATIVA

Son interesantes aquellos juguetes y objetos que estimulen la percepción y las sensaciones, del tipo de los materiales usados en la estimulación basal: Baños (esponja, jabón, sales, toalla, secador, cremas...), duchas baños secos (arroz, guisantes, bolas, arena...), cepillado (guantes de masaje), móviles, con cordones y tiras, suspendidos que rozan al niño o niña y se mueven al menor contacto. También son interesantes todo tipo de vibradores, con o sin instrumento musical.

La estimulación sensorial, en todas sus vertientes, proporciona abundantes materiales adecuados para la intervención. La estimulación de la boca a través de contactos, objetos fríos y calientes, cepillado de dientes, esponjitas y juguetes para mordisquear, la estimulación del olfato con botellitas para oler y "perfumamientos", la estimulación del gusto con sabores diferentes; la estimulación acústica desde el propio latido del corazón, audición lateral, instrumentos de actividad propia, instrumentos y juguetes musicales, experiencias reales (lavadora, radio...), hasta el habla; la estimulación táctil, a través de diferentes tactos, temperaturas, presión, movimientos y prensión;

y por último la estimulación visual, con juegos de luces en la oscuridad, linternas, lámparas, diapositivas, objetos brillantes, caleidoscopios, prismáticos y lentes, juguetes luminosos.

Otra gama de materiales lo proporcionan los juguetes de Primera Infancia (los centros de actividades, gimnasios de primer año, cubos, apilables, juguetes de arrastre, tentetiesos), de manipulación (señor patata, peluches...), juguetes de mecanismo o resorte, juguetes de ensartado fijo y móvil, de encajar, de hacer torres construcciones, rompecabezas, y todo tipo de juguetes y juegos simbólicos: muñecas, miniaturas, mascotas, teléfonos, coches, lavadero, peluquería, plancha, casas, alimentos y supermercados, carritos, juegos de plato y café, médicos; en este sentido, merece especial mención los disfraces, las casas grandes de tela y tiendas de campaña y la dramatización.

Así mismo, la informática nos viene proporcionando un caudal de recursos y materiales impresionante, todo tipo de juegos y ordenadores, infantiles y de adulto pueden ser útiles si se utilizan de forma adecuada; es impresionante ver cómo problemas de relación social muy severos se flexibilizan ante una pantalla con dibujo y personajes animados, además de las posibilidades que dan para trabajar habilidades sociales. La realidad virtual podrá decir dentro de unos años cómo conoce y procesa la información la persona con trastornos del desarrollo, además de revelar muchas de las incógnitas que hoy día tenemos sobre el funcionamiento cognitivo de estas personas.

Otro tipo de materiales, más específicos, que se encuentran en comercios especializados son los encajes, los dominós y los juegos de colores; los lotos de objetos, contrastes, relaciones, posiciones y acción-reacción, los juegos de abecedarios y numeración, los juegos de secuencias básicas, las barajas y lotos de fotografías: alimentos, expresiones faciales, orientación espacial e izquierda y derecha, auto dictado con fotografías y auto dictados de nombres cosas, adjetivos cualidades, y verbos acciones, juegos de monedas y billetes, formación de frases, calendarios escolar con los días del mes, semanas, meses, las estaciones, temperatura, actividades y el tiempo; las pizarras magnéticas borrables, y murales.

Además de esta relación de materiales, en el centro utilizamos las agendas diarias y personales, calendarios mensuales, el tablón del desayuno y el del menú, tableros de secuencias de actividades, pictogramas, libros de lectura personalizados (pictogramas, imágenes y palabras), mural del tiempo, tarjetas de objetos por centros de interés, tarjetas de acciones, libros de alimentos, comidas y recetas, dibujos con las secuencias de las actividades, láminas de lectura de pictogramas e imágenes de izquierda a derecha y de arriba abajo, y murales de imágenes.⁹

“HORARIO VISUAL

Las personas autistas presentan alteración en el prever los acontecimientos en función de experiencias pasadas y presentes por lo cual les cuesta trabajar con el futuro y esto además tiene relación con la alteración en las funciones ejecutivas, que incluyen la planificación de conductas dirigidas a una meta concreta, organización, inhibición de respuestas inapropiadas y perseverantes, y flexibilidad mental.

Como se dijo anteriormente las dificultades de previsión que padecen las personas autistas constituyen uno de los déficits más importantes a la de hora entender e intervenir ante conductas desconcertantes, sensación de desconexión y en la presencia de estados de ansiedad, nerviosismo o incluso problemas de conducta. No es difícil entender a una persona que raramente sabe con quién va a estar o que le va hacer y entender estados de inquietud, llanto o conducta de agresión con él y los otros

Los sistemas de anticipación están íntimamente ligados con el sentido de la acción, que es una característica de los déficits autistas. Por esto se han desarrollado métodos para ayudar a anticipar el futuro, ya que “avisar” verbalmente a la mayoría de las personas autistas no resulta útil, por las alteraciones en la integración de los estímulos verbales (ya mencionadas); y la representación de la realidad a través de imágenes resulta mucho más efectiva.

⁹ Tortosa Francisco Nicolas. “Educar a personas con autismo y otros trastornos generales del desarrollo”
[http:// paidos.rediris.es/nitneedirectorio/tema 33htr](http://paidos.rediris.es/nitneedirectorio/tema 33htr). 2000

Es posible ofrecer a los sujetos autistas una guía visual clara de las actividades que se van a realizar, durante todas las actividades que se desarrollen a lo largo de un día. Esto resulta verdaderamente útil en el contexto educativo, en niños pequeños o que carecen de lenguaje. Pero las personas autistas no sólo conviven en el medio escolar y resulta dispendioso trastear con todo el material a contextos distintos como la calle o la casa.

Una posible solución es la realización y uso de los horarios visuales, realizados con láminas. La idea es representar con dibujos esquemáticos, pero realistas cada una de las actividades que ocurren en el día o en un periodo del mismo.

A través del uso de este tipo de estrategia, los niños autistas además de saber que va a ocurrir, ellos también tienen la posibilidad de ir eligiendo entre dos posibles actividades, se les está, proporcionando de alguna manera la posibilidad de toma de decisiones, de planificación.

En conclusión, los sistemas de horario visuales son una manera fácil de proporcionarles a los estudiantes señales consistentes sobre sus actividades diarias. Ellos proporcionan una estructura que le permite a una persona autista anticiparse a lo que pasará luego, reducen la ansiedad proporcionándole una visión al estudiante de su día y promueven la calma entre las transiciones del mismo. La consistencia proporcionada por un horario visual es crucial estableciendo una atmósfera de confianza y seguridad. Los apoyos visuales también pueden proporcionar la motivación para trabajar porque la persona autista sabe qué actividad va a seguir. Por ejemplo, usando la estrategia de "primero esto/ entonces esto", de forma visual puede mantenerse la motivación alta en el estudiante para trabajar a través de una actividad de baja preferencia para conseguir una actividad preferida. Al tratar con los estudiantes con dificultades de comportamiento, ésta es una estrategia poderosa para mantener el comportamiento apropiado en el aula.

Los horarios visuales utilizados como sistema de anticipación son más efectivos si:

Utilizan dibujos sencillos, esquemáticos pero que se ajusten a la realidad.

Describen el mayor número de detalles como sea posible. La descripción gráfica de una actividad general ofrece información, pero es mucho más significativa cuanto más minuciosa es.

Se escribe debajo o encima del dibujo representado. De esta manera se dan guías para que el sujeto autista pueda llegar a descifrar el lenguaje escrito. Idealmente deben ser letras mayúsculas, por que los niños autistas parecen tener mayor preferencia por este tipo de letras.

Además, la función de previsión, con la realización de los horarios pretenden conseguir que las personas autista sean capaces de planificar sus propias actividades, realizar sus propias agendas en función de sus preferencias y necesidades contextuales.

HISTORIAS SOCIALES O CUENTOS SOCIALES

Uno de los rasgos definitorios del autismo es su alteración en la cognición social, la habilidad de pensar de manera adecuada para realizar una interacción social apropiada. Por ejemplo, la teoría de mente describe la dificultad que los individuos autistas tienden a asumir la perspectiva de otra persona. Esta característica puede ser modificada por una técnica que se usa para ayudar a los individuos autistas a que "lean" y entiendan situaciones sociales. En esta técnica, se presentan las conductas sociales apropiadas en formato de una historia ya sea escrita o en imágenes. Busca incluir las respuestas a preguntas que las personas autistas pueden necesitar saber para actuar recíprocamente y apropiadamente con otros (por ejemplo, respuestas a quién, qué es eso, cuándo, dónde, y por qué en las situaciones sociales).

Los cuentos o historias sociales son una estrategia para promover la conducta social adecuada, estos cuentos sociales describen situaciones sociales específicas junto con respuestas sociales apropiadas en forma clara y concreta.



Hay varias maneras que una historia social puede llevarse a cabo. Para una persona que puede leer, el autor introduce la historia releýéndola dos veces con la persona. La persona la lee entonces una vez al día de manera independiente. Es decir se utilizan historias sociales escritas. Pero la gran mayoría de personas autistas no realizan una lectura funcional por lo cual se hace necesario realizar las historias sociales de manera gráfica, pues como ya se planteó los autistas responden a los estímulos visuales más consistentemente que a los estímulos verbales:

Cuando se realizan los cuentos sociales utilizando láminas se deben de tener en cuenta los siguientes pasos:

- Información acerca de individuos, locaciones y circunstancias
- Descripción de la conducta adecuada para las circunstancias
- Identificación de sentimientos percepciones y reacciones de otros.

Cuando se realizan las historias sociales utilizando el lenguaje escrito, existen cuatro tipos de frases utilizadas y son: descriptivas, directivas, perspectiva y de autoridad. Las frases descriptivas describen que personas hacen las situaciones sociales en particular. Las frases directivas se dirigen de manera directa una persona buscando una respuesta deseada y apropiada. Ellas se realizan en términos positivos, buscando la conducta deseada. Dado la naturaleza de la frase directivas, necesita ser cuidadoso para usarlas correctamente y no limitar la opción del individuo. La mayoría de declaraciones descriptivas, generan más oportunidades para el individuo de proporcionar sus propias respuesta a la situación social. La mayoría de declaraciones directivas son más específicas frente como el individuo debe responder. Un tercer tipo de frase usado en las historias sociales es la frase de perspectiva. Este tipo de frases presentan las reacciones de otros a una situación para que el individuo pueda aprender cómo "otros" perciben los eventos. El tipo final de frase es la de orden. Esta frase idéntifica las estrategias que la persona puede usar para facilitar la memoria y la comprensión de la historia social.

Se sugiere que para cada frase directiva o frase de orden, debe haber dos a cinco frases descriptivas y/o de perspectiva. Las frases directivas o control pueden omitirse dependiendo completamente de la persona y sus necesidades.

No es de sorprender que muchas personas con autismo responden positivamente a los cuentos sociales y en muchos casos estos individuos parecen necesitar desesperadamente y querer las direcciones de cómo responder a circunstancias dadas.

En conclusión, las historias sociales son útiles para ayudar a los individuos con autismo aprenden maneras apropiadas de actuar recíprocamente en las situaciones sociales. Ellos pueden individualizarse para incorporar las necesidades en las situaciones sociales. Ellos pueden individualizarse para incorporar las necesidades específicas de la persona para quien la historia es escrita. Ellos pueden enseñar las rutinas, cómo hacer una actividad, cómo pedir ayuda, y cómo responder apropiadamente a los sentimientos como el enojo y frustración. Mientras los estudios están evaluando la efectividad de historias sociales, actualmente ellas parecen ser un método prometedor por mejorar las conductas sociales de individuos autistas.

Por consiguiente, las ventajas que tiene en uso de este tipo de material de manera sistemática se observan un cambio positivo en los individuos con autismo. Los cambios fundamentalmente son:

- Un mayor estado de bienestar emocional, equilibrio personal y seguridad.
- Disminución de problemas de conducta.
- Interés por las actividades a realizar y menor resistencia a aceptar tareas nuevas.
- Aumento de la capacidad para ordenar en la memoria acontecimientos, respetando el orden temporal.
- Reconocimiento de situaciones relevantes.
- Aparición de nexos de unión temporales (después de, luego, cuando se acabe).

- Mayor calidad morfosintáctica.”¹⁰

¹⁰ SÁNCHEZ, A., Asociación de Padres con hijos Autistas (APHA), División científica instituto para niños autistas, Memorias Seminario taller “Perspectivas actuales en evaluación, diagnóstico y manejo del espectro autista”, 2001. Cali.

ANEXO 2. ASPECTOS PSICO-CLINICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD

“Ya de por si misma la atención de pacientes con discapacidad difiere según la incidencia que esta tenga sobre el niño y su familia, haciendo que el odontólogo deba capacitarse para ello en forma especial, no solo en lo que respecta a la técnica odontológica sino también al manejo de situaciones que, si bien escapan a la odontología misma, tienen sobre el resultado final de nuestra intervención una importancia capital. En esto me refiero a los aspectos y alternativas psicológicas que se generan en la entidad nosológica, indivisible, formada por el paciente, su familia y la relación con los medio de cobertura social de que esta disponga.

Fue de la Dra. Maria Ines Egozcue el merito de haber iniciado e impuesto, en oportunidad de su actuación como profesora, Titular de la Cátedra de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, de tomar en consideración para el tratamiento bucodental del paciente niño su aspecto psicológico con todos los recaudos y cuidados que ello requiere, considerándolos personas.

Es por ello que la odontología y sobre todo la pediátrica, no puede entenderse sin que sean tenidos en cuenta estos, y de que no es un adulto pequeño sino un individuo que esta en proceso de maduración y crecimiento físico, mental, emocional y social.

Cuando pensamos en la atención de niños discapacitados el anterior concepto se complica en forma equivalente a la profundidad de la patología de la que son portadores y en especial a su inteligencia y capacidad mental, pero que igualmente nos obliga a tomar muy en consideración y tener presente ese primer concepto de ser en crecimiento, aunque el mismo sea diferente del habitual, del normal.

El crecimiento es el resultado de la interrelación que se establece entre tres factores:

1. La dotación natural con que el niño crece: que es lo genéticamente determinado; lo hereditario
2. Las experiencias primeras entre niño y su madre: Ya que es esta quien le dará fuerza y estabilidad, a través de ejercer un verdadero sostenimiento de las ansiedades y angustias del bebé.
3. La relación con el medio ambiente: que puede actuar de dos formas diferentes:
 - a. Infraestimulando: cuando los padres no pueden ejercer el sostenimiento del niño debido a su propia inmadurez emocional, cosa que produce en estos, conductas de aislamiento y dificultades en su crecimiento.
 - b. Sobreprotegiendo: Cuando los padres ejercen su sostenimiento en forma excesiva no favoreciendo las conductas de independencia e interfiriendo también en el crecimiento del niño.

Lo mas arriba expuesto de crecimiento esta referido a los niños normales, sin alteraciones, dado que en los portadores de discapacidad estos tres factores ya vistos se interrelacionan en forma totalmente diversa en lo personal y en lo familiar, lo que nos obliga a los odontólogos a aprender a ver y comprender que niños y que familia recibimos en nuestra consulta.

Los que nacen con una malformación llegan a un núcleo familiar que espera el advenimiento de un niño normal. El que no sea así causa un tremendo impacto emocional en los padres que se traduce en sentimientos depresivos, de tristeza; de injusticia; de por qué, a ellos, etc... Todo lo

cuál, les hace difícil intuir, cuáles son las necesidades de ese hijo. Las madres muchas veces no asumen la dependencia absoluta que el niño tiene de ellas para su maduración.

Los pacientes afectados por trastorno psiquiátrico y neuro-psiquiátrico (autistas, psicóticos, etc.) y una cantidad de patologías a los que no es posible atenderlos si no es por profesionales que conozcan su manejo tanto físico como psíquico y con la colaboración de un equipo donde todas las pautas de su atención están cubiertas, en especial las psicológicas en la medida de lo posible y por psicoterapeutas expertos.

A todos estos pacientes los definimos, desde hace ya varios años, como pacientes especiales y son ellos los verdaderos pacientes problema, los que son rechazados en la mayoría de los servicios y consultorios donde concurren con la esperanza de recibir atención a sus necesidades buco-dentales, incluso de algunos que dicen atender pacientes discapacitados.

Estos Pacientes Especiales, de ese 10% que Naciones Unidas da como promedio estadístico total de la población discapacitada, solo llegan a cubrir el 3 al 4%, porcentaje bajo comparativamente pero sumamente importante llegado la hora de su atención.

Es sobre ellos que para darles el debido tratamiento, se comienza a manejar la posibilidad del uso de Anestesia General como solución milagrosa, olvidando los problemas que conlleven asociados cuando no se estudian a fondo las posibilidades o conveniencia de su aplicación, en función de necesidad para el paciente y no como comodidad del profesional odontólogo o servicio que representa o de los padres del niño. Cuando ello se analiza como corresponde, está demostrado que llegan a 6 o 7 los que deben ser sometidos a esa terapia de cada 100 pacientes especiales, estando dada la indicación o conveniencia muchas veces en razones de lejanía con la residencia habitual o indicaciones de orden médico, donde en una sola sesión es conveniente hacer todo el tratamiento.

A los otros, con paciencia, el deseo de atenderlos y los elementos técnicos, recursos humanos necesarios y maniobras y conocimientos clínicos adecuados, también se los atiende sin mayores problemas.

El “no se puede atender” denota por parte del odontólogo en forma inequívoca, la ignorancia de cómo hacerlo o el temor a improvisar por lo menos un camino de solución al problema. De ahí que cuando se reciba a un paciente portador de una discapacidad, cualquiera que sea ésta, es necesario tener como premisa que debe intentarse algo, que siempre va a ser mucho frente a lo poco o nada que habitualmente se le hace. Luego, mediante la correspondiente derivación o deseo de profundizar el tema se completará la tarea.

Es en estos pacientes donde la psicología se torna materialmente inaplicable debiendo en cambio utilizar a veces diferentes tipos de contención de abordajes que limiten, NO que impidan sus movimientos, y que de alguna manera lleguen a producir relajación.

Al respecto se pueden poner en practica diferentes maneras de limitación o contención que van desde la manual, efectuada por la mamá o nuestra asistente pasando por la auto contención del paciente, la realizada por medio de aditamentos simples de fijación al sillón dental interfiriendo movimientos que nos obligan a utilizar nuestras manos y terminando en la llamada contención química por medio de sedantes indicados por el medico tratante del paciente a nuestro pedido y la anestesia general.

Quiero hacer especial mención en la no-utilización, por lo menos del Papoose Board o el Pedi-Wrap que se usa en algunos países, por el efecto traumatizante que consideramos tienen en los pacientes, cualesquiera de ellos que sean.”¹¹

¹¹ Ravagliga Clemente. “Aspectos psico-clínicos para la atención odontológica de los pacientes con discapacidad”. [http://www. Odontología.com](http://www.Odontología.com). 2001.

“La odontología para pacientes especiales la realiza un equipo multidisciplinario, porque la mayoría sufre también trastornos mentales, lo que dificulta la tarea.

Participan psicólogos (terapeutas) y neurólogos. Los padres reciben indicaciones para que colaboren en la higiene diaria. La clínica odontológica que se encarga de la atención de ellos.

Existe una clínica Odontológica que funciona en Argentina llamada Asociación Odontológica Argentina (AOA). La mayoría de los pacientes que concurren a ella presentan patologías graves, especialmente discapacidades motoras y/o retrasos mentales asociados con trastornos como autismo, psicosis, etc. En cuanto a la técnica empleada, la única diferencia son unos tacos de goma que colocan en la boca de aquellos pacientes que tienen movimientos de mordida involuntarios y pueden lastimarse o lastimar.

Pero el rasgo diferencial radica en el estilo de atención y de abordaje. Según los integrantes del equipo, la mayor dificultad por sortear, y que es tal vez el motivo por el que estos pacientes no puedan ser atendidos en otros lados, pasa por los sentimientos del profesional. Manejar esas emociones muy fuertes es todo un trabajo.

De ese trabajo se encargan los dos psicólogos que integran el equipo, que además de estar presentes durante las tres horas de atención, conversan con pacientes y familiares, se reúnen después con los odontólogos.

MITOS E INTEGRACIÓN

Los prejuicios han sido la causa de que en muchos pacientes afectados por patologías deformantes o psiquiátricas gravísimas que requerían atención urgente y compleja los dientes

fueran la preocupación menor. “Total, igual los va a perder”, se creía. Muchas veces ni se los llevaba al dentista, para evitarles una inútil “tortura más”.

Pero los problemas odontológicos no son inherentes a la patología. “Es un mito que rodea la discapacidad, explica Bianchi. La boca se deteriora por ciertos hábitos y conductas”. Por ejemplo, a los chicos con patologías motoras puede resultarles complicado tragar o masticar cosas duras. Otras veces depende de la postura. “Un chico poco estimulado, que esta siempre en una posición laxa, con la mandíbula baja, tendrá deformidad en la oclusión, maxilares atrofiados, que no son consecuencia del síndrome, sino de la postura. Pero como hay tantas cosas que resolver, esto va quedando relegado. Y cuando llegan acá, a los quince años, no saben morder y tienen los dientes apiñados.

Otra de las dificultades en la atención es el tema del abordaje. “Tienen cuarenta años, pero parecen de diez. ¿Debemos tratarlos como chicos o como adultos?

Los papas o cuidadores de los pacientes son un pilar fundamental en el éxito del tratamiento y su participación se torna imprescindible en el manejo de la dieta y la higiene. “Frecuentemente, cuando un chiquito no come se le da cualquier cosa. Pero la condescendencia puede causarle otros sufrimientos mayores”.

Ciertas teorías en el campo de la rehabilitación pueden causar estragos en la boca. “por ejemplo, la del estímulo respuesta : haces tal ejercicio bien y te doy un chocolate”. El cuadro se complica con la falta de higiene bucal, porque no saben cómo hacerlo o porque el paciente se opone. “A veces, los papás les cepillan la boca y las encías sangran: creen que los están lastimando, se asustan y no los cepillan más”.

Con el fin de ayudar a los padres a establecer pautas de higiene en la casa, de acuerdo con la patología de que se trate, los profesionales facilitan recursos, como el uso del cepillo eléctrico, engrosar el mango del cepillo con el mango de la bicicleta, cinta adhesiva o plastilina, para mejorar

el agarre. Y también entrenan a los papás, porque muchos pacientes no pueden cepillarse solos. Pero por supuesto que lo primordial es lograr que tanto los padres como los pacientes establezcan un vínculo de confianza con el profesional. Esto hace que, a veces, una sesión pueda transcurrir sin que se efectúe nada concreto, ya que, “no hay recetas para lograr un buen vínculo”.

Además, muchos de estos pacientes portan recuerdos traumáticos de su contacto con el odontólogo. “Cuando son chiquitos se los atiende por la fuerza porque es fácil sostenerlos. A partir de la adolescencia es imposible y dejan de atenderse o llegan a nosotros y entonces tenemos que partir desde una historia negativa y revertirla. Están asustados y los padres también”.

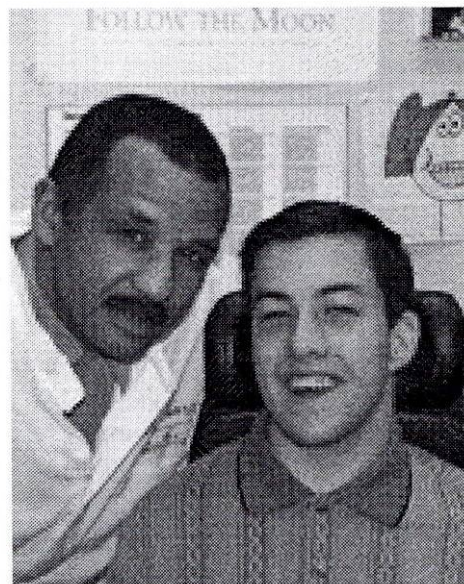
Es indudable que no solo los pacientes son especiales aquí: los profesionales también lo son. “Lo que más me impacta es el amor que hay dice la doctora Nobile. Al principio es muy difícil llegar, pero una vez que lo lograste, la ida y vuelta es increíble” ¹²

¹²Bernadou Florencia. “Odontología especial para pacientes especiales”.Asociacion odontológica de argentina. [http://www. La.nacion.com.ar/ciencia/salud](http://www.La.nacion.com.ar/ciencia/salud).

ANEXO 3. LA SALUD BUCODENTAL DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS Y/O ESPECIALES

“El manejo de la discapacidad día a día va cobrando más interés en la población de profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integralista de la misma.

En lo referente a Odontología existen profesionales interesados de manera individual, pero aún a nivel institucional dista mucho de lo deseado pues no se ha captado el problema que representa la atención a personas con discapacidad.



Paciente Autista- Odontólogo General

En Latinoamérica existe falta de recursos tanto económicos como humanos, aún en establecimientos de alta complejidad, con la agravante de que la formación de profesionales odontológicos es deficitaria para cubrir acciones preventivas y tratamiento conservador no mutilante en personas con discapacidad, en la mayoría de los casos.

En un gran número de facultades de odontología no se tratan estos conceptos o se realiza de manera somera. Los alumnos egresan, por lo general, con escaso o ningún conocimiento, actitud o destreza para el abordaje o tratamiento de personas con discapacidad, conducente a una negatividad para proveer la atención requerida.

La Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales (ALAOPE), ha señalado que existe similitud en esta problemática a nivel de toda la región por lo cual se hace necesario que los profesionales encargados de la salud bucodental, incorporen en su formación y asuman en su práctica profesional una actitud proclive a desarrollar planes de trabajo para la atención odontológica de los pacientes especiales.

Para los odontólogos, un paciente especial es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento y que, para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especiales, con capacidad de atender las necesidades que éstos generan, escapando de los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora



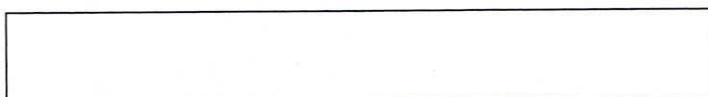
de deficiencias no reciben atención bucodental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental.

El desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención.”¹³

Clinica de atención para pacientes con espectro autista

¹³ Ravaglia, Clemente. "El Problema de la Salud Bucodental de los Pacientes Discapacitados y/o Especiales en América latina." [Http//OPS- Salud bucodental de pacientes discapacitados. Htm](http://OPS-Salud%20bucodental%20de%20pacientes%20discapacitados.Htm)

ANEXO 4. UN SERVICIO ODONTOLÓGICO



“Diseñado para cubrir las necesidades de todas aquellas personas que por tener algún tipo de discapacidad son marginadas de los servicios de salud, o tratadas en forma discriminada. En nuestro centro de Alta Complejidad son cuidadas con el respeto que se merecen y la calidez de nuestros profesionales.

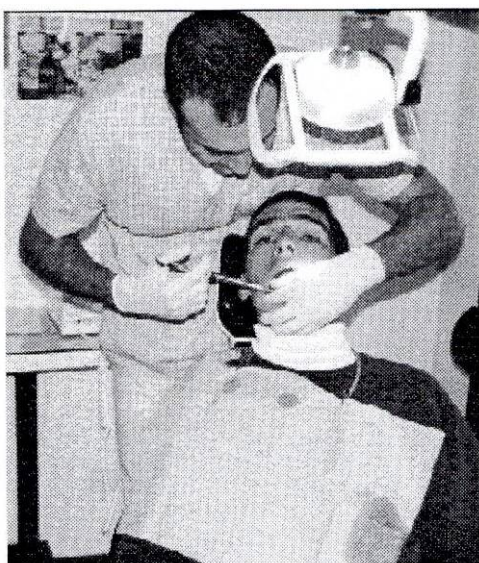


Una de nuestras pacientes jugando "al dentista" con uno de nuestros especialistas. De esta forma se familiariza con los instrumentos que luego serán utilizados en su tratamiento. Hacia la transformación del concepto de atención, nuestro método, se basa en el aprovechamiento de las posibilidades y no de las limitaciones del paciente.

Familiarización del paciente autista con los instrumentos odontológicos

Además, nuestros profesionales pretenden superar la discapacidad existente en la odontología.

Dicha discapacidad se manifiesta cuando el odontólogo decide emplear métodos de excepción tales como sujeción, anestesia general o sedación consciente para la atención de estos pacientes. Utilizar estos métodos implica subestimar la capacidad de la persona y deja de lado la estimulación, ítem fundamental en la terapia rehabilitadora integral que tiene que estar presente en cada acto de la vida del paciente. En razón de lo expuesto, hay dos pasos imprescindibles y de secuencia inalterable al momento de iniciar la terapéutica:



autista controlado

1. En primer lugar, se realiza la detección del canal de comunicación (singular en cada paciente).
2. Motivación de acuerdo a ese canal con el fin de conseguir la colaboración para el acto odontológico.

Procedimientos Odontológicos realizado a un paciente

Cuando los pacientes son niños o personas con retrasos en su maduración, son tratados en consultorios equipados con juguetes e instrumentos de plástico que simulan los usados en el tratamiento odontológico.”¹⁴

¹⁴ Integrantes de la red de orientación, derivación y capacitación en discapacidad. www.siac.com.ar/htm